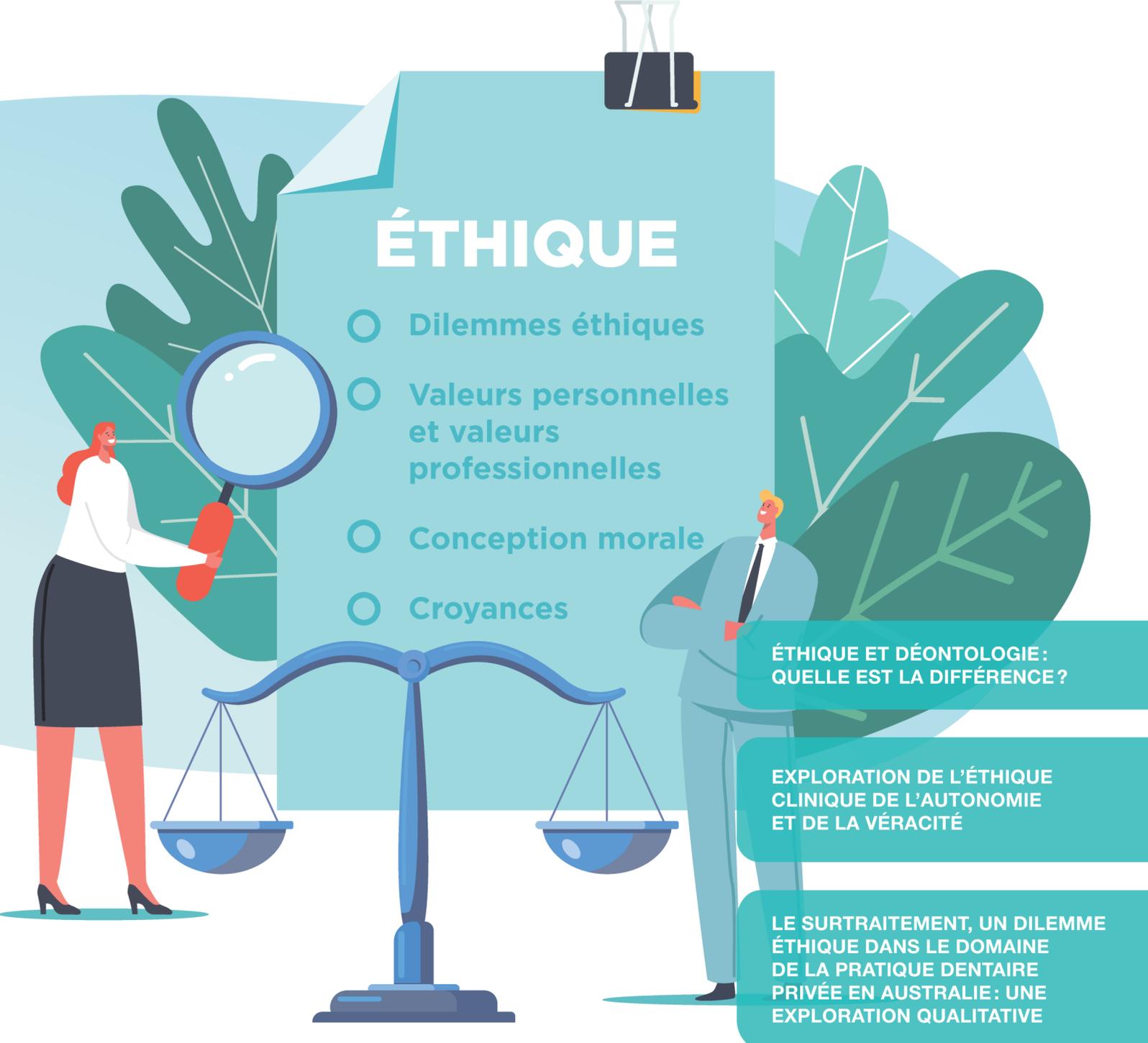


L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC



ÉTHIQUE

- Dilemmes éthiques
- Valeurs personnelles et valeurs professionnelles
- Conception morale
- Croyances

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE :
QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ?

EXPLORATION DE L'ÉTHIQUE
CLINIQUE DE L'AUTONOMIE
ET DE LA VÉRACITÉ

LE SURTRAITEMENT, UN DILEMME
ÉTHIQUE DANS LE DOMAINE
DE LA PRATIQUE DENTAIRE
PRIVÉE EN AUSTRALIE : UNE
EXPLORATION QUALITATIVE



**BANQUE
NATIONALE**



**Profitez d'économies
annuelles avec notre offre
bancaire privilégiée pour
les hygiénistes dentaires**

Découvrez vos avantages et privilèges
à bnc.ca/specialiste-sante

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

- 4 **Avant-propos**
- 6 **Merci au comité des publications**
- 7 **Mot du président**
- 8 **Mot du directeur général et secrétaire**

DOSSIER: ÉTHIQUE

- 12 **ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE: QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ?**
- 16 **EXPLORATION DE L'ÉTHIQUE CLINIQUE DE L'AUTONOMIE ET DE LA VÉRACITÉ**

24 **LE SURTRAITEMENT, UN DILEMME ÉTHIQUE DANS LE DOMAINE DE LA PRATIQUE DENTAIRE PRIVÉE EN AUSTRALIE: UNE EXPLORATION QUALITATIVE**

32 **MÉDECINE DES DÉSIRES ET DENTISTERIE DES DÉSIRES**

42 **EXPLORATEUR VIRTUEL**

En savoir plus sur l'éthique

43 **RÉTROSPECTIVE**

Retour sur le congrès de l'OHDQ

51 **SERVICES FINANCIERS DE LA BANQUE NATIONALE**

Dois-je revoir ma stratégie d'investissement à l'approche de ma retraite ?



Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

M. Jean-François Lortie, H.D., B.Éd.

Administrateurs élus et régions administratives

Centre	M ^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorière
Sud-Est	M ^{me} Véronique Dionne, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Anne Prévost, H.D.
Sud	M ^{me} Kim Farrell, H.D., vice-présidente
Centre	M. Franck Giverne, H.D.
Nord-Ouest	M ^{me} Thi Sopha Son, H.D.
Centre	M ^{me} Josée Tessier, H.D.

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

Sophie Paquin Pettitjean, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.

M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)

M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

M. René Joyal, CRHA

Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction:

Susan Badanjak, H.D., M. Sc. DH, responsable du développement de la profession

Julie Boudreau, H.D., syndique

M^{me} Laurence El fatih, avocate, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire

Sophie Lecavalier, responsable des communications

Jean-François Lortie, H.D., B.Éd. président

Production

Révision Gilles Vilasco, réd. a.

Publicité OHQD

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note : Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte. Dans les articles produits pour ce numéro, la graphie française des termes autochtones applique les principes, règles et usages terminologiques et typographiques édictés par le Bureau de la traduction. Conformément à l'usage, les articles reproduits avec autorisation respectent l'autorité de la chose publiée.

Dépôt légal - 3^e trimestre 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 2369-6915 (en ligne)

ISSN : 1183-4307 (imprimé)

Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHQD

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés dans *L'Explorateur* sont la propriété de l'OHQD. Aucune reproduction n'est permise sans l'accord écrit de l'Ordre.



700-606, rue Cathcart

Montréal (Québec) H3B 1K9

Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur : 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

ÉTHIQUE

Pour clore l'année 2022, nous vous proposons dans ce numéro un dossier consacré à l'éthique qui favorisera certainement le renouvellement de la réflexion sur les valeurs qui orientent nos actions.

Qu'est-ce donc que l'éthique ? L'article « Éthique et déontologie : quelle est la différence ? » répond à cette question, démystifie le concept d'éthique et, par la même occasion, permet de percevoir aisément la distinction entre éthique et déontologie. C'est un point de départ incontournable qui aide à mieux comprendre ce dossier !

Que faire en cas de dilemme éthique ? L'article « Exploration de l'éthique clinique de l'autonomie et de la véracité » vous convie à explorer le rôle de l'autonomie et de la véracité dans la prestation de soins buccodentaires en réalisant une revue de la littérature sur la prise de décision éthique. Ainsi, conformément au principe éthique de véracité, les prestataires de soins buccodentaires doivent être aussi honnêtes, directs et véridiques que possible. Sans vérité, il n'y a pas d'autonomie. En tant que partie essentielle de la prestation de soins de santé buccodentaire, les cliniciens doivent toujours divulguer aux clients les faits liés aux soins et traitements prodigués, ainsi que les risques et les avantages des soins ou du traitement à mettre en œuvre. Ce rappel des principes de l'éthique clinique, ainsi que des principales doctrines qui éclairent la prise de décision, suscitera certainement votre intérêt.

Avez-vous déjà entendu parler du phénomène de surtraitement ? Dans le domaine de la dentisterie, ce sujet est peu exploré et n'a pas fait l'objet de nombreuses recherches. C'est tout l'intérêt du premier article que nous avons choisi de reproduire pour vous : « Le surtraitement, un dilemme éthique dans le domaine de la pratique dentaire privée en Australie ». Les conclusions de cet article, fondées sur des données recueillies à partir d'enregistrements d'entretiens et de réflexions écrites de dentistes en pratique privée, sont édifiantes. Dorénavant, vous comprendrez mieux comment le lien entre le professionnalisme et le mercantilisme en dentisterie est affecté par le phénomène de surtraitement.

Le dernier article de ce dossier et non le moindre, « Médecine des désirs et dentisterie des désirs », vous propose de découvrir comment *la compréhension générale de la médecine des désirs, notamment ses aspects éthiques et juridiques, est pertinente dans le domaine de la dentisterie*. En effet, *la médecine des désirs désigne les services fournis par des professionnels utilisant des méthodes médicales dans un contexte médical pour répondre aux désirs non médicaux des patients*. Nous vous invitons à approfondir cette réflexion inhabituelle qui oblige les professionnels à prendre conscience et interroger *les frontières floues entre la santé et la maladie, car les traitements qui ne sont pas nécessaires sur les plans médical et dentaire peuvent être nuisibles et comportent un risque de traitements futiles ou excessifs qui ne sont pas dans l'intérêt des patients à long terme*. *En dentisterie, on peut trouver des exemples dans le domaine des interventions esthétiques, de la prosthodontie et de l'orthodontie, où la perception de petites « différences » par rapport à la normalité suscite des désirs ou des recommandations d'intervention*.

Vous vous souvenez qu'en octobre dernier avait lieu le congrès de l'Ordre des hygiénistes dentaires. Nous vous proposons un retour en images sur cet événement qui a regroupé quelque 700 participants. Également, revoyez la présentation des lauréates du programme de reconnaissance 2022.

Bonne lecture !

De la part du comité éditorial, nous vous souhaitons de très joyeuses Fêtes et une très belle année 2023 !

MISSION DE L'OHQD

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du Code des professions, d'assurer la protection du public.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec protège le public en :

- en s'assurant que les hygiénistes dentaires offrent des services de haute qualité ;
- en participant à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois ;
- en contribuant à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Pour ce faire, il encadre et réglemente la pratique professionnelle et soutient le leadership de ses membres dans l'exercice de leur profession.

VISION DE L'OHQD

- Un acteur essentiel en matière de santé buccodentaire ;
- Une pratique professionnelle rigoureusement encadrée ;
- Une profession qui rayonne dans la société ;
- Une confiance renouvelée du public envers les hygiénistes dentaires ;
- Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur – L'engagement – Le respect – La collaboration – Intégrité

Hydropulseur¹

n°1

60
ANS

waterpik[™]
hydropulseur[™]



Ça marche parce qu'ils l'utilisent.

(Et parce que c'est un produit Waterpik^{MD}.)

Waterpik^{MD},



une efficacité démontrée dans plus de **70 études cliniques**¹.

Waterpik^{MD} compte



25 modèles d'hydropulseurs, y compris des produits en vente libre pour un usage à domicile ainsi que des produits sans fil, en plus de **7 embouts uniques** pour répondre à tous les besoins en matière de soins bucco-dentaires.

Waterpik^{MD} était jusqu'à

2x plus efficace que la soie dentaire pour diminuer les saignements des gencives².

Waterpik^{MD} était jusqu'à

50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives³.

Waterpik^{MD} a éliminé jusqu'à

99,9 % de la plaque sur les zones traitées⁴.

Inscrivez-vous au programme Avantages de Waterpik^{MD}!

- ✓ Rabais sur les produits Waterpik^{MD}
- ✓ Ressources éducatives
- ✓ Offres exclusives
- ✓ Résumés de recherche et données cliniques
- ✓ Conçu exclusivement pour les professionnels de la santé dentaire

Inscrivez-vous au programme Avantages de Waterpik^{MD} au [waterpik.ca/inscription](https://www.waterpik.ca/inscription).

1. Données internes. Water Pik Inc.

2. Rosema NAM, et al. The effect of different interdental cleaning devices on gingival bleeding. *J Int Acad Periodontol*. 2011;13(1):2-10.

3. Barnes CM, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to toothbrushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *J Clin Dent*. 2005;16(3):71-77.

4. Gorur A, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent*. 2009;30(Suppl 1):1-6.

waterpik
PROGRAMME
AVANTAGES



Le seul hydropulseur à avoir obtenu le sceau de l'ADC. L'ADC a validé les bienfaits suivants :

- L'hydropulseur Waterpik^{MD} éliminait jusqu'à 99,9 % de la plaque sur les zones traitées.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à 50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à deux fois plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives autour des implants.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à trois fois plus efficace que la soie dentaire pour éliminer la plaque autour des broches.



De gauche à droite: Éloïse Lafrenière, Caroline Boudreault, Bibiane Gagnon

MERCI AU COMITÉ DES PUBLICATIONS POUR TOUTES CES ANNÉES DE COLLABORATION!

MADAME ÉLOÏSE LAFRENIÈRE,
H.D., membre du comité depuis 2014

MADAME CAROLINE BOUDREAUULT,
H.D., membre du comité depuis 1999

MADAME BIBIANE GAGNON,
H.D., membre du comité depuis 2010

Le comité des publications a été mis en place dès la première parution de *L'Explorateur* en 1991. L'expertise des hygiénistes dentaires y siégeant a permis à la revue de contribuer à développer les connaissances de chacun et de faire reconnaître la mission de l'Ordre et ses activités auprès de ses membres.

Les années ont passé et les besoins organisationnels de l'Ordre ont évolué. Ainsi, à l'issue de sa séance de septembre 2022, le Conseil d'administration a pris la décision mettre fin aux activités du comité des publications puisque, dans un objectif d'optimiser la production des numéros de la revue, l'équipe de la permanence assume maintenant l'entière responsabilité de leur préparation.

Le Conseil d'administration, la direction générale et la responsable des communications désirent remercier chaleureusement Caroline Boudreault, H.D., Éloïse Lafrenière, H.D., et Bibiane Gagnon, H.D., qui ont collaboré durant de longues années à la revue *L'Explorateur*. Dévouées et passionnées, ces hygiénistes dentaires ont fouillé parmi des milliers de revues, proposé des dizaines de thématiques et ont été les ambassadrices les plus fidèles de *L'Explorateur*. La diversité de leur expérience et leur grande sensibilité envers les enjeux de la profession ont contribué à faire le succès de la revue.

Un merci tout spécial à madame Caroline Boudreault, membre du comité depuis 1999 qui a toujours fait preuve d'assiduité et mis tout son cœur pour faire de *L'Explorateur* un outil essentiel à tous. Sa disponibilité, son énergie et son apport à chacun des numéros de *L'Explorateur* ont été grandement appréciés tout au long de ses 23 années et 90 numéros!

L'Ordre souhaite à Caroline, Éloïse et Bibiane une très bonne continuité dans tous leurs nouveaux projets et les remercie encore une fois de leur engagement à travers ses années au sein du comité des publications.

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président

JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC
Directeur général et secrétaire

SOPHIE LECAVALIER, secrétaire du comité
Responsable des communications



TOUS ENSEMBLE VERS LE MÊME BUT COMMUN: DEVENIR UN ACTEUR ESSENTIEL EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



Lors de l'élaboration de notre *Plan stratégique 2021-2025*, un élément important qui est ressorti auprès de vous lors de notre sondage était de rapprocher l'Ordre de ses membres par des actions concrètes afin d'accroître la mobilisation des membres envers notre mission, mais également envers un élément de notre vision, *Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession*.

Ainsi, tout au long de l'automne, j'ai sillonné les routes du Québec afin d'aller à votre rencontre dans la première partie de ma tournée provinciale, qui s'échelonne sur deux ans. De la Gaspésie à l'Outaouais, en passant par Québec, Trois-Rivières et Montréal, j'ai rencontré des hygiénistes dentaires mobilisées et prêtes plus que jamais à prendre cette place que la modernisation du domaine buccodentaire nous offre maintenant. Ce moment d'échange avec moi vous permet de poser l'ensemble de vos questions et ainsi d'avoir l'heure juste sur l'ensemble des travaux interordres qui évoluent continuellement.

Un autre moment fort de l'automne où j'ai pu voir une grande mobilisation des hygiénistes dentaires est sans contredit notre congrès à Saint-Hyacinthe. Vous étiez près de 700 congressistes et une fois de plus, la rétroaction sur la qualité de l'événement et des conférences est excellente. Je vous invite d'ailleurs à consulter dans ce numéro les pages qui résument les faits saillants de notre congrès 2022.

La mobilisation des membres passe également par la mobilisation de nos futurs collègues. La mise en œuvre de notre premier plan de communication destiné aux étudiants de *Techniques d'hygiène dentaire* s'est également amorcée cet automne par ma visite des étudiantes et étudiants de première année inscrits au programme. Cette visite n'est que le début de plusieurs initiatives qui impliqueront les étudiants en hygiène dentaire au sein de leur future profession. Prix, concours et parution d'un nouveau bulletin électronique - *Explo étudiant* - font partie des activités que nous mettrons en place dès 2023 pour connecter la relève dès le début de leur programme d'étude et non pas seulement à la toute fin, quand vient le temps de s'inscrire au Tableau des membres.

PRESTATION DENTAIRE CANADIENNE PROVISOIRE

C'est maintenant officiel et en vigueur depuis le 1^{er} décembre dernier, les enfants de 12 ans et moins des familles québécoises ayant un revenu familial net rajusté de moins 90 000 \$ par année ont accès à une allocation pour couvrir les soins et les traitements qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou par une assurance dentaire privée. Comme une bonne nouvelle n'arrive jamais seule, la *Loi sur la prestation dentaire* du gouvernement fédéral reconnaît l'hygiéniste dentaire et l'ensemble des soins buccodentaires préventifs en tant que services de soins dentaires admissibles au versement de la prestation pour ceux qui s'y qualifient. En somme, c'est une grande avancée pour l'accessibilité aux soins buccodentaires préventifs pour les enfants, ainsi que pour la reconnaissance des compétences professionnelles de l'hygiéniste dentaire comme prestataires de soins.

Cette prestation est provisoire jusqu'à la mise en œuvre complète du régime prévu pour 2025 et qui élargira sa couverture aux moins de 18 ans, aux aînés et aux personnes en situation de handicap. C'est un dossier que nous suivrons avec intérêt.

En terminant, je vous invite à surveiller vos écrans au début de la prochaine année puisque notre grande campagne de communication visant à informer adéquatement la population du Québec de la modernisation et de ses impacts dans la pratique de l'hygiène dentaire s'en vient. Puisque cette campagne sera multiplateforme, nous sommes convaincus qu'elle viendra démystifier et aider le public de tout âge à mieux comprendre le nouveau rôle de l'hygiéniste dentaire.

En cette période de réjouissances qui frappe à notre porte, je profite de l'occasion pour vous offrir mes meilleurs vœux de bonheur, de santé et de réalisations professionnelles.

Bonne et heureuse année 2023!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président de l'Ordre



L'ORDRE ET SES OBLIGATIONS EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE

- JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



Les ordres professionnels, régis par le Code des professions, ont de nombreuses obligations liées à la déontologie des professionnels qu'ils encadrent ainsi que des membres de leurs conseils d'administration et des comités formés par leurs conseils. De la même manière, et ce depuis 2018, les ordres ont également des obligations relatives à l'éthique qui touchent les mêmes groupes de personnes. Les prochains paragraphes illustrent la manière dont l'Ordre des hygiénistes dentaires (l'Ordre) s'est acquitté de ces nouvelles obligations.

ARTICLES DU CODE DES PROFESSIONS QUI ÉDICTENT LES OBLIGATIONS DES ORDRES EN MATIÈRE D'ÉTHIQUE :

62.0.1. Le Conseil d'administration, notamment :

[...]

4° impose à ses membres l'obligation de suivre une formation sur le rôle d'un Conseil d'administration d'un ordre professionnel, notamment en matière de gouvernance et d'**éthique**, d'égalité entre les femmes et les hommes, ainsi qu'une formation en gestion de la diversité ethnoculturelle, et s'assure qu'elles leur soient offertes ;

[...]

6° s'assure que des activités, des cours ou des stages de formation continue, notamment en **éthique** et en déontologie, sont offerts aux membres de l'ordre et en fait état dans son rapport annuel ;

[...]

62.1. Le Conseil d'administration peut : 1° déléguer à un comité qu'il crée à cette fin le pouvoir de décider de toute demande présentée dans le cadre d'une candidature à l'exercice de la profession ainsi que l'exercice des pouvoirs prévus aux articles 45 à 45,3, 46.0.1, 48 à 52.1 et 55 à 55.3 ; les membres d'un tel comité sont soumis aux normes d'**éthique** et de déontologie déterminées par l'ordre et prêtent le serment prévu à l'annexe II ;

[...]

79.1. Les administrateurs du Conseil d'administration d'un ordre professionnel sont soumis aux normes d'**éthique** et de

déontologie déterminées par l'Office en vertu de l'article 12.0.1 ainsi que celles du code d'**éthique** et de déontologie déterminées par le Conseil d'administration en application du paragraphe 4° du deuxième alinéa de cet article.

Chaque ordre professionnel doit rendre ce code accessible au public, notamment sur son site Internet, et le publier dans son rapport annuel.

Le rapport annuel de chaque ordre professionnel doit, en outre, faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des contraventions aux normes d'**éthique** et de déontologie constatées au cours de l'année ainsi que des décisions rendues et des sanctions imposées. [...]

86.0.1. Le Conseil d'administration peut, notamment :

[...]

2° former des comités, déterminer leurs pouvoirs, les normes d'**éthique** et de déontologie auxquelles leurs membres sont soumis et fixer le traitement, les honoraires ou les indemnités de ces membres ;

[...]

94. Le Conseil d'administration peut, par règlement :

[...]

i) lorsque le programme d'études conduisant à l'obtention d'un diplôme donnant ouverture à un permis de l'ordre ne comprend pas d'activités d'apprentissage relatives à l'**éthique** et à la déontologie, le Conseil d'administration doit adopter un règlement en vertu du présent paragraphe afin de prévoir l'obligation de réussir une formation en **éthique** et en déontologie ;

En premier lieu, l'Ordre a rédigé un document intitulé [Principes éthiques et code de déontologie des membres du Conseil d'administration, des membres des comités et du personnel de l'Ordre](#), adopté par le Conseil d'administration (le Conseil) le 9 mars 2019. Ce document a comme objectif de guider ces personnes afin que leurs actions et leurs décisions soient cohérentes, et ce, pour préserver et renforcer le lien de confiance du public et des membres envers l'Ordre. La première partie du document comprend les principes éthiques qui guident les comportements des membres du Conseil, des membres des comités et du personnel de l'Ordre en fonction des valeurs de l'organisation, soit la rigueur, l'engagement, le respect, la collaboration et l'intégrité. La deuxième partie traite du code de déontologie respectif à chacun des groupes visés par le document. Elle énonce les obligations déontologiques à respecter dans l'accomplissement de ses devoirs et de ses fonctions. Chaque année, l'ensemble des personnes auxquelles s'appliquent ces principes éthiques et ce code de déontologie doivent signer un engagement à les respecter.

Par ailleurs, tous les membres du Conseil ont suivi une formation de base en matière de gouvernance et d'éthique qui est obligatoire en vertu du Code des professions. Au cours de l'exercice 2021-2022, les administratrices et les administrateurs de l'Ordre ont participé à des séances de formation complémentaires pour approfondir leur compréhension de la démarche de délibération éthique applicable à la gouvernance d'un ordre professionnel. Ce thème était la priorité de formation des membres du Conseil pour cet exercice financier. À la suite de cette formation, l'Ordre a adopté une démarche de délibération éthique qu'il pourra mettre en œuvre lorsqu'il fera face à un dilemme éthique afin de le soutenir dans sa réflexion et sa prise de décision.

En ce qui a trait à l'obligation des nouveaux membres d'un ordre d'avoir suivi des activités d'apprentissage en matière d'éthique et de déontologie, l'Ordre a mené une analyse auprès des neuf cégeps offrant le programme collégial *Techniques d'hygiène dentaire* pour vérifier si de telles activités y étaient incluses. Cette analyse s'est conclue en 2022 par le dépôt d'un rapport au comité de la formation des hygiénistes dentaires dont le mandat consiste principalement à examiner les questions relatives à la qualité de la formation des hygiénistes dentaires. Le comité a transmis un avis au Conseil selon lequel les programmes satisfaisaient aux attentes de l'Ordre en matière de contenu déontologique, mais que des améliorations devaient être apportées en matière d'éthique. L'Ordre s'est engagé à soutenir les cégeps dans cette voie.

À cet effet, l'Ordre travaille à la création d'une activité de formation continue sur le thème de l'éthique et ses distinctions d'avec la déontologie professionnelle. Celle-ci sera bientôt disponible à l'ensemble des membres. Cette activité est basée sur une formation conçue par cinq autres ordres professionnels de la santé qui ont accepté de partager les fruits de leurs travaux avec l'Ordre. Nous les en remercions chaleureusement.

Le présent numéro de *L'Explorateur* est une autre façon pour l'Ordre de soutenir ses membres en vue de s'approprier les enjeux et concepts éthiques applicables à l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire. Nous souhaitons que les articles percutants de ce numéro provoquent des réflexions et des discussions sur les enjeux éthiques qui vous interpellent dans votre quotidien.

Le déploiement de tous les moyens d'action décrits dans les paragraphes précédents ne constitue qu'une première étape des travaux de l'Ordre en matière d'éthique. En effet, le comité de gouvernance continue son analyse des besoins du Conseil d'administration en la matière et l'équipe de la direction de l'exercice de l'hygiène dentaire poursuivra le développement d'autres moyens pour soutenir les membres de l'Ordre dans une pratique éthique de la profession d'hygiéniste dentaire.

Nos valeurs personnelles de même que celles de la profession et de la société ne cessent d'évoluer. Ainsi, l'implication de l'Ordre en matière d'éthique devra suivre cette évolution, s'adapter en conséquence et maintenir à long terme son engagement à soutenir ses membres, son Conseil d'administration, les membres de ses comités et son personnel en matière d'éthique.

LE POINT SUR LA MODERNISATION

À partir du présent numéro de *L'Explorateur*, le mot du directeur général et secrétaire comprendra un résumé de l'avancement des travaux de l'Ordre relatifs à la modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire depuis la parution précédente. Ainsi, le résumé suivant offre une synthèse des travaux réalisés depuis septembre 2022.

La publication de feuillets explicatifs sur les activités réservées aux hygiénistes dentaires

Les travaux menant à la définition de chacune des activités réservées aux hygiénistes dentaires du Québec sont menés conjointement avec l'Ordre des dentistes du Québec afin d'obtenir une compréhension commune des activités. Avant leur publication, ces définitions ont l'objet d'une approbation par le conseil d'administration de chacun des ordres.

Les définitions publiées à ce jour :

- Évaluer la condition buccodentaire d'une personne;
- Sceller les puits et les sillons;
- Polir les dents;
- Contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance.

On trouve ces définitions sur la page [Modernisation](#) du site Web de l'Ordre (www.ohdq.com).

Par ailleurs, l'Ordre poursuit son implication dans les travaux interordres qui portent sur l'interprétation des activités réservées liées à la conception, la fabrication, la réparation et l'installation des prothèses dentaires et des appareils dentaires. Ces travaux incluent les quatre ordres professionnels du domaine buccodentaire. Dans le même ordre d'idées, la table des présidents des ordres du domaine buccodentaire maintient ses activités pour discuter des enjeux communs aux quatre ordres, tant sur le plan de la modernisation que pour d'autres enjeux communs.



La nouvelle réglementation

- Règlement sur les activités professionnelles qui peuvent être exercées par des personnes autres que des hygiénistes dentaires

L'Ordre a publié un guide explicatif qui permet, entre autres, aux milieux d'enseignement d'appliquer les dispositions du règlement auprès de leurs étudiants ou de tout autre candidat au permis de l'Ordre qui auront à exercer les activités réservées aux hygiénistes dentaires dans le cadre de leur programme de formation.

- Règlement sur les conditions et modalités permettant à l'hygiéniste dentaire d'effectuer un débridement parodontal non chirurgical sans ordonnance

À la suite d'une consultation menée auprès de l'Ordre des dentistes du Québec sur un premier projet de règlement, l'Ordre a approuvé un projet de règlement modifié en vue de la prochaine étape de consultation qu'il doit mener auprès de l'Office des professions. L'Office a confirmé avoir reçu la documentation pertinente et que celle-ci était complète, permettant ainsi son analyse par les instances concernées. L'Ordre est en attente de recevoir les commentaires de l'Office sur son projet de règlement.

L'inspection professionnelle

L'Ordre a procédé aux premières visites d'inspection professionnelle auprès de membres exerçant dans des cabinets d'hygiénistes dentaires, et ce, à partir d'un questionnaire conçu expressément pour ce type de lieux d'exercice.

La formation de base des hygiénistes dentaires

L'Ordre collabore à la révision du programme *Techniques d'hygiène dentaire*.

Il soutient également le personnel enseignant des cégeps pour l'intégration des concepts de la modernisation dans leurs activités d'enseignement. Notamment, il a offert un précongrès destiné aux enseignants dans le cadre de son congrès 2022.

Le soutien à la pratique des hygiénistes dentaires

L'Ordre a mené plusieurs actions de front pour soutenir les hygiénistes dentaires en vue d'intégrer à leur pratique les nouveaux concepts liés à la modernisation de la profession :

- Un précongrès pour entrepreneuses abordant divers aspects de la gestion d'un cabinet d'hygiéniste dentaire ;
- Un congrès principalement consacré aux activités réservées aux hygiénistes dentaires, incluant une table ronde sur la collaboration interprofessionnelle réunissant les présidents des quatre ordres professionnels du domaine buccodentaire ;
- La mise en ligne d'un logo destiné aux membres pour signifier leur appartenance à l'Ordre dans leurs communications ;
- La préparation d'activités de formation continue sur les activités réservées aux hygiénistes dentaires ;

- La poursuite des travaux sur la révision des normes de tenue des cabinets et des normes de tenue des dossiers en fonction de la modernisation de la profession;
- La diffusion de bulletins *InfoModernisation* pour informer les membres des actualités liées aux dossiers en cours, dont la publication de feuillets explicatifs;
- La mise à jour continue du site Web, dont la [foire aux questions](#) destinées aux membres;
- Le suivi des questions transmises par le courriel PL29@ohdq.com;
- Une tournée du président de l'Ordre effectuée dans diverses régions du Québec pour échanger avec les hygiénistes dentaires sur la modernisation de la profession et d'autres enjeux.

L'information destinée au public

L'Ordre a poursuivi ses travaux visant la préparation de son plan de communication destiné au public en vue de l'informer de l'impact de la modernisation sur l'exercice de la profession et sur l'accès aux soins offerts par les hygiénistes dentaires. Cette vaste campagne d'information commencera à se déployer dès les premiers mois de l'année 2023. Surveillez vos médias préférés!





ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE : QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ?

– M^e LAURENCE REY EL FATIH, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe
JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

Ces deux concepts peuvent être faciles à confondre puisqu'ils sont parfois étroitement reliés. En effet, un enjeu déontologique implique souvent des enjeux éthiques, mais l'inverse n'est pas toujours vrai. Il importe donc de définir ces deux concepts afin de mieux en comprendre leurs distinctions. Nous aborderons ensuite quelques exemples de décisions disciplinaires qui sous-tendent des enjeux éthiques afin d'illustrer la proximité de ces concepts, mais également afin de mettre en lumière leur différence.

PRÉSENTATION DES CONCEPTS

Que sont l'éthique, l'éthique appliquée et l'éthique professionnelle ?

Divers auteurs définissent l'**éthique** dite « générale » comme étant la « branche de la philosophie qui s'intéresse particulièrement au comportement humain et, plus précisément, à la conduite des individus en société. »¹ Ce domaine vise à faire l'examen de la justification rationnelle de nos jugements moraux et étudie ce qui est moralement acceptable, bien ou mal ou encore juste ou injuste². L'éthique vise ainsi à établir les « critères pour agir librement dans une situation pratique et faire le bon choix d'un comportement dans le respect de soi-même et d'autrui. »³

Selon le Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française (OQLF), l'éthique est la « Science ou [l'] étude tant des jugements d'appréciation à porter sur les actes humains en vue de les qualifier bons ou mauvais (totalement ou partiellement) que de leurs justifications. »⁴

Quant à l'**éthique appliquée**, elle est une discipline pratique de l'éthique « qui envisage d'éclairer le jugement moral qui préside aux décisions que nous prenons dans les différents secteurs de notre existence. »⁵ L'éthique appliquée peut être une pratique éducative, politique et philosophique. L'éthique appliquée comme pratique éducative par exemple vise à « accélérer la prise de conscience et à accompagner l'exercice du jugement. » Nous en comprenons que l'éthique appliquée cherche à mettre en pratique la résolution d'enjeux éthiques selon un processus décisionnel et réflexif. Ce processus peut notamment faire appel à une priorisation des valeurs mises en opposition, ce qu'on peut appeler un « dilemme éthique ».

En somme, « l'éthique telle que nous la connaissons est une recherche et un questionnement sans cesse reconduit qui se résume au fond à cette question : "Quoi faire pour bien faire ?" »⁶.

En ce qui a trait plus particulièrement à l'**éthique professionnelle**, celle-ci est une discipline qui se penche sur les règles propres à la profession et sur les pratiques professionnelles de manière à les rendre meilleures⁷. L'éthique d'un professionnel réfère alors aux valeurs auxquelles celui-ci adhère et qui l'amènent à agir d'une manière plutôt que d'une autre.

L'éthique professionnelle « fait appel à la capacité de réflexion et à l'autonomie des agents qui devraient dès lors être en mesure de choisir les actes qu'ils poseront en fonction des valeurs que ces comportements incarnent. »⁸

Qu'est-ce que la déontologie ?

La déontologie, quant à elle, réfère à un ensemble d'obligations et de règles imposées à des professionnels. Il est depuis fort longtemps admis en droit disciplinaire que « Les règles de déontologie, et donc les textes qui indiquent les conduites considérées comme contraire à l'éthique, n'ont pas besoin d'énumérer de façon restrictive toutes et chacune des fautes disciplinaires potentielles [...] »⁹

« Concrètement, la déontologie se présente comme un ensemble de règles exprimées de façon formelle et explicite et dont la transgression est susceptible de sanction. Cette formalisation de la déontologie et sa traduction en termes de droit positif nous permettront de la différencier, ici, de l'éthique professionnelle. Celle-ci revêt des formes plus diffuses et vise, au-delà du maintien de l'intégrité et de la cohérence d'une pratique, à la recherche et à la défense des intérêts des individus non professionnels qui y sont confrontés. L'éthique professionnelle a, en effet, une fonction critique qui n'est que partiellement reflétée dans la déontologie. Ainsi, les règles de déontologiques (sic) tendent plus à imposer une réponse dans les situations problématiques que peut rencontrer le professionnel dans l'exercice de son métier qu'à exposer et arbitrer les dilemmes moraux que ces situations peuvent engendrer. »¹⁰

En somme, la déontologie est une codification de règles qui sont contraignantes et dont le défaut de s'y conformer peut entraîner une sanction.

Dans le contexte propre de l'exercice de l'hygiène dentaire, diverses questions éthiques et déontologiques peuvent se présenter. On peut notamment penser à la situation où l'hygiéniste dentaire, au terme de l'évaluation de la condition buccodentaire de son client qui est un enfant de 14 ans, constate que l'application d'un agent anticariogène fluoruré est le soin approprié pour sa situation. Après discussion avec son client, ce dernier consent, de façon libre et éclairé, à l'application d'un tel agent.

Son supérieur toutefois lui mentionne bien connaître les parents et qu'ils ont toujours refusé l'application de ce type d'agent par conviction personnelle. Il l'enjoint donc à ne pas aller de l'avant avec l'application de l'agent anticariogène. Cet exemple démontre bien des enjeux éthiques auxquels l'hygiéniste dentaire peut faire face, mais qui implique aussi des obligations déontologiques, comme le fait d'ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client¹¹.

Comment peuvent coexister les notions d'éthique professionnelle et de déontologie ?

L'auteur Guy Cournoyer, dans son article intitulé *La faute disciplinaire: sa formulation, ses fondements et sa preuve*, met en parallèle ces deux concepts comme suit :

«[44] Selon le Petit Robert, l'éthique se définit comme la "[s]cience de la morale [et] l'art de diriger la conduite" alors que la déontologie est l'"ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier"». ¹²

De tout ce qui précède, il apparaît donc bien qu'une distinction existe entre la déontologie et l'éthique. La déontologie « vise une conformité comportementale à la règle énoncée et s'en remet à l'autorité de la règle et à la menace de sanction pour arriver à ses fins [...] » alors que l'éthique (professionnelle) vise, quant à elle, « une adhésion librement consentie à des valeurs qui donneront sens aux comportements de l'agent moral et aux règles qu'il respectera. » ¹³

Ainsi et plus simplement, ce qui concerne le registre des principes et des valeurs est associé à l'éthique, alors que ce qui concerne le registre des règles relèverait davantage de la déontologie.

L'éthicien Luc Bégin conclut d'ailleurs que bien que ces deux concepts aient des objectifs différents, ils ne sont pas pour le moins incompatibles. L'éthique professionnelle saura certainement jouer un rôle fondamental notamment lorsque les règles déontologiques ne parviendront pas à répondre à un problème. En effet, la déontologie et l'éthique professionnelle ne sont notamment pas incompatibles « dès lors que l'on reconnaît le fait que les règles — aussi précises et détaillées puissent-elles être — ne parviennent pas à prévoir et à baliser toutes les situations problématiques, ambiguës et complexes que peuvent être appelés à vivre les [professionnels] dans l'exercice de leurs fonctions. » ¹⁴

En résumé, pour certaines situations, le professionnel devra faire appel à son jugement, lequel, on l'espère, se basera sur un processus réflexif et s'exercera de manière autonome et indépendante.

QUELQUES ILLUSTRATIONS PRATIQUES

Les exemples de décisions disciplinaires qui suivent sous-tendent certaines questions éthiques qui transcendent les règles déontologiques qui ont été enfreintes. À la fin de chaque décision résumée, nous terminerons avec un questionnement éthique propre à chaque cas. Comme dirait l'auteur René Villemure, *quoi faire pour bien faire ?* À vous d'y réfléchir...

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec c. Deschênes ¹⁵

Dans cette affaire, il est notamment reproché à une travailleuse sociale d'avoir agi sans raison valable et de façon contraire aux normes professionnelles reconnues en accompagnant, sans son consentement, une personne usagère de ses services dans un centre hospitalier pour l'assister au moment de l'interruption volontaire de grossesse et en demandant ensuite à voir le fœtus de cette dernière. Plus concrètement, le conseil de discipline résume ainsi les faits :

[65] [L'usagère] explique, alors qu'elle était enceinte, avoir voulu interrompre sa grossesse. Elle avait beaucoup de difficulté avec sa décision. Elle s'est donc présentée au Centre pour parler (...) ayant besoin que quelqu'un l'écoute. (...)

[67] Elle explique que [la travailleuse sociale J.D.] lui a offert de l'accompagner à l'hôpital pour l'interruption de grossesse.

[68] Elle raconte que, lorsqu'elle s'est présentée au Centre, son but n'était pas de se faire accompagner à l'hôpital mais elle recherchait plutôt de l'écoute. Devant l'offre de [la travailleuse sociale J. D.], elle s'est dit que ça ne lui ferait pas de tort que quelqu'un l'accompagne. Pour elle, cela voulait dire que quelqu'un venait la chercher avec une voiture le matin, l'amenait à l'hôpital et l'attendait.

[69] Alors que dans la salle d'attente de l'hôpital, elle pleure et cherche à être dans sa bulle pour vivre seule cet événement, [la travailleuse sociale J.D.] voit quelqu'un qu'elle connaît. Elle commence à jaser et à parler très fort.

[70] Le Conseil comprend que la travailleuse sociale ne respectait pas la façon dont madame B voulait vivre l'événement. Lorsque l'infirmière l'a appelée, [la travailleuse sociale J. D.] a insisté pour l'accompagner, lui précisant qu'elle n'était pas venue pour rien. Elle ne s'est donc pas opposée. ¹⁶

[71] Ainsi, pendant l'interruption de grossesse, [la travailleuse sociale J. D.] était à ses côtés. »

Dans le cadre de son enquête, le syndic retient les services d'un expert. Ce dernier est appelé à témoigner afin de mettre son rapport en preuve. À cet effet, le conseil de discipline reprendra certains passages du rapport de cet expert dans sa décision :

« Le principe d'autodétermination du client exige que le travailleur social fasse en sorte que son client puisse faire les choix pour lui-même et assumer de façon autonome les démarches le concernant. L'intervention visant l'accompagnement d'une cliente lors d'un avortement a pour but fondamental de lui permettre et de s'assurer que celle-ci fasse des choix libres tout au long de la démarche. C'est en grande partie de cette liberté que dépendra la qualité du vécu post-avortement. (...).

Il est évident qu'en insistant pour être présente et pour voir le fœtus, la travailleuse sociale n'a pas respecté ces principes et a manqué de jugement. »

Le témoin expert affirmera qu'autant dans une perspective éthique que clinique, le geste posé par la professionnelle, soit d'avoir accompagné l'usagère et d'avoir demandé à voir son fœtus, était injustifié ¹⁷.

Selon vous, quelles sont les valeurs préconisées par la travailleuse sociale et celles préconisées par l'usagère ? En quoi sont-elles en opposition ?

Ordre des infirmières et infirmiers c. McLeod-Doucet¹⁸

Dans cette décision, il est notamment reproché à une infirmière de ne pas avoir sauvegardé son indépendance professionnelle et de ne pas avoir évité de se placer dans une situation de conflit d'intérêts en faisant primer ses opinions professionnelles à l'égard des soins et traitements administrés à un nouveau-né. L'infirmière en question travaillait dans un hôpital pour enfants au département des soins intensifs. Dans cette unité, un nouveau-né atteint du syndrome de Down, ainsi que de plusieurs malformations congénitales, était hospitalisé. Selon l'avis du médecin, l'état de l'enfant était difficilement traitable, mais ses déficiences n'étaient pas incompatibles avec la vie.

Les parents ont décidé de ne pas procéder à une intervention chirurgicale et de plutôt convenir d'un plan qui amenait l'enfant à s'éteindre graduellement.

Le comité de discipline souligne que cette affaire, sur le plan éthique, posait à cette époque un enjeu de taille et reprend un article de la Société canadienne de pédiatrie portant sur les décisions thérapeutiques relatives aux nourrissons et aux enfants stipulant ceci : « Lorsque il est clair que le traitement est dans le meilleur intérêt de l'enfant, le médecin a la responsabilité de le faire comprendre aux parents. Tout refus de traitement de la part des parents exige l'intervention du tribunal. »

L'infirmière a été assignée à prendre soin de cet enfant et affirme que par le passé, pour des cas similaires, la philosophie de l'hôpital était à l'effet d'intervenir chirurgicalement même si les parents étaient d'avis contraire. De retour à son service quelques jours plus tard, elle constate que l'enfant n'est pas hydraté et ne reçoit aucun soin. Elle vérifie le dossier et s'enquiert des raisons justifiant l'absence de traitement. Elle effectue certaines vérifications additionnelles, notamment auprès de la protection de la jeunesse.

Au terme de son analyse, le comité de discipline en vient à la conclusion suivante : « L'infirmière, ici, a refusé d'accepter que l'on laisse mourir un enfant. Elle s'est interrogée, comme c'est son droit de le faire et a, à cet effet, interrogé les médecins. La réponse du chef des résidents en chirurgie est éloquent.

À l'heure où notre société s'interroge sur des questions fondamentales dans le domaine de soins à donner aux malades tels que l'acharnement thérapeutique, l'arrêt de traitements, etc. il apparaît au Comité qu'une infirmière doit s'interroger et a même le devoir de rapporter des faits qui selon son expérience, sa formation lui apparaissent discutables, c'est cela, l'indépendance professionnelle. »

Selon vous, quelles sont les valeurs mises en cause dans cet exemple ? Quel comportement serait à promouvoir selon votre propre échelle de valeurs et pourquoi ?

Technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale (Ordre professionnel des) c. Dumontier¹⁹

Le Syndic reproche à l'intimé, technologue en imagerie médicale, d'avoir consulté, sans autorisation et sans motif valable, une douzaine de dossiers clients, et ce, par crainte de la COVID-19 et pour vérifier le travail effectué par ses collègues.

Au mois de mars 2020, l'intimé devient anxieux et hyper vigilant par rapport à la propagation de la COVID-19. Il est alors désigné pour recevoir les patients de la région atteints de la COVID-19. Il suspecte alors que la procédure mise en place n'est pas respectée par ses collègues. Envahi par la peur et l'anxiété, il se met alors à vérifier qu'aucun cas dit de « COVID de type aérosol » n'ait été fait avant son quart de travail dans la salle d'examen lui étant assigné. C'est ce qui l'amène donc à consulter les dossiers de clients ayant passé des examens avant son quart de travail afin de connaître leur état de santé.

Le comité retient ceci :

« [47] L'état de santé des usagés visés par le bris de confidentialité, tout inquiétant qu'il puisse être, n'autorise pas l'intimé à se servir lui-même et faire fi des règles d'accessibilité.

[48] En consultant le dossier médical sans y être autorisé, l'intimé abuse de son statut professionnel et enfreint le droit à la confidentialité. Il porte ainsi atteinte au droit à la vie privée, droit protégé par les Chartes, le [Code civil du Québec](#) et de nombreuses lois. (...)

[66] Le Conseil peut comprendre que le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19 pouvait et peut encore être générateur d'inquiétude pour le personnel de la santé. La reconnaissance par l'intimé qu'il a pris les mauvais moyens pour calmer ses inquiétudes et l'identification des moyens qu'il prendra advenant qu'une situation similaire se présente à lui rassure le Conseil. À la lumière de l'ensemble de la preuve et du témoignage sincère de l'intimé, le Conseil estime faible le risque de récurrence de ce dernier. »

Au-delà de la faute déontologique, pourquoi, selon vous, sur le plan éthique, ce comportement aurait dû être évité ?

Ordre de la physiothérapie c. Jetté²⁰

Il est notamment reproché au physiothérapeute d'avoir émis des opinions, des théories personnelles et d'avoir utilisé son titre, sa profession ou sa clinique de physiothérapie afin de remplir une mission personnelle d'évangélisation. En effet, l'intimé avance que les traitements de physiothérapie sont propices à la discussion et il saisit cette occasion unique pour que les gens (ses clients) entendent ses propos puisqu'il le voit comme un devoir.

Il n'est pas question ici d'empêcher le professionnel d'avoir ses opinions et ses propres croyances, mais le conseil fait ressortir qu'il en va de même pour les clients. Lorsqu'ils consultent un professionnel, ces derniers doivent avoir la certitude qu'ils confient leur santé à quelqu'un de professionnel qui n'interviendra pas sur des sujets personnels, telle la religion par exemple.

On retiendra particulièrement de cette décision qu'un professionnel aussi bien intentionné soit-il ne peut se servir du privilège qu'il a d'exercer sa profession pour l'utiliser à d'autres fins que l'exercice de cette profession.

« [68] Le Conseil constate des explications de l'intimé que celui-ci semble, à l'occasion, être aspiré par la détresse de ses clients. Or, il est primordial que l'intimé respecte la frontière professionnelle de la physiothérapie et les limites quant à son rôle de physiothérapeute en présence d'un client qui le consulte à ce titre.

[69] *L'intimé a certes des convictions. S'il fait le choix d'exercer à titre de physiothérapeute, il fait aussi celui de se conformer aux règles déontologiques qui vont de pair avec le privilège d'exercer cette profession*²¹.

[70] *Ainsi, le Conseil compte que l'intimé prendra les moyens afin d'exercer dans le respect de ses obligations déontologiques en évitant de se placer en conflit d'intérêts et/ou de rôles envers un client et d'intervenir dans les affaires personnelles de celui-ci sur des sujets qui ne relèvent pas de l'exercice de la profession, mais qui relèvent des convictions, théories et opinions personnelles de l'intimé.*»

Selon vous, où l'intimé aurait-il dû tracer une ligne entre ses convictions personnelles profondes et le respect des convictions d'autrui?

«En droit, un homme est coupable lorsqu'il viole les droits d'autrui. En éthique, il est coupable s'il ne pense qu'à le faire.»

- Emmanuel Kant, philosophe (1724 - 1804)

Pour en apprendre davantage sur l'éthique professionnelle

• Formation:

- Une formation sera disponible dès la mise en ligne de notre plateforme de formation en ligne Campus HD. Consultez régulièrement vos courriels!

Références:

- Francis Gervais, «Éthique, profession juridique et société», Collection de droit 2011-2012, vol. 13, p. 17.
- Ibid.*, Voir également la définition donnée par le Bureau des valeurs et d'éthique de la fonction publique du Gouvernement du Canada, [En ligne], <https://www.canada.ca/fr/secretariat-conseil-tresor/services/valeurs-ethique/code/quest-ce-que-ethique.html#A2> (page consultée le 6 novembre 2022).
- Francis Gervais, précité, note 1.
- Grand dictionnaire terminologique, définition tirée du *Dictionnaire encyclopédique du Droit québécois* de Michel Fillion, Gaudet Éditeur ltée, 2018, https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=26548264 (page consultée le 6 novembre 2022).
- Francis Gervais, précité, note 1, p. 18.
- Francis Gervais, précité, note 1, p.18. L'auteur réfère à l'ouvrage de René Villemure, Institut québécois d'éthique appliquée, bulletin réflexif, 27 mai 2005.
- Luc Bégin, «Légiférer en matière d'éthique: le difficile équilibre entre éthique et déontologie», Dossier: Faire des lois sur l'éthique?, *Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, vol. 13, n° 1, 2011, p. 39-61.
- Ibid.*
- Béliveau c. Barreau du Québec*, 1992 CanLII 3299 (QC CA) citant *Bolduc c. Roy*, 1975 C.A. 505.
- Jeremy Bentham, *Deontology or the Science of Morality*, 1834; *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber, vol. 1, 4^e éd. revue et augmentée, Quadrige/P.U.F., 2004, p. 474. Tiré de l'article Guy Cournoyer, «La faute disciplinaire: sa formulation, ses fondements et sa preuve», *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire*, 2016, p. 238.
- Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ, c. C -26, r. 140, art. 22.
- Guy Cournoyer, «La faute disciplinaire: sa formulation, ses fondements et sa preuve», *Développements récents en déontologie, droit professionnel et disciplinaire*, 2016, p. 237.
- Luc Bégin, «Légiférer en matière d'éthique: le difficile équilibre entre éthique et déontologie», Dossier: Faire des lois sur l'éthique?, *Revue internationale d'éthique sociale et gouvernementale*, vol. 13, n° 1, 2011, p. 39-61.
- Ibid.*
- Travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux c. Deschênes*, 2016 CanLII 24457 (QC OTSTCFQ).
- Notre soulignement.
- Ibid.*, par. 78.
- Infirmières et infirmiers c. Mcleod-Doucet*, [1992], D.D.C.P. 93.
- Technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale c. Dumontier*, 2021 QCCDTIMROEM 3 (CanLII).
- Physiothérapie c. Jetté*, 2020, QCCDOPPQ 15 (CanLII).
- Notre soulignement.



EXPLORATION DE L'ÉTHIQUE CLINIQUE DE L'AUTONOMIE ET DE LA VÉRACITÉ

- SUSAN BADANJAK, H.D., M.Sc. DH, responsable du développement de la profession

INTRODUCTION

Conventionnellement, l'éthique explore la justification rationnelle de nos jugements moraux en examinant ce qui est moralement bien ou mal et juste ou injuste¹. En tant qu'individus, l'éthique et les valeurs ont été largement formées par la culture, comme les valeurs inculquées par notre famille, les traditions et expériences culturelles, et l'éducation formelle et informelle²⁻⁴. L'éthique analyse l'interaction humaine avec d'autres humains, du point de vue de la liberté, de la responsabilité et de la justice¹⁻⁴. **L'indépendance ou l'autonomie est le principe fondamental de la prise de décision éthique et de l'analyse objective de la véracité**^{1, 2, 5-7}. Les individus font preuve d'indépendance lorsque, dans un processus de prise de décision, ils choisissent de se libérer autant que possible de leur conditionnement¹⁻⁴. Il est clair que **l'éthique, les valeurs et la morale ont des conséquences dans la relation clinicien-client**¹⁻⁹. Dans la mesure où ce fonctionnement suppose un degré de lucidité qui nous permet de juger objectivement et de décider de la direction à prendre, **la prise de décisions éthiques est difficile**¹.

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cette revue de la littérature est d'explorer le rôle de l'autonomie et de la véracité dans la prestation de soins bucco-dentaires et sur la prise de décision éthique. La base de données PubMed a été explorée en utilisant les termes MeSH, « dentisterie », « hygiène dentaire », « pratique fondée sur les preuves » et « autonomie personnelle » en utilisant l'opérateur booléen *OR* combiné avec les termes MeSH « éthique clinique », « serment éthique », « analyse éthique », en utilisant l'opérateur booléen *AND*. La recherche a été limitée par les termes MeSH et les filtres 5 ans, humains, anglais et français. Un article en français a été identifié, mais n'a pu être récupéré. Dans le but de fournir les informations les plus récentes, seuls les articles datant de 2020 et plus ont été retenus. Cinq articles ont été sélectionnés pour étudier comment l'autonomie et la véracité font partie intégrante de l'éthique clinique. D'autres articles ont été trouvés à des fins conceptuelles et explicatives et ont été référencés.

Bien que la bienfaisance, la non-malfaisance, l'utilité et la confidentialité ne soient pas abordées en détail dans cet article, les études de cas se prêtent également à la discussion de ces principes éthiques. L'auteur espère qu'elles serviront de matériel d'enseignement, d'apprentissage et de révision et qu'elles stimuleront une réflexion introspective (l'examen de vos propres idées, pensées et sentiments et l'attention que vous leur portez) et « extrovertive » (marqué par l'intérêt pour les autres ou préoccupé par la réalité extérieure).

RÉSULTATS

L'éthique

L'éthique clinique, à laquelle tous les prestataires de soins de santé buccodentaires souscrivent, fournit un cadre pour aider à prendre des décisions qui sont moralement saines et justes pour le client en question¹. L'éthique clinique décrit les principes moraux selon lesquels les professionnels de la santé buccodentaire doivent se conduire lorsqu'ils sont confrontés à des dilemmes moraux, en particulier les doctrines éthiques du conséquentialisme et de l'utilitarisme¹. Il ne faut pas la confondre avec la déontologie qui est basée sur le devoir et qui est généralement émise par les organismes de réglementation.

Le conséquentialisme est une idéologie éthique qui affirme que la moralité d'une action dépend uniquement de ses conséquences^{6, 7}. Une façon plus simple de formuler cela serait de dire que la fin justifie les moyens. Si l'action présente un avantage global, alors la nature de l'action elle-même n'a pas d'importance^{6, 7}. Par exemple, une hygiéniste dentaire évalue et confirme la nécessité d'un traitement au fluorure pour un adolescent de 16 ans. L'adolescent ne veut pas de traitement au fluorure. L'hygiéniste dentaire commence par identifier les alternatives et examine les avantages ou les inconvénients qui en résulteront très probablement. L'adolescent quitte le cabinet avec un vernis fluoré au goût de caramel, sans se douter qu'il a reçu un traitement au fluor. Une idéologie conséquentialiste soutient que le mensonge dans cette circonstance est acceptable, même si le mensonge lui-même n'est pas une action morale^{6, 7}. Par ailleurs, il est important de noter que les actions de cet exemple se rapportent à un dilemme clinique éthique et que la décision prise ne reflète pas le comportement attendu d'une professionnelle sur le plan déontologique.

L'utilitarisme soutient que la meilleure action est celle qui entraîne la meilleure augmentation de l'utilité (bénéfice)⁷. L'utilité est généralement considérée à grande échelle, prenant souvent en compte la société au sens large et pas seulement le client en question⁷. C'est une forme de conséquentialisme, mais à plus grande échelle. On peut citer comme exemple l'implication des hygiénistes dentaires dans le dépistage intensif en cabinet et la vaccination de masse de la santé publique lors des pandémies, ces actions ayant un plus grand intérêt pour la société. L'éthique utilitariste dicte que le traitement d'un grand nombre de clients est moralement supérieur, car il en résulte un plus grand bénéfice global⁷.



Les cinq principes de l'éthique clinique

Les cinq principes de l'éthique clinique sont la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie, la justice et l'utilité¹. L'éthique clinique est inhérente et indissociable de la pratique de l'hygiène dentaire. Le rôle du clinicien implique un devoir éthique de proposer et de respecter :

1. La bienfaisance¹ (fournir au client des soins qui procurent en tout temps un bénéfice ou un avantage, c'est-à-dire des soins fondés sur des données probantes, basés sur les meilleures preuves disponibles et l'expertise clinique);
2. La non-malfaisance¹ (éviter ou minimiser les dommages);
3. L'autonomie¹ (respecter les besoins, les valeurs et les préférences du client). L'autonomie, en tant que principe éthique, est subdivisée en consentement éclairé (autodétermination), véracité (dire la vérité) et confidentialité (secret professionnel, lois);
4. La justice¹ (justice, égalité, équité, égalité des chances);
5. L'utilité¹ (le plus grand bénéfice et le moindre dommage pour le plus grand nombre de personnes concernées).

L'objet de cet article étant les principes éthiques cliniques d'autonomie et de véracité, ces deux principes seront explorés plus en détail, à travers des données d'étude et des études de cas.

Autonomie

Une étude menée par Benecke et al.⁵ a démontré à quel point les patients souhaitaient un rôle partagé dans la prise de décision ou l'autonomie, et ce davantage en dentisterie qu'en médecine. Dans un premier temps, les chercheurs ont interrogé des patients dentaires, dans un cadre universitaire, sur les décisions autonomes en matière de traitement dentaire, par rapport à la réticence des dentistes à partager le processus de décision⁵. En général, les patients souhaitaient une plus grande autonomie dans la prise de décision concernant leurs soins dentaires⁵. Les décisions clés statistiquement significatives, pour lesquelles les patients souhaitaient une plus grande autonomie, sont énumérées dans le tableau 1. Les scores les plus faibles dans les colonnes « patients » indiquent que les patients souhaitent davantage d'autonomie dans la prise de décision ou une prise de décision partagée. Plus la valeur p est petite, plus la signification statistique est grande. Le « DS » signifie l'écart-type. Dans les études, un faible écart-type est la variance souhaitée.

TABEAU 1 : Évaluation de l'autonomie des dentistes et des patients^a

DÉCISIONS ÉVALUÉES	DENTISTES = 16 MOYENNE (DS)	PATIENTS = 100 MOYENNE (DS)	VALEUR P ($\leq 0,05$)
Utilisation ou non d'une anesthésie locale (oui/non/attente)	2,5 (0,9)	1,8 (0,9)	0,007
Quel anesthésique utiliser (commun/réduit en adrénaline/libre en adrénaline/superficiel)	3,8 (0,5)	2,8 (0,9)	0,001
Traitement de la parodontite (prophylaxie/curetage/antibiotiques/attente)	3,1 (0,7)	2,4 (0,8)	0,002
Extraction d'une dent (extraction/traitement conservateur/attente)	2,9 (1,0)	2,1 (0,9)	0,006
Radiographie diagnostique (radiographie interproximale/orthopantomogramme/pas de radiographie)	3,6 (0,7)	2,7 (0,9)	0,001
Prévention pour la préservation des dents (nettoyage professionnel [flux d'air + érythritol] / détartrage / prophylaxie / thérapie parodontale)	2,7 (0,8)	1,9 (1,0)	0,007

^aAdapté de Benecke M, Kasper J, Heesen C, Schäffler N, Reissmann DR. Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC Med Inform Decis Mak.* Dec 2 2020;20(1):318. doi:10.1186/s12911-020-01317-5.

Benecke et al.⁵ ont également interrogé une autre cohorte de patients dentaires et deux cohortes de patients médicaux sur leurs préférences en matière d'autonomie. Les patients dentaires ont exprimé un fort désir d'être impliqués dans les décisions relatives aux traitements dentaires, bien plus que les dentistes n'étaient disposés à partager ces décisions avec leurs patients⁵. Les patients dentaires ont affirmé avoir moins d'autonomie que les cohortes de médecine générale et de sclérose en plaques, ce qui a été confirmé par une analyse statistique⁵. Toutes les valeurs de p n'ont pas été rapportées dans la cohorte de sclérose en plaques, ce qui constitue un facteur limitatif pour ce volet de l'étude. La cohorte de médecine générale souhaitait plus d'autonomie dans le choix du traitement ou des médicaments ($p = 0,018$)⁵. Les dentistes n'ont pas respecté l'autonomie du patient dans toutes les décisions, mais une seule de ces violations était statistiquement significative⁵. La cohorte dentaire souhaitait plus d'autonomie concernant l'utilisation de l'anesthésie locale ($p = 0,002$)⁵.

Les résultats de l'étude de Benecke et al.⁵ concluent que les patients dentaires souhaitent une plus grande autonomie dans les choix de traitement et la prise de décision. Ainsi, cette étude plaide en faveur de la nécessité d'une pratique éthique dans laquelle il est important de comprendre et de prendre en compte le désir du patient de bénéficier ou non d'une anesthésie locale, par exemple, et où ne prévaut pas la volonté du dentiste de l'imposer indépendamment du désir du patient. **Même si le dentiste est bien intentionné et que les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance sont respectés, l'autonomie du patient doit être respectée.** Un inconvénient de l'étude de Benecke et al.⁵ est, ironiquement, qu'ils ont omis d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient, avant de commencer toute intervention clinique en lien avec l'étude^{1,2}. En outre, toutes les interventions doivent être expliquées au préalable, afin que le patient puisse prendre une décision/un choix en connaissance de cause^{1,2}. Ces éléments sont fondamentaux pour l'autonomie, et plus précisément pour l'acte d'exercer son autonomie^{1,2}.

Véracité

La vérité et le fait de dire la vérité sont essentiels aux relations entre le client et le clinicien^{1,3,4}. Sans la véracité, le client peut perdre sa confiance dans le clinicien^{1,3,4}. La confiance est centrale et essentielle pour tous les cliniciens d'une profession réglementée^{1,3,4}. Un client autonome a le droit d'être informé de tous les aspects des soins d'hygiène dentaire, y compris les avantages et les risques, mais il a aussi le droit de renoncer à une ou plusieurs composantes des soins^{1,3,4}. Le client a toutefois l'obligation d'informer le clinicien de ce qui précède^{1,3,4}. Le choix de renoncer aux soins d'hygiène dentaire n'a pas besoin d'être binaire, dans la mesure où une tierce personne peut être autorisée à faire des choix au nom du client^{1,3,4}. Par exemple, un enfant mineur, ou une personne majeure sous tutelle, qui est incapable de faire des choix éclairés et de consentir à des soins d'hygiène dentaire, peut demander à une personne dûment autorisée par la loi de prendre les décisions à sa place.

La vérité et le fait de dire la vérité ne peuvent être fondés que sur ce qui est moralement correct, équitable ou juste^{1,3,4}. **Cela signifie être impartial, avoir des principes et être incorruptible.** Une façon importante pour un clinicien d'atteindre ces caractéristiques est de fournir des soins d'hygiène dentaire fondés sur des preuves^{1,3,4}. Il est éthiquement ou moralement sain de pratiquer l'hygiène dentaire en utilisant des principes qui sont dignes de confiance et fondés sur la science^{1,3,4}. Un exemple de la façon dont l'éthique et les soins d'hygiène dentaire fondés sur des preuves vont de pair est décrit ci-dessous.

Certains hygiénistes dentaires (et dentistes) vantent les mérites des probiotiques comme thérapie d'appoint pour le traitement de la parodontite. Cependant, la vérité est que les revues systématiques et les méta-analyses, les plus hauts niveaux de preuves scientifiques, ne soutiennent pas ce type de thérapie d'appoint¹⁰⁻¹². Les preuves ne sont pas concluantes en raison de l'utilisation d'un large éventail de probiotiques, d'une conception d'étude non standardisée, de la petite taille de la population étudiée, de rapports de mauvaise qualité et de données incohérentes. Il est contraire à l'éthique et injuste de promouvoir ou de recommander un produit qui ne présente aucun avantage pour le client, qui ne minimise pas les dommages, qui est injustifiable sur le plan scientifique et dont les données concernant l'effet thérapeutique sont de faible qualité^{1,3,4,10-12}. Cet exemple démontre l'importance de la vérité et de l'honnêteté, afin qu'un client puisse prendre une décision éclairée et autonome quant à l'utilisation de probiotiques pour les maladies parodontales.

Autonomie et véracité : analyse de dilemmes éthiques à partir de cas concrets

Une revue de la littérature par Khorshidian et al.³ a ciblé le manque de connaissances en dentisterie en ce qui concerne la véracité des informations et, par conséquent, l'autonomie des clients. Les trois principaux défis de la dentisterie en matière de véracité ont été identifiés comme étant la vérité sur les erreurs de traitement d'un collègue, sur les maladies graves, réfractaires ou incurables, et sur les enfants ou les personnes incapables de prendre des décisions en connaissance de cause³. Trois scénarios basés sur des cas, adaptés à la profession d'hygiéniste dentaire, sont présentés ci-dessous pour mettre au défi la réflexion éthique et souligner le rôle de la véracité et de l'autonomie dans la prestation des soins bucco-dentaires et la prise de décision éthique.

Cas 1 : Dire la vérité sur l'erreur clinique d'une autre hygiéniste dentaire

Un client se présente chez son hygiéniste dentaire avec une tache brunâtre sous un scellant dentaire, deux ans après son application par le même hygiéniste dentaire. Après avoir procédé à l'évaluation de la condition buccodentaire du client, l'hygiéniste dentaire lui dit qu'elle n'a détecté aucun signe clinique de dommage ou d'affaiblissement à la dent est et que le scellant dentaire a été posé conformément aux principes scientifiques.

Insatisfait de la réponse donnée par son hygiéniste dentaire, le client demande une deuxième opinion à une autre hygiéniste dentaire. À nouveau, après l'évaluation de la condition buccodentaire de son client, l'hygiéniste dentaire du deuxième avis déclare qu'une lésion carieuse sous le scellant dentaire pourrait être la source de la décoloration brunâtre. Une carie dentaire est ensuite diagnostiquée par un dentiste. Éthiquement parlant, que devrait faire ou dire l'hygiéniste dentaire de deuxième opinion après avoir découvert l'erreur de son collègue et après que le client lui ait demandé conseil ? Le tableau 2 présente les arguments éthiques pour et contre le fait de dire la vérité par rapport au cas 1.

TABLEAU 2 : Arguments pour et contre le fait de dire la vérité sur l'erreur d'un collègue^a

ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA DIVULGATION DE LA VÉRITÉ	ARGUMENTS CONTRE LA DIVULGATION DE LA VÉRITÉ
Le client a besoin d'un traitement	La prise de conscience de l'erreur par le client peut être source de stress, d'anxiété et de confusion
Le client doit suivre les procédures thérapeutiques	Le client ressentira de la frustration et de la méfiance dans la relation professionnelle dentaire-client
Le client a le droit de connaître la vérité sur la maladie, le diagnostic et les procédures thérapeutiques	La première hygiéniste dentaire peut voir sa clientèle diminuer en raison de ses doutes sur ses compétences cliniques
Réduction de la responsabilité légale de la deuxième hygiéniste dentaire	La première hygiéniste dentaire peut connaître une augmentation des plaintes des clients
Possibilité d'apprendre de cette erreur	
Possibilité de dédommagement pour le préjudice subi par le client	
La deuxième hygiéniste dentaire se sent plus à l'aise pour dire la vérité	
Cacher l'erreur d'un collègue est une collusion	

^aAdapté de Khorshidian A, Parsapoor A, Shamsi Gooski E. Conflicts and Challenges of Truth-Telling in Dentistry: A Case-Based Ethical Analysis. *Front Dent.* 2022;19:1. doi:10.18502/ffd.v19i1.8342.

Les erreurs sont courantes dans le domaine des soins de santé; après tout, nous sommes des êtres humains. Cependant, d'un point de vue éthique, la véracité doit être maintenue et, par conséquent, l'erreur, son origine et son étendue doivent être identifiées et divulguées au client en temps opportun^{3, 4}. Si le premier hygiéniste dentaire était au courant de l'erreur ou soupçonnait que le cours des soins allait échouer ou causer d'autres dommages, il y avait une obligation déontologique de divulguer cette information avant ou au moment du traitement, dans le cadre du consentement éclairé^{2, 3}. Si cette information n'était pas divulguée, l'autonomie du client était également violée^{2, 3}.

Si le client n'a pas l'intention de poursuivre le traitement avec le premier hygiéniste dentaire et qu'une relation professionnelle est établie entre la deuxième hygiéniste dentaire et le client, sur le plan éthique, une divulgation complète du résultat de l'erreur doit être faite³. Le traitement approprié, fondé sur les preuves scientifiques, l'expertise clinique et l'autonomie du client, doit être fourni après l'obtention du consentement éclairé^{2, 4}.

Cas 2: Dire la vérité sur les maladies graves, réfractaires ou incurables

Un client de 56 ans, avec une longue histoire de consommation de tabac et de troubles bipolaires contrôlés, se présente pour un débridement parodontal non chirurgical dans le quadrant 4 sous anesthésie locale. Le client est accompagné de sa femme depuis 20 ans. Pendant le débridement, l'hygiéniste dentaire remarque une lésion gingivale suspecte dans l'espace inter radiculaire d'une furcation de classe 3 de Miller. Le dentiste est informé et confirme que la lésion doit être biopsiée et envoyée à un pathologiste buccal pour un diagnostic histopathologique. L'épouse du client demande au dentiste de réaliser la biopsie immédiatement, car le client est déjà anesthésié. Si un diagnostic positif de cancer de la bouche est rapporté par le pathologiste buccal, l'épouse du client ne veut pas que son mari le sache, de peur de déclencher un épisode dépressif. Quelle doit être la réponse du dentiste à cette demande de ne pas dire la vérité au client? Le tableau 3 présente les arguments éthiques pour et contre le fait de dire la vérité par rapport au cas 2.

TABEAU 3: Arguments pour et contre la divulgation de la vérité sur les maladies préjudiciables^b

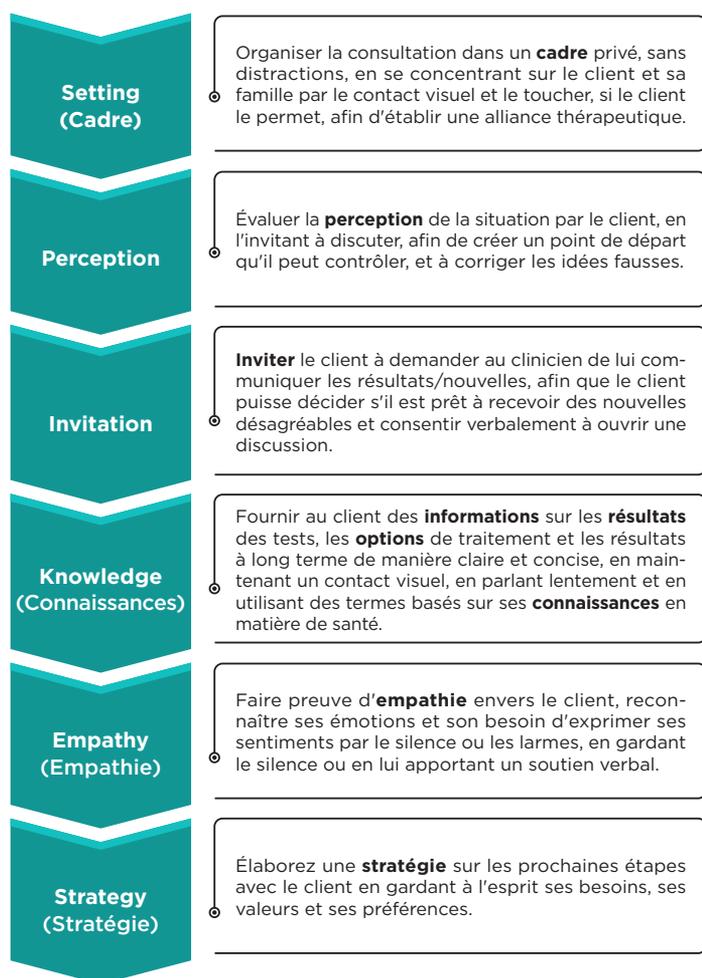
ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA DIVULGATION DE LA VÉRITÉ	ARGUMENTS CONTRE LA DIVULGATION DE LA VÉRITÉ
L'honnêteté est une vertu	L'intention bienveillante du dentiste de profiter du client et de ne pas lui nuire
La vérité est essentielle au développement et au maintien de la confiance dans la relation entre l'hygiéniste dentaire/le dentiste et le client	Possibilité d'infliger un traumatisme psychologique au client s'il entend la vérité
Dire la vérité est un devoir moral et légal	Dire la vérité n'est pas toujours la meilleure politique
Signe de fidélité et de respect des promesses dans le contrat	La vérité n'est pas absolue
Le client a le droit de connaître la vérité	Selon le serment d'Hippocrate <i>primum non nocere</i> (d'abord ne pas nuire)
Respect de la dignité humaine et de l'autonomie du client	Intention bienveillante d'aider le client et d'éviter de risquer sa vie par le suicide
Nécessité de la participation du client aux décisions critiques et au choix du traitement	Possibilité de déception du client et d'abandon du traitement
Capacité du client à prendre des décisions éclairées	Limites de la science médicale et incertitude due à la complexité du diagnostic, du pronostic et des effets secondaires de la maladie
Réalisation des objectifs thérapeutiques et bénéfique pour le client	Manque de compétences de l'équipe de soins dentaires pour annoncer les mauvaises nouvelles
Collaboration et consentement du client au traitement	Demande(s) de la famille ou des membres de la famille de ne pas communiquer le diagnostic au client
La dissimulation de la vérité désoriente le client et entraîne une ambiguïté	Ne pas causer d'inquiétude, d'anxiété et de dépression
La dissimulation de la vérité fait que le client ne suit pas le traitement et entraîne des séquelles irréparables	En fournissant plus d'informations sur la maladie et le traitement, le client devient plus confus et refuse d'accepter un traitement efficace
Dissimuler la vérité entraîne des conséquences irréparables pour l'hygiéniste dentaire/le dentiste	Le privilège thérapeutique permet à l'hygiéniste dentaire/au dentiste de ne pas divulguer l'information
Le client s'attend à une réponse véridique de la part de l'hygiéniste dentaire/dentiste	Le client renonce à connaître la vérité
Tôt ou tard, la vérité sera révélée. La découverte fortuite et maladroite de la vérité sera plus dommageable pour le client	
L'hygiéniste dentaire/le dentiste ne peut pas prédire les craintes du client	
Le client peut avoir besoin de faire des plans de fin de vie	

^bAdapté de Khorshidian A, Parsapoor A, Shamsi Gooshki E. Conflicts and Challenges of Truth-Telling in Dentistry: A Case-Based Ethical Analysis. *Front Dent.* 2022;19:1. doi:10.18502/fid.v19i1.8342.

Le dentiste est confronté à deux dilemmes éthiques impliquant l'autonomie et la non-malfaisance³. Le principe d'autonomie implique que le client a le droit de connaître la vérité sur sa maladie²⁻⁴. Inversement, le principe de non-malfaisance et le fait de faire passer l'intérêt du client en premier, impliqueraient de ne pas dire la vérité au client³. Il faut également prendre en compte le fait que la vérité peut provoquer un bouleversement émotionnel et, dans le cas de ce client, aggraver l'aspect dépressif du trouble bipolaire, peut-être au point de provoquer des idées suicidaires ou un suicide³. Bien que la dissimulation de la vérité ou d'une partie de la vérité puisse être acceptable, il n'est pas possible de prédire si la dissimulation de la vérité, tout comme la révélation de la vérité, serait plus bénéfique³. En fait, l'impact de la vérité sur la qualité et la longévité de la vie d'un client ne peut être mesuré avec une certitude absolue³. Dans ce cas, la véracité l'emporte sur la non-malfaisance; le client doit être informé de la présence de la maladie^{3,4}.

L'autonomie entre en jeu une fois que le client est informé de la vérité^{2,3,6}. Les directives éthiques recommandent quand et comment exprimer des faits sensibles, en particulier les mauvaises nouvelles^{8,9}. Par exemple, le protocole SPIKES peut être utilisé pour annoncer de mauvaises nouvelles aux clients et aux familles^{8,9}. L'acronyme est expliqué ci-dessous dans la figure 1.

FIGURE 1: Protocole SPIKES pour la diffusion de mauvaises nouvelles^a



^aAdapté de Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.

En fin de compte, c'est le rôle du clinicien d'établir une relation professionnelle authentique et sincère (véracité) dans laquelle les attentes du client, sa préférence en matière de partage de l'information et ses autres préférences, besoins et valeurs (autonomie) sont pris en compte^{2-4,6,7}. Cela permet de faire des choix de traitement consensuels fondés sur des preuves (justice)^{2,3,5-7}. Ce faisant, le code de conduite professionnel, le comportement éthique ou moral et l'autonomie du client sont respectés et la bienfaisance et la non-malfaisance ne sont pas ignorées³. Il est contraire à l'éthique de tromper un client sur l'étendue et la gravité de la maladie³. Il est tout aussi contraire à l'éthique de donner de faux espoirs aux clients³. Dans ce cas, l'épouse du client doit être informée du devoir déontologique du clinicien de fournir au client des informations suffisantes pour prendre une décision éclairée³. Le client est un adulte compétent, avec un trouble mental contrôlé. La discussion entre le client et le clinicien sera stressante si les résultats histopathologiques révèlent une lésion maligne; cependant, le protocole SPIKES est un outil utile pour atténuer ce stress^{3,8,9}.

Cas 3: Dire la vérité aux enfants ou aux personnes inaptes sur la prise de décision

Une hygiéniste dentaire travaillant dans un CHSLD choisit d'utiliser le fluorure de diamine d'argent (FDA) comme agent préventif pour l'une des résidentes. Cette personne présente une démence sévère, pour laquelle elle a été déclarée inapte, une hypertension et une dyslipidémie contrôlées et plusieurs lésions carieuses radiculaires. La résidente n'a pas de parents vivants ou de substitut pour donner son consentement. Dans le but d'arrêter la progression des lésions carieuses, l'hygiéniste dentaire lui explique l'indication, la raison de son choix, la procédure et les effets du FDA. La résidente acquiesce. L'hygiéniste dentaire applique habituellement le FDA sur 7 lésions radiculaires. Comme prévu, les lésions prennent une couleur noire. Le lendemain, la résidente est stupéfaite et désemparée de constater que certaines de ses dents sont colorées en noir. L'hygiéniste dentaire explique que la procédure s'est déroulée comme prévu et que l'étape suivante pour «cacher le noir» sera entreprise dans 6 mois. La résidente veut plus d'informations sur la prochaine étape et souhaite que ses dents soient blanches maintenant. L'hygiéniste dentaire refuse de fournir plus de détails, car elle sait que la résidente ne se souviendra pas de la conversation. L'hygiéniste dentaire choisit plutôt de distraire la résidente et l'amène à parler de sa peluche préférée. Elles passent une agréable dizaine de minutes ensemble. L'hygiéniste dentaire a-t-elle agi de manière éthique? Le tableau 4 présente les arguments éthiques pour et contre le fait de dire la vérité par rapport au cas 3.

SIGNIFICATION CLINIQUE

Les cliniciens sont éthiquement tenus d'appliquer les principes suivants :

Bienfaisance : bénéficier au client par des soins fondés sur des données probantes, basés sur les meilleures preuves disponibles et l'expertise clinique ;

Non-malfaisance : éviter ou minimiser les dommages ;

Autonomie : respecter les besoins, les valeurs et les préférences du client. L'autonomie, en tant que principe éthique, est subdivisée en **consentement éclairé** (autodétermination), **véracité** (dire la vérité) et **confidentialité** (le secret professionnel, lois) ;

Justice : impartialité, égalité, équité, égalité de traitement ;

Utilité : le plus grand bénéfice et le moindre dommage pour le plus grand nombre de personnes concernées.

Références :

1. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract.* 2021;30(1):17-28. doi:10.1159/000509119.
2. Zhang H, Zhang H, Zhang Z, Wang Y. Patient privacy and autonomy: a comparative analysis of cases of ethical dilemmas in China and the United States. *BMC Med Ethics.* Feb 2 2021;22(1):8. doi:10.1186/s12910-021-00579-6.
3. Khorshidian A, Parsapoor A, Shamsi Gooshki E. Conflicts and Challenges of Truth-Telling in Dentistry: A Case-Based Ethical Analysis. *Front Dent.* 2022;19:1. doi:10.18502/vid.v19i1.8342.
4. Zhang Z, Min X. The Ethical Dilemma of Truth-Telling in Healthcare in China. *J Bioeth Inq.* Sep 2020;17(3):337-344. doi:10.1007/s11673-020-09979-6.
5. Benecke M, Kasper J, Heesen C, Schäffler N, Reissmann DR. Patient autonomy in dentistry: demonstrating the role for shared decision making. *BMC Med Inform Decis Mak.* Dec 2 2020;20(1):318. doi:10.1186/s12911-020-01317-5.
6. Eisenberg LR. "For Your Own Good"? Is It Ethical to Use Chemical Restraints on Patients Who Lack Capacity but Wish to Leave the Hospital against Medical Advice? *Am J Bioeth.* Jul 2022;22(7):93-94. doi:10.1080/15265161.2022.2076409.
7. Gandjour A. Vaccination Mandates, Physically Forced Vaccination, and Rationing in the Intensive Care Unit: Searching for Ethical Coherence in the COVID-19 Pandemic. *Am J Bioeth.* Feb 28 2022;1-4. doi:10.1080/15265161.2022.2043017.
8. Alves CGB, Treister NS, Ribeiro ACP, et al. Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* Apr 2020;129(4):347-356. doi:10.1016/j.oooo.2019.11.014.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Guber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.
10. Bustamante M, Oomah BD, Mosi-Roa Y, Rubilar M, Burgos-Díaz C. Probiotics as an Adjunct Therapy for the Treatment of Halitosis, Dental Caries and Periodontitis. *Probiotics Antimicrob Proteins.* Jun 2020;12(2):325-334. doi:10.1007/s12602-019-9521-4.
11. Gheisary Z, Mahmood R, Harri Shivanantham A, et al. The Clinical, Microbiological, and Immunological Effects of Probiotic Supplementation on Prevention and Treatment of Periodontal Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* Feb 28 2022;14(5)doi:10.3390/nu14051036.
12. Ho SN, Acharya A, Sidharthan S, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Clinical, Immunological, and Microbiological Shift in Periodontitis After Nonsurgical Periodontal Therapy With Adjunctive Use of Probiotics. *J Evid Based Dent Pract.* Mar 2020;20(1):101397. doi:10.1016/j.jebdp.2020.101397.
13. Éducaloi. Le consentement aux soins d'un adulte qui ne peut pas consentir seul. Site Web. <https://educaloi.qc.ca/capsules/consentement-aux-soins-adulte-qui-ne-peut-pas-consentir-seul/>. Publié 2022. Accédé 24 novembre 2022.



**BANQUE
NATIONALE**



**Profitez d'économies
annuelles avec notre offre
bancaire privilégiée pour
les hygiénistes dentaires**

Découvrez vos avantages et privilèges
à bnc.ca/specialiste-sante

LE SURTRAITEMENT, UN DILEMME ÉTHIQUE DANS LE DOMAINE DE LA PRATIQUE DENTAIRE PRIVÉE EN AUSTRALIE: UNE EXPLORATION QUALITATIVE

- ALEXANDER C. L. HOLDEN¹  , LEE ADAM², W. MURRAY THOMSON² 

1 École de médecine dentaire de l'Université de Sydney, Sydney, Nouvelle-Galles-du-Sud, Australie

2 Faculté de médecine dentaire de l'Université d'Otago, Dunedin, Nouvelle-Zélande

RÉSUMÉ

Contexte: Le phénomène de surtraitement dans le domaine de la dentisterie est peu exploré et n'a pas fait l'objet de nombreuses recherches. La plupart des soins dentaires en Australie sont dispensés par des praticiens en clinique dentaire privée. La présente recherche permet de mieux comprendre comment le lien entre le professionnalisme et le mercantilisme en dentisterie est affecté par le phénomène de surtraitement.

Méthodologie: Les données ont été recueillies à partir d'enregistrements d'entretiens et de réflexions écrites de dentistes en pratique privée travaillant en Australie. Une analyse thématique de ces données a ensuite été réalisée afin de faire ressortir les thèmes communs et de révéler des informations approfondies.

Résultats: Au total, 20 participants ont été recrutés pour cette étude. Les participants ont fait part de leurs expériences dans leur pratique où les objectifs financiers et la pression exercée par les propriétaires de cliniques relativement à la réalisation de traitements à coût élevé mettent à l'épreuve leur professionnalisme. Les participants ont indiqué que le modèle de rémunération en fonction de l'activité exercée dans le secteur de la dentisterie pouvait amener au surtraitement. Ils ont également mentionné la nécessité de trouver un équilibre entre le mercantilisme et le professionnalisme au sein de la pratique dentaire privée.

Conclusions: Les commentaires des participants ont révélé à quel point la mauvaise gestion des éléments commerciaux de la pratique dentaire privée a entraîné une véritable relation transactionnelle («aux risques de l'acheteur») entre les consommateurs et les fournisseurs de services dentaires, plutôt qu'une relation fondée sur l'altruisme professionnel et la confiance. La responsabilisation des consommateurs par la commercialisation de la dentisterie peut avoir une influence positive sur l'expérience des patients en matière d'accès aux soins dentaires. Cependant, cette recherche a montré que le transfert de pouvoir par la consommation risque également d'atténuer la reconnaissance professionnelle de la nature déséquilibrée de la relation patient-clinicien dans le domaine de la dentisterie.

Mots-clés

surtraitement, recherche qualitative, éthique professionnelle, sécurité publique

Reproduction autorisée de:

Alexander C. L. Holden, Lee Adam, W. Murray Thomson, "Overtreatment as an ethical dilemma in Australian private dentistry: A qualitative exploration". *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;00:1-8. DOI : 10.1111/cdoe.12592

Correspondance

Alexander C. L. Holden, The University of Sydney School of Dentistry, Faculty of Medicine and Health, 1 Mons Road, Westmead, NSW, 2145, Australia. Courriel: alexander.holden@sydney.edu.au

Renseignements sur le financement

Dental Council of New South Wales

1. INTRODUCTION

La dentisterie existe dans un paradigme où les praticiens doivent concilier des préoccupations commerciales et d'affaires tout en exerçant leur métier de professionnel de la santé¹. Un examen de la manière dont la documentation universitaire en dentisterie parvient à concilier la relation entre les obligations professionnelles et commerciales a révélé un manque d'exploration empirique de cette tension². Les commentaires sur le mercantilisme en dentisterie donnent à penser que ce dernier a une influence négative, citant comme principales préoccupations des problèmes comme la publicité prédatrice³, une concurrence professionnelle accrue^{4, 5} et une attitude transactionnelle face aux soins⁶. Une attitude transactionnelle à l'égard de la prestation de soins diffère de la dynamique du paradigme professionnel accepté et établi dans le cadre de la relation dentiste-patient. Une perspective transactionnelle en dentisterie considère que la rencontre dentiste-patient est comparable à toute autre interaction commerciale transactionnelle, où deux parties cherchent à gagner le plus possible l'une de l'autre tout en donnant le moins possible en retour. Dans cette relation, où chaque partie se préoccupe avant tout d'elle-même, l'acheteur doit se méfier; le vendeur n'a aucune intention altruiste ou d'engagement à aider le consommateur à faire le meilleur choix. Carter et collaborateurs ont déclaré que la notion de surtraitement et les concepts connexes sont vastes et que les éléments doivent être définis en fonction des situations⁷. Le surtraitement est défini ici comme un cas où les traitements dentaires sont fournis d'une manière qui dépasse leur justification clinique, ou lorsqu'il n'y a aucune justification pour la prestation de ces soins.

La recherche sur le surtraitement en dentisterie est entravée par le manque de données sur les interventions effectuées et leur justification. Au Royaume-Uni, où environ 77 % des dentistes dispensent des soins financés par le service de santé publique anglais (National Health Service [NHS])⁸, les données ne sont pas encore utilisées à leur plein potentiel pour révéler les praticiens susceptibles de pratiquer le surtraitement⁹. En Australie, où environ 85 % des soins dentaires sont prodigués en pratique privée¹⁰, les organismes de réglementation ou de santé publique recueillent peu de données pour surveiller la manière dont les soins sont dispensés. Environ un tiers de la population australienne est admissible aux soins dentaires publics, mais en raison de la capacité des services dentaires publics, environ 20 % seulement de ces personnes peuvent être traitées¹¹. Les enfants admissibles bénéficient de soins dans le cadre du programme de prestations dentaires Child Dental Benefits Schedule (CDBS), qui offre un traitement gratuit dans les établissements de soins dentaires privés et publics. Un examen du programme publié en 2016 a révélé que le CDBS a connu un taux de participation inférieur aux prévisions¹².

Il y a un manque de recherche empirique portant sur le surtraitement comme préoccupation en dentisterie, malgré le fait que les organismes gouvernementaux et les associations professionnelles fassent référence à la prestation inappropriée de traitements dans la documentation publique¹³ et que des articles à forte visibilité destinés au public détaillent des cas de surtraitement¹⁴. Des études sur les systèmes de santé et l'économie ont identifié l'impact des dispositions relatives à la rémunération sur la prestation des soins¹⁵, mais n'examinent pas les dimensions éthiques ou professionnelles de l'influence des systèmes financiers sur les décisions de traitement des praticiens.

Des recherches antérieures recourant à des études de cas ont montré que les dentistes sont conscients de la possibilité d'un phénomène de surtraitement en dentisterie et y sont sensibles¹⁶.

Ce projet visait à comprendre comment les dentistes travaillant en pratique privée expérimentaient et géraient le problème du surtraitement lorsqu'ils y étaient confrontés, dans le but de fournir un aperçu de ce phénomène qui pourrait mener à l'élaboration d'une politique de lutte contre le surtraitement comme défini dans ce projet. La recherche actuelle propose une analyse approfondie de la question du surtraitement en dentisterie en explorant son impact sur la relation entre le professionnalisme et le mercantilisme, en étudiant comment les pressions commerciales influencent les praticiens à s'engager dans le surtraitement en contradiction avec leurs obligations professionnelles et éthiques.

2. MÉTHODOLOGIE

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique en recherche sur les humains de l'Université de Sydney (numéro de projet : 2019/687). Un choix effectué à l'aveugle réunissant des dentistes en pratique privée a été recruté par l'intermédiaire d'un important groupe de dentistes sur Facebook, L'Association dentaire australienne, section de Nouvelle-Galles du Sud, et du programme de formation des diplômés mis en place par un groupe important de cliniques dentaires. Tous les participants offraient des soins dentaires privés, à temps plein ou à temps partiel, et étaient autorisés à pratiquer en Australie. Les participants ont été invités à exprimer leur intérêt à participer par courriel. Une déclaration des renseignements du participant leur a été remise lors du premier contact. Cette stratégie de recrutement a permis la participation de dentistes provenant de différents milieux et lieux de pratique en Australie.

Les participants ont ensuite été invités à prendre part à un premier entretien téléphonique. Ils ont également eu la possibilité de participer à un entretien de suivi environ un mois après leur participation initiale et de tenir un journal en ligne entre ces deux entretiens. Certains participants ont décidé de communiquer leurs réflexions par écrit plutôt que de participer à un deuxième entretien. L'objectif du deuxième entretien et du journal en ligne était de saisir tous les éléments de réflexion des participants suscités à la suite du premier entretien. Les entretiens ont été menés par un seul chercheur (ACLH), enregistrés et transcrits littéralement. Les entretiens se sont déroulés dans un format semi-structuré, avec des questions élaborées à partir des résultats d'une étude de portée effectuée avant cette recherche². Le guide d'entretien figure à l'annexe A.

Les données recueillies à partir des entretiens et des journaux ont été codées manuellement au moyen de multiples itérations et explorées à l'aide d'une analyse thématique¹⁷. Cette approche de l'analyse a favorisé l'élaboration itérative de thèmes et de catégories au sein des données, en lisant et relisant de manière cyclique pour mieux catégoriser les thèmes, comparer les différentes facettes des données et approfondir l'analyse¹⁸.

3. RÉSULTATS

Au total, 22 entretiens ont été menés auprès de 20 participants et environ 6 000 mots ont été recueillis et analysés à partir des entrées de journaux. Aucun autre participant n'a été recruté à ce stade, la saturation ayant été atteinte, marquée par le fait que les données ne fournissaient plus de nouvelles informations sur les catégories théoriques identifiées¹⁹.

Les participants ont été recrutés sur une période de plusieurs mois, la collecte et l'analyse des données se déroulant simultanément. Ce processus a contribué à l'évaluation du moment où la saturation avait été atteinte²⁰. Les données démographiques des participants sont résumées au tableau 1.

L'analyse des données a fait ressortir plusieurs thèmes relatifs aux interactions entre le mercantilisme et le professionnalisme en dentisterie. Cet article aborde deux thèmes représentant le phénomène de surtraitement en dentisterie : la pression des incitatifs et la gestion de l'équilibre entre professionnalisme et mercantilisme.

3.1 La pression des incitatifs

Le mode typique de rémunération des dentistes associés pour leur travail en pratique privée repose sur la commission, où un système de paiement à l'acte leur permet de toucher un pourcentage des honoraires perçus auprès du patient. Grytten²¹ s'est dit préoccupé par le fait que ce mode de paiement, que ce soit pour les associés indépendants ou les propriétaires de cliniques, puisse conduire à un surtraitement. L'analogie utilisée dans le commentaire de Grytten est celle des cueilleurs de pommes. Lorsqu'un propriétaire de verger veut maximiser la productivité de ses cueilleurs, il est logique de les payer au fruit cueilli. Cependant, Grytten affirme que cette approche est moins applicable au domaine de la dentisterie, où l'accent n'est pas mis sur la production et la génération de revenus, mais sur la prestation d'un service de santé, l'amélioration de la santé buccodentaire étant le résultat souhaité.

TABLEAU 1: Aperçu des données démographiques des participants

CARACTÉRISTIQUE	NOMBRE DE PARTICIPANTS (TOTAL n = 20)	
Sexe	Homme - 12	Femme - 8
Années depuis la qualification (moyenne de 17 ans)	0 à 1 - 1	1 à 10 - 6
	11 à 20 - 7	21 à 30 - 2
	31 à 40 - 4	
Type de pratique (rôle)	Privées (indépendant) - 7	Entreprise - 3
	Principale/propriétaire - 7	Associé indépendant - 9
	Directeur des services cliniques - 1	Associé indépendant - 3
Champs de pratique	Dentiste généraliste - 17	Dentiste spécialiste - 3
Lieu de pratique actuel en Australie (un participant a exercé dans plusieurs états)	Nouvelle-Galles-du-Sud - 15	Victoria - 3
	Australie-Méridionale - 1	Queensland - 2

Dans le cadre de cette recherche, l'un des participants a soulevé la question de l'influence des paiements à la commission en dentisterie sur la culture de la production dans une clinique dentaire :

Il y a la position d'associé qui consiste essentiellement à recevoir une commission en fonction du travail accompli et il y a une nature très compétitive qui prévaut dans de nombreuses cliniques où je travaille. Il est très difficile de constater qu'un autre dentiste réussit extrêmement bien alors que vous êtes bien en deçà. Et je ne pense pas que cela soit très sain, mais c'est bien présent.

Les participants ont déclaré se sentir déchirés entre les décisions motivées par les besoins cliniques et celles influencées par les incitatifs financiers :

Je pense effectivement que c'est une situation à laquelle vous serez confronté la plupart du temps. Même l'option d'une couronne pour une dent reste nébuleuse. Je rencontre ce genre de cas tous les jours, où l'on propose une couronne parce que c'est l'option la plus dispendieuse, mais où l'on se dit que ce n'est pas nécessaire à 100% et que le patient pourrait avoir besoin d'un autre traitement en arrière-plan, comme un traitement de canal, et l'on commence à se demander si le traitement que l'on propose est vraiment totalement dans l'intérêt du patient.

La culture et les activités d'une clinique dentaire semblent avoir un impact important sur la manière dont les soins dentaires sont prodigués ; le fait que dans l'entreprise on souhaite se concentrer sur une pratique fondée sur des données probantes plutôt que sur des résultats financiers semble être déterminé par le propriétaire de la clinique :

Lorsque la clinique a changé de propriétaire, il y a définitivement eu cette tendance à proposer davantage de couronnes et de ponts. Un nombre accru de couronnes était posé et nous avons davantage recours à la porcelaine. Le personnel et moi-même l'avons remarqué et j'ai fini par avoir une discussion avec [le nouveau propriétaire] à ce sujet aussi... La tendance était de dire : « C'est la meilleure pratique, maintenant comment la rendre payante ? » Et je soupçonne que bon nombre de personnes décident du résultat financier optimal et de la manière d'y intégrer la meilleure pratique dentaire.

Les participants ont indiqué qu'ils devaient être constamment conscients et réfléchir à la manière dont ils avaient pris leurs décisions en matière de traitement afin de s'assurer qu'ils n'avaient pas été influencés par le coût financier des soins :

Écoutez, j'ai toujours fait preuve de professionnalisme avant tout. Il m'est arrivé quelques fois de recommander une couronne et de me demander si je faisais cela parce que la couronne est un produit haut de gamme ou parce que je crois vraiment que c'est la meilleure solution pour le patient, et je choisis toujours ce que je crois être la meilleure option pour le patient.

Un autre participant a indiqué qu'il serait facile de tomber dans un état d'esprit où les avantages financiers de certains traitements pèsent plus dans la décision que la nécessité d'administrer ce traitement quand vient le temps de déterminer quel traitement recommander et réaliser :

Vous vous assoyez et vous vous dites : « Bon sang, le paiement de la voiture est dû. » Mais est-ce que c'est ça - est-ce que la restauration sous caution est la voie à suivre ? Je ne dis pas que c'est ce que je fais, mais je dis simplement que c'est le genre d'état d'esprit dans lequel vous pouvez facilement vous retrouver. Par exemple, les vacances approchent et il y a des coûts qui s'y rattachent. Donc je suis sûr que ça vient à l'esprit des gens.

Un participant a expliqué à quel point les dentistes doivent résister à ces pressions mercantiles, car les patients sont vulnérables lorsqu'ils ont besoin de soins. Lorsque la prestation d'un traitement dentaire cesse d'être considérée comme un soin de santé par le dentiste ou le patient et devient une relation purement transactionnelle, la doctrine «aux risques de l'acheteur» devient une force qui l'emporte dans l'interaction plutôt que celle où les dentistes se perçoivent comme ayant le devoir de mettre les intérêts des patients en premier :

Je pense que le principe «aux risques de l'acheteur» est très dangereux dans le domaine des soins de santé, en particulier en dentisterie, car l'acheteur ne sait malheureusement pas grand-chose sur ce qui se passe dans ce petit orifice rouge foncé. Ainsi, lorsque le dentiste dit que six dents ont besoin d'une obturation, l'acheteur n'a aucun point de référence, à moins qu'il ne consulte un autre dentiste pour savoir si celui-ci est du même avis. Je pense donc qu'avec notre chapeau de professionnel et notre chapeau moral et éthique, nous devons adopter une approche qui ne s'arrête pas au principe «aux risques de l'acheteur», car celui-ci ne peut pas être conscient des faits sans avoir suivi un cours universitaire, sans avoir sollicité d'autres avis ou sans être informé de tout ce qui se passe en dentisterie. Je pense que c'est une obligation de notre part, pour des raisons de professionnalisme, de ne pas adopter cette approche «aux risques de l'acheteur».

Les résultats de cette étude sur le mercantilisme et le professionnalisme confirment les idées précédentes et donnent à penser que le surtraitement est une préoccupation courante chez les dentistes, tant au sein de leur propre pratique qu'auprès de leurs collègues professionnels. Les résultats de cette étude indiquent également que le surtraitement peut être un problème répandu, mais non évalué dans la pratique dentaire.

3.2 Gestion de l'équilibre entre le professionnalisme et le mercantilisme

De nombreux participants ont fait part de leur conviction que certains de leurs collègues ne géraient pas correctement le lien entre les pressions commerciales et le professionnalisme : « J'ai l'impression que pour certaines personnes, l'équilibre entre la prestation des soins et le mercantilisme n'est pas tout à fait ce qu'il devrait être, et il semble que l'accent soit mis sur le fait de gagner de l'argent et le côté commercial des choses ». Les participants ont parlé d'expériences où ils ont rencontré des collègues qui ne respectaient pas l'équilibre entre mercantilisme et professionnalisme, certains dentistes essayant de « trouver du travail à faire » :

Je me suis toujours demandé ce que cela signifiait lorsque les personnes disent : « Oh, tu dois trouver du travail à faire quand tu rencontres tes patients. » Vous n'avez pas à trouver quoi que ce soit. Vous les examinez et vous effectuez votre travail. Il y a du travail à faire ou il n'y en a pas.

Il a été largement constaté que le défi de la culture de consommation moderne dans la société postindustrielle n'est pas la création de biens, mais la création de consommateurs²². Le phénomène dans le domaine de la dentisterie, où certains dentistes peuvent « chercher » (ou se sentir poussés à chercher) du travail, montre comment les systèmes fondés sur les activités réalisées peuvent encourager les cliniciens à négliger leurs obligations professionnelles au profit de la recherche d'avantages financiers.

Les participants ont fait part de leurs inquiétudes concernant le surtraitement réalisé par des collègues, l'un d'entre eux décrivant comment il avait entendu parler de cas où les dents de certains patients nécessitant de petites obturations avaient été remplacées par des couronnes : « Vous entendez des histoires d'autres personnes qui transforment un traitement de carie de classe 1 en traitement par couronne ». Le fait qu'une petite obturation (de « classe 1 », c'est-à-dire une obturation qui ne restaure qu'une seule surface de la dent) devienne inutilement une restauration de la dent au moyen d'une couronne (la majorité de la structure de la dent étant enlevée par chirurgie et remplacée par du métal ou de la porcelaine) causerait un préjudice au patient pour le bénéfice financier du dentiste. Un participant a reconnu qu'il était important de diriger une pratique professionnelle commerciale centrée sur le patient, et que l'avidité entraînait le mercantilisme au détriment du professionnalisme :

Je pense que c'est l'autre problème : les gens essaient de faire des profits faramineux. Vous devez mener une activité commerciale, mais vous pouvez le faire d'une manière qui profite également au public. Je ne pense pas que ces deux aspects soient incompatibles. Je pense que c'est peut-être l'art de la vente et les profits faramineux, ou le fait de penser qu'il faut procéder de cette manière ; par exemple, le fait de penser que les restaurations indirectes sont la base de la dentisterie.

Il est clair que la capacité à réaliser un profit modeste est importante pour les propriétaires d'entreprises dentaires ; les soins dentaires sont dispendieux à réaliser et nécessitent un investissement initial substantiel. Les participants ont indiqué que les patients bénéficiaient d'un avantage lorsque le mercantilisme et le professionnalisme sont pratiqués en synergie. La couverture défavorable du mercantilisme en dentisterie dans la documentation universitaire a été citée par un participant comme étant un problème :

Vous ne ferez qu'accroître les dommages si vous ne trouvez pas le moyen d'intégrer d'une manière éthique le mercantilisme au domaine de la dentisterie. Vous pouvez continuer à dire que c'est mal, c'est mal, c'est mal, mais si vous ne suggérez pas d'autres solutions, les gens n'auront aucune autre option... Donc, de penser qu'il suffit de le dénoncer, c'est... en quelque sorte fermer les yeux sur la situation.

Bien que les commentaires soient critiques à l'égard des influences commerciales dans la pratique dentaire, il ressort des expériences vécues par les personnes qui travaillent en pratique privée que le mercantilisme est une nécessité et que c'est l'abus et la mauvaise gestion du mercantilisme qui entrent en conflit avec les responsabilités professionnelles. Un participant a résumé son expérience des réalités de la pratique : « Vous savez que nous devons faire des profits pour rester en activité et c'est comme ça. » L'accent a été mis sur la nécessité de veiller à ce que les volets commerciaux liés à la dentisterie ne soient pas négligés :

En mettant en place une méthode de suivi, j'ai fixé certaines cibles quant aux dépenses mensuelles. Je ne considère pas que fixer des cibles soit nuisible, je le vois plutôt comme un moyen d'être mieux organisé et plus efficace, et si je le fais bien, cela évitera que je m'épuise. De plus, lorsque j'aurai un associé, je pourrai faire le suivi de ces éléments, ce qui m'aidera également à offrir un meilleur environnement à mes futurs associés.

La volonté de s'assurer que les activités commerciales liées à la pratique dentaire n'empêchent pas la prestation de soins de haute qualité aux patients est louable et signifie que, plutôt que d'éviter de combiner la pratique dentaire aux activités commerciales, les dentistes devraient être encouragés à investir du temps dans le développement de compétences en affaires afin de préserver leur capacité à fournir des soins de haute qualité aux patients dans un environnement commercial.

On a demandé aux participants de donner des exemples de moments où les activités commerciales de la pratique dentaire ont interféré avec leur travail professionnel. Les participants ont fait part d'exemples où ils ont été mis sous pression au cours de leur carrière par les propriétaires de cliniques pour effectuer des interventions dispendieuses, même s'il n'y avait aucune indication clinique qu'elles étaient nécessaires :

J'ai simplement répondu : « Écoutez, je ne vais pas poser une couronne sur une dent sur deux qui a plus de deux ou trois surfaces, et des obturations ou tout autre chose du genre. » Il était assez insistant, même si je généraï de bons revenus avec les activités habituelles, ce que je faisais normalement. J'ai donc certainement ressenti cette pression financière en tant qu'associé, de répondre au besoin d'offrir la couronne et le pont.

J'ai vécu différentes expériences, mais certains propriétaires étaient plus axés sur la production et, étant axés sur cet aspect, ils faisaient souvent des commentaires désinvoltes. Il y a un certain sérieux dans tout ça, vous voyez, lorsque vous essayez toujours de justifier la pose d'une couronne pour un patient ou autre une intervention, ce qui est plus lucratif qu'un simple nettoyage ou une obturation. Alors oui, j'ai vécu toutes sortes de situations pour justifier un traitement.

J'avais l'habitude de travailler dans des cliniques où les dentistes voyaient, par exemple, des dents de sagesse sur des radiographies et disaient : « Oh, il y a une dent de sagesse, il faut l'enlever ». Et après avoir consulté le patient et observé la radiographie, j'ai décidé qu'il n'était pas nécessaire de l'extraire. Et il y a eu de nombreuses fois où le dentiste a exercé une pression pour que je procède quand même à l'extraction de la dent.

J'ai quitté mon premier emploi parce que le propriétaire était fortement axé sur l'aspect commercial et je m'en suis rendu compte après deux semaines de travail, parce que là, c'était une question de : « Combien de couronnes posez-vous par semaine ? Nous attendons de nos cliniciens qu'ils posent au moins une couronne par jour », et il n'y avait pas de véritable prise en compte de ce dont le patient avait réellement besoin. Il s'agissait plutôt de dire : « Bon, vous avez rencontré un nouveau patient, essayez d'en tirer un certain revenu ».

Les participants ont fait part de ces récits qui illustrent la manière dont ils ont subi et résisté aux pressions exercées sur eux pour qu'ils traitent les patients de manière excessive à des fins financières. Il est alarmant d'entendre que des professionnels dentaires ont été plongés dans ce genre d'environnement et que ces cas ne sont pas des expériences isolées, mais bien répandues dans les récits des participants. Il est possible de spéculer qu'il y a peut-être bien d'autres praticiens qui n'ont pas résisté à de telles pressions de la même manière. Un participant a expliqué comment, pour certains propriétaires de cliniques dentaires, il y a peu

d'incitation à dissuader les praticiens qui travaillent au sein de l'entreprise d'agir de manière rentable, mais non éthique :

Il y a souvent un élément peu éthique que les personnes acceptent de négliger dans la gestion de leur entreprise. Je pense que le fait que cela existe et le fait qu'il y ait des gens capables d'exploiter la population signifient que ce n'est jamais avantageux pour le consommateur.

Il est évident que, dans des cas comme ceux rapportés ci-dessus, les patients sont lésés par les praticiens qui ont une position dominante dans la relation clinique⁵ et qui profitent de la vulnérabilité relative des patients.

4. DISCUSSION

Les participants à la présente étude étaient tous des praticiens de soins dentaires de différents lieux en Australie. Le domaine des soins dentaires en Australie est principalement axé sur la pratique privée. Bien que la transposition des résultats de cette étude à d'autres pays doive être effectuée avec prudence, en tenant compte des différences sociales et culturelles, l'économie politique de la dentisterie repose généralement sur la prestation privée de soins.

Au Royaume-Uni, par exemple, les soins financés par le NHS sont toujours dispensés par des dentistes au sein de pratiques privées. À ce jour, il y a un manque d'études empiriques pour appuyer la prémisse que le surtraitement est un problème en dentisterie. Des recherches antérieures fondées sur l'examen de la réaction des dentistes aux études de cas de cas ont permis de conclure que, malgré la confiance que ressentent les dentistes quant à la conduite éthique de leurs collègues, ils sont néanmoins très préoccupés par ce type de comportement professionnel défavorable⁶. Les participants à la présente recherche étaient moins confiants, et plusieurs d'entre eux ont raconté avoir vu des collègues se livrer à du surtraitement et avoir subi des pressions pour qu'ils contribuent à l'augmentation des profits en « trouvant » des traitements à prodiguer aux patients. Aucun des participants n'a fait état d'un surtraitement dans sa propre expérience pratique qui n'aurait pas été influencé par des pressions commerciales externes. Certains dentistes participants ont partagé leur expérience d'avoir lutté contre la pression du surtraitement dans leur propre pratique, tout en précisant qu'ils ont réussi à y faire face. Cette tendance au sein des résultats peut témoigner de la stigmatisation associée au surtraitement ; les cliniciens peuvent admettre librement avoir constaté ce phénomène dans la pratique de leurs collègues, mais jamais dans la leur. L'idée que les services de soins commercialisés puissent encourager un tel comportement est en contradiction avec l'affirmation selon laquelle la commercialisation confère un certain pouvoir aux consommateurs. Si les praticiens se livrent à un surtraitement ou à un traitement inapproprié, parce que cette conduite a un impact positif sur les résultats financiers du dentiste et de la clinique, alors un modèle de libre marché du professionnalisme dentaire est compromis. La notion de demande provoquée par le fournisseur de soins, où le dentiste assume le rôle de vendeur et de générateur de besoins en matière de soins dentaires, est tout aussi problématique. Les dentistes sont tenus de conseiller les patients afin qu'ils prennent la meilleure décision en fonction de leur situation particulière. Pour ce faire, les dentistes s'attaquent au déséquilibre inhérent des informations dans la relation dentiste-patient afin d'obtenir un consentement valable. Lorsque les dentistes cherchent activement à susciter le besoin de traitements inutiles chez les patients, ils vont à l'encontre de leur devoir de privilégier les intérêts du patient par rapport à leur propre souhait de créer des revenus.



Les économies développées au 21^e siècle sont fortement influencées par le néolibéralisme, qui se caractérise, entre autres, par la déréglementation des entreprises privées²³ et l'utilisation du libre marché pour la gouvernance de la société²⁴. L'incorporation des idéaux néolibéraux dans le domaine des soins dentaires peut potentiellement conduire à la prestation de soins dentaires dans un paradigme transactionnel.

Si les dentistes ont une conscience aiguë du déséquilibre des pouvoirs dans leur relation avec les patients, il peut être moins facile de justifier le recours au surtraitement que si les patients sont considérés comme des consommateurs autonomes qui ont le choix quant aux praticiens à consulter, au lieu de traitement et au montant à payer. Le voile de la responsabilisation du consommateur dans le domaine de la dentisterie se rompt rapidement s'il n'est pas soutenu par une fondation protectrice d'altruisme découlant d'une forte identité professionnelle de prestataires de services.

Le fait que la profession soit consciente de manière anecdotique du surtraitement en tant que problème systématique au sein des soins dentaires remet également en question l'efficacité de la réglementation actuelle dans ce domaine. Bien que certains puissent affirmer que l'évolution des conseils de réglementation en Australie a rendu l'autoréglementation de la profession dentaire nettement moins importante²⁵, il est probable que seuls les dentistes et les autres professionnels dentaires formés puissent juger de l'existence d'un surtraitement. En effet, un engagement ferme dans le processus d'autoréglementation est un élément clé du contrat social entre la profession dentaire et la société, et le non-respect de cette obligation constitue une menace pour le statut professionnel de cette profession²⁶⁻²⁸. Le mercantilisme en dentisterie signifie qu'un engagement approprié dans le processus d'autoréglementation est aussi important aujourd'hui qu'il l'a été par le passé. De même, l'engagement des professionnels dans une pratique fondée sur des données probantes, informée par des lignes directrices cliniques, peut aider à réduire la nature arbitraire de certaines décisions de traitement, comme celle de la prise en charge de caries précoces par la surveillance et la réduction des risques plutôt que par une intervention de restauration. La réticence de la profession à adopter les lignes directrices cliniques découle d'une réaction vigoureuse à l'égard de tout ce qui est perçu comme atténuant l'autonomie professionnelle et augmentant un certain contrôle bureaucratique²⁹.

Les poursuites contre les dentistes pour surtraitement ont donné lieu à une jurisprudence en Australie et au Royaume-Uni. L'affaire australienne Dean contre Phung³⁰ dans laquelle il a été constaté que le Dr Phung avait inutilement traité la totalité de la dentition de M. Dean avec des traitements de canal et des poses de couronnes en réponse au fait que M. Dean avait subi un traumatisme relativement léger sur ses deux dents de devant, est un exemple frappant de surtraitement délibéré. De même, l'affaire anglaise antérieure Appleton contre Garrett³¹ a conclu que, bien que le dentiste, M. Garrett, ait fourni des restaurations de bonne qualité, il n'y avait aucune nécessité clinique à les réaliser. Dans les deux cas, comme dans tous les cas de surtraitement, la santé et le pronostic ultérieur de la dentition des victimes ont été compromis et il a été démontré que les dentistes ont gagné des sommes d'argent substantielles grâce aux prestations de soins offertes. En dépit de ces cas antérieurs montrant que les dentistes risquent de fournir des traitements excessifs, il y a peu d'engagements proactifs de la part des autorités de réglementation pour s'attaquer à ce problème de manière préventive en raison du cadre législatif qui limite généralement les actions jusqu'à ce qu'une plainte soit déposée. Les organismes de réglementation du domaine de la dentisterie dans toutes les régions sont animés par une mission de protection du public. Il est paradoxal que les patients doivent être lésés avant que les autorités réglementaires soient autorisées à prendre des mesures.

La recherche présentée ici ne prétend pas détenir une vérité universelle; nous ne déclarons pas que l'échantillon de participants est représentatif ni que les résultats peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des dentistes en pratique privée. Nous présentons des résultats qui font autorité en démontrant comment le surtraitement peut être rencontré et vécu dans le contexte de la pratique dentaire privée³². La nature de la recherche qualitative, où les chercheurs sont inextricablement liés à l'analyse, implique qu'une équipe de recherche différente pourrait tirer une interprétation différente des données fournies par les participants, les conclusions étant liées à un moment donné, un lieu géographique et un contexte culturel particulier. Néanmoins, étant donné le peu de données quantitatives disponibles sur le phénomène du surtraitement en dentisterie, nous pensons que la recherche présentée ici ajoute une grande valeur à la façon dont le surtraitement est perçu dans le contexte de la dentisterie et de la santé buccodentaire.

5. CONCLUSIONS

La profession dentaire est réticente à s'engager dans un processus d'auto-réglementation³³ et pourtant, elle bénéficie de la confiance de nombreux citoyens³⁴. Les récits des participants reconnaissent que le public compte beaucoup sur les professionnels dentaires pour être fiables, réfléchis et réfractaires à l'attrait d'éléments commerciaux qui pourraient les amener à s'engager dans des comportements transactionnels où la doctrine «aux risques de l'acheteur» s'applique aux interactions avec les patients. Des recherches plus poussées dans ce domaine permettraient d'examiner la façon dont les patients et les consommateurs expérimentent ou perçoivent le phénomène du surtraitement. Nos résultats contribueront à stimuler la discussion sur la façon dont le surtraitement peut être évité de manière proactive au sein de la culture professionnelle de la dentisterie. Si les systèmes de santé peuvent influencer les comportements, il est essentiel de veiller à ce que la profession dentaire ne perde pas son identité en tant que profession à but curatif axée sur les intérêts fondamentaux du public.

Les déterminants commerciaux de la santé sont définis comme étant «les stratégies et les approches utilisées par le secteur privé pour promouvoir des produits et des choix qui sont défavorables à la santé»³⁵. Lorsque les professionnels dentaires adoptent et acceptent une philosophie commerciale qui oriente leur pratique vers un modèle transactionnel de prestation de soins, ils jouent un rôle dans ces déterminants. La responsabilisation des consommateurs de services dentaires est incontestablement positive; cependant, cela ne corrige pas complètement la nature déséquilibrée de la relation dentiste-patient. Il est essentiel de veiller à ce que le public soit protégé contre des soins inutiles prodigués dans le but d'obtenir un gain financier pour les praticiens.

Références:

1. Holden ACL. Consumer-driven and commercialised practice in dentistry: an ethical and professional problem? *Med Health Care Philos.* 2018;21:583-589.
2. Holden ACL, Adam L, Thomson WM. The relationship between professional and commercial obligations in dentistry: a scoping review. *Br Dent J.* 2020;228:117-122.
3. Newsome PR, Langley PP. Professionalism, then and now. *Br Dent J.* 2014;216:497-502.
4. Lyons H. Commercialism; professionalism. Viva la difference. *Va Dent J.* 1983;60:16-17.
5. Patthoff DE. The need for dental ethicists and the promise of universal patient acceptance: response to Richard Masella's "Renewing professionalism in dental education". *J Dent Educ.* 2007;71:222-226.
6. Ozar DT, Sokol DJ, Patthoff DE. *Dental Ethics at Chairside: Professional Obligations and Practical Applications* (3rd edn). Washington, DC: Georgetown University Press. 2018.
7. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Br Med J.* 2015;350:h869.
8. Gallagher JE. The future oral and dental workforce for England. 2019.
9. Baker RA. Cause for concern: BDA v GDC. *Br Dent J.* 2018;224:769-776.
10. Chrisopoulos S, Harford JE, Ellershaw A. *Oral Health and Dental Care in Australia: Key Facts and Figures 2015*. Canberra: Welfare AloHa; 2016.
11. AIHW. *A Discussion of Public Dental Waiting Times Information in Australia: 2013-14 to 2016-17*. Canberra: AIHW; 2018.
12. Australia Department of Health. *Report on the third Review of the Dental Benefits Act 2008* / Australian Government, Department of Health. Canberra: Department of Health; 2016.
13. Department of Health. Dental contract reform engagement exercise: detailed findings. 2015.
14. Jabr F. The truth about dentistry. The Atlantic. 2019.
15. Hill H, Howarth E, Walsh T, Tickle M, Birch S, Brocklehurst P. The impact of changing provider remuneration on clinical activity and quality of care: evaluation of a pilot NHS contract in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;48(5):395-401.
16. Kazemian A, Berg I, Finkel C, et al. How much dentists are ethically concerned about overtreatment; a vignette-based survey in Switzerland. *BMC Med Ethics.* 2015;16:43.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res.* 2006;3:77-101.
18. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2013;15:398-405.
19. Fusch P, Ness L. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qual Rep.* 2015;20:1408-1416.

Remerciements

Cette recherche a été soutenue par le Dental Council of New South Wales par l'obtention d'une subvention pour l'éducation et la recherche.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflits d'intérêts liés à ce travail.

Contributions des auteurs

ACLH, LA et WMT ont tous contribué à la conception de la recherche, à l'analyse des données et à la rédaction du manuscrit final.

Disponibilité des données

Les données qui appuient les conclusions de cette étude sont incorporées dans le texte principal de cet article.

ORCID

Alexander C. L. Holden

 <https://orcid.org/0000-0002-5698-8973>

W. Murray Thomson

 <https://orcid.org/0000-0003-0588-6843>

Twitter

Alexander C. L. Holden

 @TheHonestTooth

20. Saunders B, Sim J, Kingstone T, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant.* 2018;52:1893.
21. Grytten J. Payment systems and incentives in dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45:1-11.
22. Strauss S. Things are in the saddle. *Atlantic Monthly.* 1924;577-588.
23. Lazzarato M. Neoliberalism in action: inequality, insecurity and the reconstitution of the social. *Theory Cult Soc.* 2009;26:109-133.
24. Mudge SL. What is neo-liberalism? *Socio-Economic Rev.* 2008;6:703-731.
25. Jean G, Holden A, Tennant M. Dental health workforce regulation - how amendments to the health practitioner regulation national law act may shape the future of the dental profession. *J Law Med.* 2018;26:128-139.
26. Holden ACL. Dentistry's social contract and the loss of professionalism. *Aust Dent J.* 2017;62(1):79-83.
27. Moeller J, Quiñonez CR. Dentistry's social contract is at risk. *J Am Dent Assoc.* 2020;151:334-339.
28. Wellie JVM. Is dentistry a profession? Part 3. Future challenges. *J Can Dent Assoc.* 2004;70:675-678.
29. Ritzer G. *The McDonaldization of Society: Into the Digital Age*. SAGE Publications; 2018.
30. Dean v Phung [2012] NSW CA 223.
31. Appleton v Garrett [1996] 1 PIQR 1.
32. Tonkiss F. Analysing discourse. In: Seale C, ed. *Researching Society and Culture*. London: SAGE; 1998:245-260.
33. Holden ACL. What do dental codes of ethics and conduct suggest about attitudes to raising concerns and self-regulation? *Br Dent J.* 2018;224:261-267.
34. Armfield JM, Ketting M, Chrisopoulos S, Baker SR. Do people trust dentists? Development of the dentist trust scale. *Aust Dent J.* 2017;62:355-362.
35. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet.* 2016;4(12):e895-e896.

ANNEXE A

GUIDE DES ENTRETIENS

1. Pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous exercez votre profession, votre sexe ou genre et dans quel environnement de pratique privée vous travaillez? Pouvez-vous me dire dans quel état ou territoire vous travaillez?
2. Que signifie pour vous le fait d'être membre de la profession dentaire?
3. Selon vous, comment les obligations professionnelles d'un dentiste interagissent-elles avec le volet commercial de la dentisterie?
4. Selon certains auteurs, le mercantilisme nuit à la dentisterie en tant que profession. Que pensez-vous de cette affirmation?
5. Selon vous, comment la publicité en dentisterie interagit-elle avec votre statut professionnel? Avez-vous déjà été confronté à une publicité en dentisterie qui a suscité un certain inconfort?
6. Le rôle des groupes d'entreprises dans la dentisterie fait l'objet de nombreux commentaires négatifs. Quel est votre point de vue sur le rôle des entreprises dans les soins buccodentaires?
7. Comment pensez-vous que le caractère commercial de la dentisterie influera sur l'avenir de la profession?
8. Pouvez-vous vous souvenir d'un moment dans votre propre pratique où vous avez été confronté à une situation conflictuelle entre le professionnalisme et le mercantilisme?
9. Pensez-vous que les patients et le public ont une opinion sur l'impact du mercantilisme sur leurs soins buccodentaires, qu'ils sont conscients du volet commercial de la dentisterie?

JOURNAL DE RÉFLEXION

Les participants n'ont pas reçu d'instructions particulières sur ce qu'ils devaient écrire dans leurs réflexions ni sur le format dans lequel ils devaient les présenter. Cela a permis aux participants qui souhaitaient prendre part au journal en ligne de discuter des sujets qui leur semblaient les plus pertinents à la suite de l'entretien, d'une manière qui incarne le plus authentiquement leurs réflexions. L'objectif d'inviter les participants à participer à des entretiens et à rédiger des commentaires dans un journal était de leur permettre de présenter leurs réflexions d'une manière plus contemporaine après avoir été sensibilisés aux problèmes à la suite de leur premier entretien.

Profitez de la force de votre groupe



Découvrez pourquoi vous avez tout à gagner à assurer votre auto, votre habitation et votre entreprise à La Personnelle.

lapersonnelle.com/ohdq
1 888 476-8737

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. La marque La PersonnelleSM ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

MÉDECINE DES DÉSIRES ET DENTISTERIE DES DÉSIRES

- DICK J. WITTER^a, J.J. (JOS) KOLE^b, WOLTER G. BRANDS^c, MICHAEL I. MACENTEED, NICO H.J. CREUGERS^{a,*}



RÉSUMÉ

Objectifs: expliquer la pratique de la médecine des désirs et son lien avec la dentisterie.

Sources: les articles pertinents et les rapports d'établissements faisant autorité ont été récupérés dans Pubmed et Google Scholar.

Résultats: la médecine des désirs désigne les services fournis par des professionnels utilisant des méthodes médicales dans un contexte médical pour répondre aux désirs non médicaux des patients. Les fournisseurs de soins, les secteurs médicaux et les compagnies d'assurance maladie contribuent également à la satisfaction des désirs en médecine et en dentisterie. Les divers concepts de la santé et de la maladie, combinés à des frontières floues entre la santé et la maladie, constituent une fondation instable pour la médecine des désirs, et la demande croissante pour de tels services dans un contexte où les ressources en soins de santé sont limitées peut l'emporter sur les traitements nécessaires sur le plan médical. En outre, les traitements qui ne sont pas nécessaires sur les plans médical et dentaire peuvent être nuisibles et comportent un risque de traitements futiles ou excessifs qui ne sont pas dans l'intérêt des patients à long terme. En dentisterie, on peut trouver des exemples dans le domaine des interventions esthétiques, de la prosthodontie et de l'orthodontie, où la perception de petites «différences» par rapport à la normalité suscite des désirs ou des recommandations d'intervention. Sur le plan éthique, les services pour satisfaire des désirs se heurtent aux principes de morale commune s'ils portent atteinte à l'autonomie d'un patient, si leur bienfaisance n'est pas claire, s'ils comportent un préjudice prévisible ou s'ils compromettent la justice distributive. Les traitements dentaires pour satisfaire des désirs peuvent faire l'objet de restrictions légales s'ils ne cadrent pas avec des soins sûrs, efficaces et efficaces, s'ils vont à l'encontre des besoins réels du patient ou s'ils minent les normes professionnelles établies.

Conclusions: la compréhension générale de la médecine des désirs, notamment ses aspects éthiques et juridiques, est pertinente dans le domaine de la dentisterie.

Pertinence clinique: les considérations éthiques et les lois peuvent guider le dentiste dans sa réflexion critique sur les décisions cliniques relatives à la dentisterie des désirs.

Reproduction autorisée de:

Dick J. Wittera, J. J. (Jos) Koleb, Wolter G. Brandsc, Michael I. MacEnteed, Nico H. J. Creugers, "Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry", *Journal of Dentistry*, <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103302>

a Department of Oral Function and Prosthetic Dentistry, College of Dental Science, Radboud University Medical Center, Philips van Leijdenlaan 25, 6525 EX, Nijmegen, Pays-Bas

b Scientific Center for Quality of Healthcare – Ethics of Healthcare, Radboud University Medical Center, Geert Grooteplein 21, 6525 EZ Nijmegen, Pays-Bas

c Cabinet dentaire Apeldoornseweg 98 8172 EN Vaassen, Pays-Bas

d Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique, 2199, Westbrook Mall, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3, Canada

1. INTRODUCTION

La médecine des désirs a été décrite comme « l'utilisation de moyens médicaux (technologie médicale, médicaments, etc.) par des médecins et autres professionnels de la santé dans un contexte médical pour satisfaire un désir explicitement exprimé par un patient qui, à première vue, n'est pas médical »^{1,2}. Le terme « non médical » désigne un traitement sans besoin médical, tandis qu'une intervention est nécessaire sur le plan médical en tant que réponse clinique à un état pathologique, selon un diagnostic bien fondé et une indication bien réfléchie^{3,4}. La médecine des désirs est présente dans tous les domaines des soins de santé, en particulier dans les milieux privés commerciaux. Elle comprend les améliorations fonctionnelles, des traitements particuliers en début et en fin de vie et la médecine douce (tableau 1). La médecine des désirs est également appelée « amélioration humaine » quand elle se rapporte à l'amélioration de caractéristiques ou de performances, par exemple l'apparence ou les fonctions physiques. L'amélioration humaine, qui met l'accent sur les progrès biotechnologiques, a été décrite comme étant « toute modification visant à améliorer les performances humaines individuelles et résultant d'interventions scientifiques ou technologiques sur le corps humain »⁵. Le traitement diffère de l'amélioration puisqu'il vise à guérir des maladies ou à réparer des blessures. En revanche, l'amélioration vise à dépasser l'état de santé normal ou l'« état naturel » d'une personne^{3,4}. Toutefois, comme il est expliqué ci-dessous, il est difficile de faire la distinction entre un traitement et une amélioration. En plus des traitements, la médecine des désirs comprend des examens exploratoires et paracliniques, comme des examens d'imagerie du corps entier « préventifs » pour rassurer les patients.

Ce ne sont pas seulement les patients et leurs désirs qui contribuent à la médecine des désirs. En effet, les fournisseurs de soins de santé en font directement la promotion en s'appuyant sur leurs perceptions personnelles des pratiques exemplaires. En outre, les médecins préfèrent généralement paraître compétents en satisfaisant les désirs des patients plutôt que de leur sembler conservateurs ou antipathiques. L'intérêt entrepreneurial personnel des fournisseurs de soins peut également jouer un rôle, les discussions avec les patients étant généralement moins lucratives que les traitements qui s'inscrivent dans un modèle de rémunération à l'acte. En tant que « moteur de la médicalisation », le secteur biotechnologique et pharmaceutique stimule parfois la médecine des désirs en faisant la promotion de nouveaux produits ou services, créant ainsi une demande de traitements provoquée par les fournisseurs⁶. De même, les assureurs de soins de santé encouragent la médecine des désirs en proposant des assurances complémentaires. Lorsque les traitements sont couverts, les gens ont tendance à les percevoir comme des soins de santé de base auxquels ils ont droit. Par conséquent, la médecine des désirs peut être définie au sens large comme étant « l'utilisation de connaissances, de compétences, de produits et de techniques médicaux sans besoin médical »³.

TABLEAU 1: Exemples de pratiques médicales qui s'inscrivent dans la médecine des désirs (d'après Buyx¹).

FONCTION/OBJECTIF	TYPE DE TRAITEMENT	MÉDICAMENT/TRAITEMENT EN PARTICULIER	TYPE DE DÉSIR
Amélioration des propriétés ou des fonctions	Psychopharmacologie stimulante	Méthylphénidate/Ritalin ^{MD} Fluoxétine/Prozac [*] Modafinil/Provigil [*]	Rendement professionnel/scolaire Compétences sociales; confiance en soi Somnolence/vivacité d'esprit
	Traitement anti-âge	Hormones sexuelles et/ou de croissance Sildénafil /Viagra ^{MD}	Apparence/fonctions physiques jeunes Performance sexuelle
	Chirurgie esthétique	Injections de Botox, microdermabrasion, exfoliations chimiques, etc.	Apparence
	Neurologie (<i>possibilité d'avenir</i>)	Téléchargement nanomédical	Superintelligence
Pédiatrie	Hormones sexuelles Hormones de croissance	Chez les enfants/adolescents Chez les enfants/adolescents	Interruption de la croissance Augmentation de la grandeur
Début de la vie	Diagnostic génétique préimplantatoire Césarienne planifiée	Choix du sexe	Équilibre familial Naissance planifiée
	Diagnostic génétique préimplantatoire (<i>possibilité d'avenir</i>)	Sélection des caractéristiques/ particularités de l'enfant, etc.	Choix d'un talent en musique, de la couleur des cheveux, etc.
Fin de vie	Soins palliatifs	Aide médicale à mourir Sédation palliative continue Directives anticipées précises	Autodétermination du décès Fuite de la conscience Fin de vie autodéterminée
Médecine douce	Acupuncture, médecine traditionnelle chinoise, médecine naturelle, homéopathie, biomagnétisme, etc.		Équilibre psychologique et/ou soulagement du stress
Examens paracliniques	Profil génétique pour déterminer l'ascendance/la généalogie Tests nutriginétiques		Renseignements sur la famille Mode de vie personnel

En général, la médecine des désirs est un enjeu direct entre le médecin et le patient qui fait l'objet d'un financement privé. Toutefois, elle devient manifestement un enjeu public lorsque la satisfaction d'un désir échoue et donne lieu à une prise en charge et à un financement par le régime public^{3, 6}. En général, on suppose que les services et les coûts associés à la médecine des désirs gagnent en importance au fur et à mesure que les services offerts deviennent connus, ce qui entraîne une hausse de la demande^{3, 4}.

Aux États-Unis, des données probantes indiquent qu'environ un cinquième de tous les soins médicaux ne sont pas nécessaires et représentent un surtraitement, et que les services surutilisés sont fournis en raison de la « crainte de commettre une faute professionnelle » (85%) et de « pressions ou demandes des patients » (environ 60%)⁷.

La médecine des désirs a suscité des débats éthiques et juridiques parmi les professionnels de la santé et dans les médias. Le présent article vise à expliquer la pratique de la médecine des désirs et de la transposer dans le domaine de la dentisterie.

2. MÉTHODOLOGIE

La recherche documentaire menée dans des sources pertinentes aux fins de la présente revue non systématique a commencé par la liste de 43 références figurant dans le rapport du CEG (Netherlands Centre for Ethics and Health), intitulé « Wensgeneeskunde » (médecine des désirs)³ et s'est poursuivie de manière itérative par le recoupement de 31 références pertinentes avec PubMed et Google Scholar. La recherche a été enrichie au moyen d'une recherche manuelle dans les listes de références d'articles pertinents jusqu'à ce que la quantité de renseignements recueillis après la lecture du texte intégral de 146 documents (132 articles et 14 documents de la littérature grise) semble amplement suffisante. Finalement, 47 articles et 7 documents provenant d'établissements faisant autorité ont été ajoutés.

3. TRAITEMENT SANS NÉCESSITÉ MÉDICALE

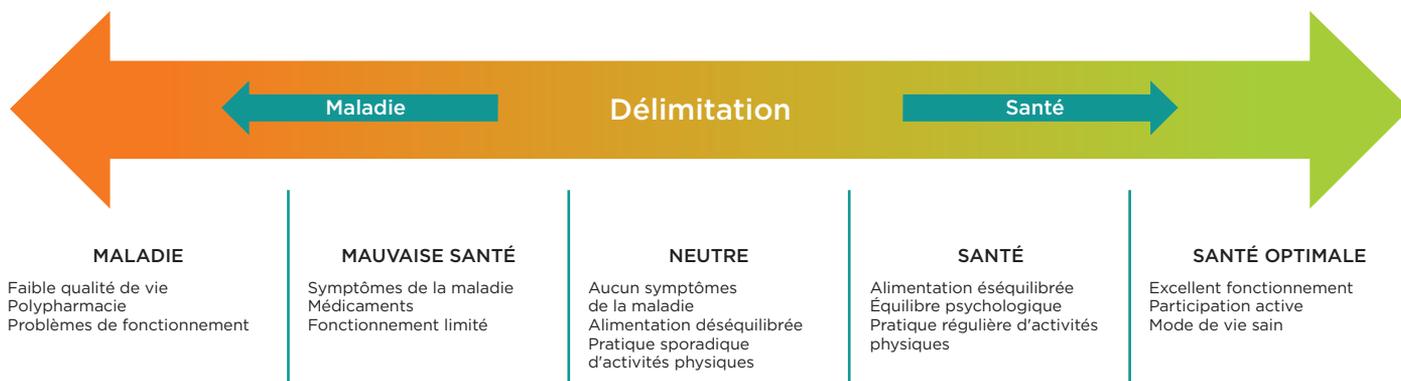
3.1. Santé et maladie – problèmes de délimitation

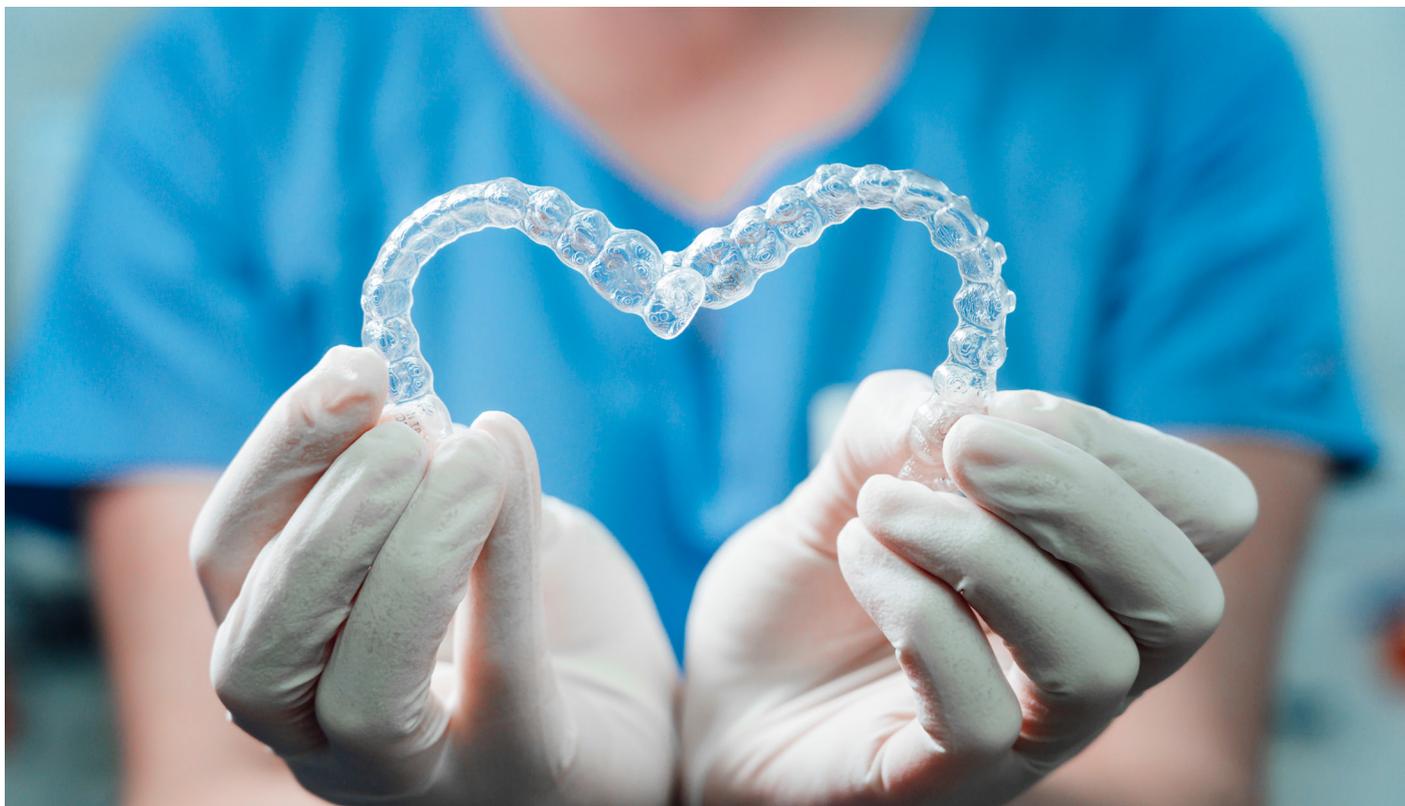
Si la médecine des désirs est sans nécessité médicale, ses services doivent-ils être considérés comme des traitements médicaux ? Les interprétations contestées de la santé et de la maladie, les objectifs de la médecine et la nécessité médicale brouillent la réponse à cette question. En 1984, l'Organisation mondiale de la

Santé (OMS) a défini que « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁸. Cette définition ou ce modèle de la santé a contribué à la médicalisation de la société, bien que non intentionnellement, car l'exigence d'un bien-être global ferait en sorte que la plupart des gens seraient considérés comme étant en mauvaise santé, surtout dans les sociétés vieillissantes⁹. En raison de cette définition large et statique, tout handicap doit être pris en charge dans des groupes de personnes de plus en plus nombreux. Par ailleurs, une définition dynamique plus récente de la santé s'appuie sur la résilience ou la capacité à composer avec la situation et à maintenir et à rétablir l'intégrité personnelle, l'équilibre et un sentiment général de bien-être. Dans ce cas, la santé est décrite comme « la capacité de s'adapter et de s'autogérer face aux défis physiques, sociaux et émotionnels tout au long de la vie »⁹. Dans ce concept holistique et contextuel, il est possible de ne pas ou de ne plus considérer les personnes en mesure de s'autogérer et de composer avec un handicap comme étant en mauvaise santé. Dans cette perspective biopsychosociale, les personnes peuvent connaître divers degrés de maladie, mais ne sont plus considérées comme étant malades⁹⁻¹¹. Le modèle biopsychosocial a été approuvé par l'OMS dans le cadre de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)¹²⁻¹⁴, dont le concept est axé sur un continuum sans distinction nette entre la santé et la maladie (figure 1). Certaines caractéristiques de la figure 1, comme l'« alimentation équilibrée » et la « participation active », sont associées à des phénomènes personnels ou environnementaux qui exercent une incidence sur la santé et la perception de la santé. Une personne peut être atteinte d'une maladie sans être malade ou être malade en l'absence d'une maladie pouvant être diagnostiquée. De même, la frontière entre la médecine traditionnelle et la médecine des désirs n'est pas nette, et sa clarté fluctue fortement en fonction du temps et du lieu, si bien que des traitements qui font partie de la catégorie de la médecine des désirs dans certaines communautés font partie des pratiques courantes ailleurs.

L'incertitude relative à la santé et à la maladie ainsi que la complexité des concepts de santé et de maladie comportent des implications pratiques. Plus la définition de la santé est large et tient compte de la qualité de vie ou de l'autogestion des handicaps, plus les traitements peuvent être considérés comme étant nécessaires sur le plan médical. L'élargissement des objectifs de la médecine pourrait justifier la pratique de la médecine des désirs, mais entraînerait un risque de médicalisation des phénomènes non médicaux, bien qu'il existe une distinction entre une médicalisation utile et une surmédicalisation nuisible^{6, 15-17}.

FIGURE 1. Continuum entre la maladie et la santé avec une délimitation floue (transition vague) entre la maladie et la santé et caractéristiques associées aux différentes phases de ce continuum





3.2. Santé buccodentaire et dentisterie des désirs

Le modèle biopsychosocial de la santé est également applicable à la santé buccodentaire^{14, 18-20}. À l'heure actuelle, selon une définition largement acceptée, la santé buccodentaire «comporte plusieurs facettes, dont la capacité de parler, de sourire, de sentir, de goûter, de toucher, de mastiquer, d'avaler et d'exprimer, par les expressions du visage, toute une gamme d'émotions avec assurance et sans douleur, sans gêne et sans maladie du complexe craniofacial»²⁰. Les résultats en matière de santé buccodentaire sont donc de plus en plus souvent exprimés en fonction de la capacité ou de l'incapacité d'une personne à accomplir des fonctions buccodentaires, comme dans le questionnaire OHIP (Oral Health Impact Profile), et évalués selon différents domaines physiques et psychosociaux²¹. Malgré cette définition large de la santé buccodentaire, certains traitements dentaires peuvent être considérés comme satisfaisant des désirs, notamment en dentisterie esthétique et en orthodontie²²⁻²⁴. Le désir de recevoir une prothèse dentaire fixe implantoportée compliquée malgré des contre-indications médicales ou dentaires²⁵ ainsi que le désir de recevoir des traitements complexes contre l'intérêt du patient dans un contexte de dentisterie gériatrique en constituent d'autres exemples²⁶. Le tableau 2, bien qu'il ne soit pas exhaustif, présente quelques exemples de traitements dentaires satisfaisant les désirs des patients ou conseillés par des dentistes qui peuvent être reconnus comme étant inutiles sur le plan biologique ou financier, ou du moins futiles sur le plan médical²⁷.

4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET MORALES

4.1. Principes éthiques

Les décisions relatives aux interventions doivent faire l'objet d'une justification clinique et éthique bien réfléchie qui s'appuie sur des raisons cliniques pertinentes et des raisons morales solides²⁸.

Le cadre des «principes de morale commune» de Beauchamp et Childress, largement diffusé et soutenu dans le domaine de l'éthique des soins de santé, fournit des principes éthiques généraux pour juger un traitement en s'appuyant sur le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice^{28, 29}. Premièrement, le principe du respect de l'autonomie personnelle peut être enfreint si les désirs du patient sont dictés par des pressions sociales ou des intérêts commerciaux. Toutefois, les choix de traitement se font rarement sans influence extérieure, et l'autonomie de la personne s'inscrit toujours dans un contexte sociétal³. Deuxièmement, le principe de bienfaisance peut être compromis si les bienfaits du traitement ne sont pas clairs ou si ses effets ne correspondent pas aux attentes du patient. Par exemple, les bienfaits de la restauration de dents décolorées au moyen de facettes sont discutables chez des patients qui ne se préoccupent pas de l'apparence de leurs dents²⁴. De même, le remplacement de dents postérieures manquantes apporte peu de bienfaits chez des patients dont la dentition est stable et fonctionne de manière acceptable (tableau 2)³⁰. Troisièmement, le principe de non-malfaisance est compromis si les traitements risquent d'être nuisibles. Le préjudice raisonnable est justifié quand il s'agit de guérir une maladie et de rétablir la santé.

Toutefois, trouver l'équilibre entre les risques de préjudice et la bienfaisance des soins constitue un processus peu fiable lorsque les résultats du traitement sont incertains (tableau 2)^{24, 25}. Enfin, le principe de justice est enfreint si la médecine des désirs est réservée aux personnes riches ou socialement privilégiées qui ont des possibilités et des capacités supérieures pour accéder aux renseignements, demander des soins et communiquer leurs désirs¹. Par conséquent, les principes éthiques donnent lieu à un débat sur la justification morale de la médecine et de la dentisterie des désirs.

TABLEAU 2: Exemples de dentisterie des désirs

PATIENT (ÂGE)	CONTEXTES CLINIQUES	DEMANDE/CONSEIL	DILEMMES	ATTITUDES ET INTERPRÉTATIONS
1 Femme (25 ans)	La patiente se plaint que ses dents sont plus foncées que la normale, mais elle ne s'en était pas plainte lors des consultations précédentes.	La patiente demande le blanchiment de ses dents antérieures.	Le dentiste n'est pas certain que le blanchiment des dents soit dans l'intérêt de la patiente.	La patiente estime que le blanchiment des dents améliore l'apparence des dents et rend une personne plus attirante. Le dentiste estime que les dents de la patiente ont un aspect normal et que l'effet, la durabilité et les risques du blanchiment des dents ne justifient pas ce traitement.
2 Homme (22 ans)	Les restaurations en composite des dents antérieures supérieures semblent décolorées.	Le dentiste conseille des facettes.	Le patient n'est pas certain des bienfaits de l'intervention.	Le patient estime que ses dents ont une apparence acceptable, que les facettes coûtent trop cher et que le risque d'échec est inacceptable. Le dentiste estime qu'un traitement à l'aide de facettes est la pratique exemplaire.
3 Garçon (9 ans)	Malocclusion de classe II/1 avec profil facial normal.	Le dentiste recommande un traitement orthodontique.	Les parents ne sont pas certains des bienfaits d'un tel traitement.	Les parents s'inquiètent des bienfaits et du coût du traitement. Le dentiste estime que le traitement orthodontique est la pratique exemplaire.
4 Jeune fille (13 ans)	En l'absence des parents, un dentiste pose un diagnostic de «sourire gingival» et propose un traitement orthodontique.	La jeune fille croit que le diagnostic soulève un «problème de sourire» que sa famille et ses amis n'ont pas remarqué.	Les parents sont en colère parce que le diagnostic perturbe les activités sociales de leur fille et laissent entendre que le sourire de leur fille ne présente qu'une différence normale.	La patiente se sent vulnérable par rapport à son apparence depuis qu'elle a entendu le diagnostic. Les parents estiment que le dentiste a agi de manière inappropriée et a créé un problème. Le dentiste croit qu'un traitement orthodontique est approprié et représente la pratique exemplaire.
5 Femme (35 ans)	Une dent (n° 36) est manquante. L'occlusion est stable. La patiente estime que sa dentition est incomplète, mais elle n'exprime pas de plaintes fonctionnelles.	La patiente souhaite que la dent soit remplacée par une prothèse fixe.	Le dentiste n'est pas certain que la prothèse soit dans l'intérêt de la patiente; il considère que le remplacement est futile.	La patiente estime que son désir doit être satisfait, car il s'agit de son corps et de son argent. Le dentiste doute des bienfaits de la prothèse.
6 Homme (67 ans)	Une prothèse dentaire partielle amovible à armature métallique remplace les prémolaires et les molaires des deux côtés sans problème depuis de nombreuses années.	Le patient souhaite avoir des couronnes implantoportées pour remplacer la prothèse amovible.	Le dentiste s'inquiète de la complexité et des risques du traitement.	Le patient estime que son désir doit être satisfait, car il s'agit de son corps et de son argent. Le dentiste s'interroge sur le résultat à long terme.
7 Homme (78 ans)	Le patient est fragile et n'est pas autonome pour ses soins quotidiens. Ses prothèses complètes sont instables et datent de 10 ans.	Le patient et les soignants souhaitent recevoir de nouvelles prothèses dentaires.	Le dentiste n'est pas certain qu'il soit dans l'intérêt du patient de recevoir de nouvelles prothèses.	Le dentiste estime que le patient risque de ne pas s'adapter aux nouvelles prothèses et recommande de refaire l'intrados des prothèses existantes.
8 Homme (42 ans)	Le patient aimerait soulager une douleur à une molaire (n° 27). Sa dentition naturelle est saine, à l'exception d'une importante restauration en composite sur la dent n° 27.	Le dentiste commence un traitement endodontique.	Le dentiste agit rapidement pour soulager le mal de dents, mais sans discuter des implications de traitement ultérieures.	Le patient a le sentiment de ne pas avoir été informé de la nécessité d'un traitement ultérieur ou des autres options thérapeutiques. Le patient a l'impression qu'on n'a pas tenu compte de son avis; il n'a pas consenti au traitement endodontique et aux possible(s) traitement(s) subséquent(s).
9 Femme (22 ans)	Une compagnie d'assurance veut des radiographies dentaires pour approuver la demande de modification d'assurance dentaire d'une patiente.	La patiente souhaite avoir des radiographies dentaires.	Le dentiste veut se conformer aux règlements sur la sécurité, c'est-à-dire maintenir l'exposition aux radiations au «niveau le plus bas qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre»	La patiente estime que son désir est raisonnable et pose un risque minime. Le dentiste estime que le risque lié aux radiations est injustifié en l'absence de motif médical.

4.2. Débats moraux

Buyx¹ contribue au débat moral en montrant que certains des arguments couramment avancés contre la médecine des désirs peuvent eux-mêmes être contestés :

- Contre l'argument selon lequel «les traitements qui satisfont un désir ne traitent pas de maladie», Buyx soutient qu'il peut faire l'objet d'interprétations des concepts de santé. Par exemple, à quel moment les rides deviennent-elles une maladie et à quel

moment un traitement est-il justifié, ou est-il approprié de prescrire des hormones de croissance pour atteindre une grandeur «idéale»? La réponse pourrait être qu'il s'agit de maladies ou d'affections nécessitant un traitement. Or, la décision de traiter ou non ces «maladies» dépend de l'interprétation de termes subjectifs et évolutifs, comme «petit», «vieux», «beau», qui confrontent les fournisseurs de soins à un manque de clarté et à des cas limites;

- Pour ce qui est de l'argument selon lequel « les traitements qui satisfont des désirs ne concordent pas avec les objectifs de la médecine », le problème est que les objectifs de la médecine ne sont pas clairs, en particulier lorsqu'ils concernent les concepts de bonheur, de qualité de vie ou de durée de vie, ou lorsque les objectifs de la société, des patients et des professionnels de la santé divergent;
- Contre l'argument selon lequel « les désirs des patients de subir des interventions médicales ne sont pas autonomes », on peut dire que les désirs peuvent être fondés sur l'ignorance ou des influences inappropriées. Toutefois, dans le contexte de la médecine des désirs, les patients recherchent un traitement de manière autonome et exercent leur autonomie plus directement et avec une plus grande incidence que dans les situations cliniques traditionnelles. Par conséquent, l'existence d'une justification pour refuser des traitements à des patients qui sont pleinement autonomes n'est pas claire;
- En ce qui concerne l'argument selon lequel « les traitements qui satisfont des désirs ne sont pas naturels », on peut évoquer le sens contestable du terme « naturel », notamment en ce qui concerne les moyens médicaux « non naturels » qui sont pleinement acceptés en médecine traditionnelle;
- L'argument selon lequel « les traitements qui satisfont des besoins représentent une injustice » est particulièrement pertinent lorsque seuls les patients privilégiés, bien renseignés et fortunés voient leurs désirs satisfaits. Il s'agit toutefois d'un argument secondaire, car il ne traite pas de l'acceptabilité éthique des interventions qui satisfont des désirs en tant que telles.

Maio²² estime que la médecine deviendra une discipline entrepreneuriale plutôt que morale et que la confiance des patients sera perdue si des traitements sans nécessité médicale sont prodigués sans aucune réflexion critique. Il soutient que la médecine des désirs :

- Reflète une compréhension limitée des soins. Par exemple, la chirurgie esthétique attire les personnes qui manquent d'assurance et qui ne peuvent résister aux pressions sociales qui les poussent à rechercher la perfection. À son avis, ces personnes tireraient davantage de bienfaits en améliorant leur estime de soi qu'en recourant à la chirurgie esthétique;
- Confirme les idéologies des sociétés axées sur la réussite, dans lesquelles la chirurgie esthétique, par exemple, offre la possibilité d'une beauté instantanée;
- Renforce les sentiments d'infériorité et perturbe l'image de soi en suscitant la recherche perpétuelle d'idéaux inatteignables;
- Détourne les gens d'eux-mêmes en remettant en cause leur identité personnelle.

Maio conclut que les fournisseurs de soins devraient éviter les interventions chirurgicales dans la mesure du possible et se concentrer plutôt sur le dialogue avec les patients, même s'il concède que les interventions chirurgicales, esthétiques ou autres interventions physiques peuvent apporter des bienfaits si elles permettent de prévenir la stigmatisation sociale en corrigeant les malformations.

4.3. Débat sur le modèle de fonctionnement normal

Selon le modèle de fonctionnement normal, les décisions de traitement dépendent de la gravité d'une différence par rapport à la normalité. Ce modèle est appliqué intuitivement par les médecins^{2, 31}.

Il suppose que chacun devrait avoir une chance égale de fonctionner normalement et que les différences biologiques par rapport à la normalité compromettent les occasions de réussite. Toutefois, selon Amundson³¹, les inconvénients subis par les personnes considérées comme « anormales » ne découlent pas uniquement de la biologie, mais des jugements sociaux sur les différences biologiques. Les jugements de « subnormalité » ne tiennent pas compte de la diversité biologique normale au sein des populations et des perceptions que les personnes concernées ont d'elles-mêmes. Les préjugés ont une origine arbitraire. Par exemple, ils peuvent être issus de distributions statistiques ou être causés par des étiquettes et une stigmatisation dans les milieux sociaux³²⁻³⁴.

Le modèle de fonctionnement normal ne règle pas la distinction arbitraire entre la normalité et la subnormalité, et la décision de corriger une « subnormalité » au moyen de traitements médicaux dépend de l'interprétation de la santé, de la souffrance psychologique et de la qualité de vie, ainsi que du principe de bienfaisance. Malgré ses limites, le modèle peut offrir la « solution la moins arbitraire » pour juger si un traitement est souhaitable ou non dans la poursuite de la justice sociale et distributive³¹. Cependant, établir un lien direct entre la subnormalité et la souffrance psychologique n'est pas toujours justifiable ou pertinent sur le plan de la qualité de vie³², en plus d'accroître le risque de traitement inapproprié. De plus, il est difficile de décider si une préoccupation relative à une subnormalité est raisonnable ou disproportionnée, ou s'il s'agit d'un trouble de dysmorphie corporelle³⁵. Lorsque des anomalies et des déviations, aussi insignifiantes soient-elles, sont considérées comme traitables, le désir et la demande de traitement augmentent, comme c'est le cas dans les domaines de la dentisterie esthétique, de l'orthodontie (adultes) et de la prosthodontie^{24, 36, 37}.

La bouche et les dents figurent parmi les principales préoccupations sur le plan de la perfection du corps³⁸. La plupart des gens s'entendent pour dire que les interventions de dentisterie esthétique peuvent aider ceux qui ne sont pas à l'aise avec l'apparence de leurs dents non conformes à un éventail normal de variations. Malgré les débats sur le modèle de fonctionnement normal, un ensemble de recherches a mis de l'avant le fait que l'attrait physique exerce une incidence positive sur une variété de résultats dans la vie quotidienne³⁹. Dans ce contexte, un traitement dentaire sans nécessité peut occasionnellement offrir des soins personnalisés qui sont conformes aux valeurs, aux besoins et aux désirs personnels des patients^{40,41}.



4.4. Recherche sur la médecine des désirs dans la pratique

La documentation sur la médecine des désirs compte très peu d'études éthiques empiriques. Une enquête qualitative menée aux Pays-Bas auprès de médecins généralistes, de chirurgiens plasticiens et de profanes a révélé que les médecins font rarement la distinction entre les traitements d'amélioration et les traitements curatifs et qu'ils ne prêtent pas vraiment attention aux objectifs de la médecine, aux concepts de santé et de maladie ou à la menace de médicalisation^{2, 42, 43}. Ils se concentrent plutôt sur les désirs et l'autonomie des patients, sur la mesure dans laquelle leurs désirs sont réalistes et sur la possibilité ou non de rétablir la normalité sans risques excessifs. Ils associent généralement la satisfaction des désirs à une bonne relation patient-médecin. Les profanes se concentrent également sur l'autonomie, mais s'attendent à recevoir certains conseils paternalistes de la part de leurs médecins, y compris le refus de traitements présentant des risques. Ils ne s'attendent pas nécessairement à ce que l'assurance maladie couvre la prise en charge des effets indésirables. Dans l'ensemble, les chercheurs ont conclu que la médecine des désirs est acceptable pour les médecins et les patients, mais que les désirs ne doivent pas être satisfaits si le traitement comporte des risques ou des préjudices graves⁴³.

5. CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Outre les considérations morales, les cadres juridiques traitent de la question de savoir si les désirs peuvent, pourraient ou doivent être satisfaits en l'absence de nécessité médicale ou dentaire. Chaque pays a adopté une variété de lois et de règlements en matière de norme de soins⁴⁴. Dans de nombreux pays, la loi interdit de s'écarter de la norme, sauf si le respect de cette norme cause un préjudice à un patient en particulier. La pratique de la médecine et de la dentisterie continue d'évoluer, tout comme les normes de soins. Le nombre et la diversité des désirs des patients augmentent au fil des progrès biotechniques et de l'augmentation de la prospérité. Dans la plupart des juridictions, le simple désir d'une personne est une raison insuffisante pour s'écarter de la norme⁴⁴. Par exemple, aux États-Unis, la Uniform Health Care Decisions Act stipule qu'un « fournisseur de soins de santé ou un établissement peut refuser de se conformer à une directive ou à une décision de soins de santé qui exigent des soins inefficaces sur le plan médical ou contraire aux normes de soins de santé généralement acceptées [...] »⁴⁵.

5.1. Comment la dentisterie des désirs est-elle liée à de bons soins ?

La Healthcare, Complaints and Disputes Act des Pays-Bas⁴⁶, comme d'autres règlements semblables d'ailleurs, exige des professionnels de la santé qu'ils fournissent « des soins de bonne qualité [...], [qui] sont sûrs, efficaces, efficients et axés sur le client, proposés en temps opportun et adaptés aux besoins réels du client [...], [et] en accord avec leur responsabilité découlant des normes professionnelles ». Ces exigences s'appliquent également aux demandes de satisfaction des désirs, mais avec certaines ambiguïtés. Par exemple, les soins peuvent-ils être qualifiés d'efficaces et d'efficients si le professionnel de la santé ne vise pas la guérison, mais la correction de subnormalités, voire de conditions normales ? L'expression « axés sur le client et adaptés aux besoins réels du client » indique une position d'influence pour le client ou le patient, qui est autonome, dans une relation de type commercial. Une telle relation évoque une pratique du type « votre désir est mon commandement », où l'autodétermination autonome du patient et les normes du fournisseur de soins sont en jeu. Toutefois, les « besoins réels » désignent les besoins

reconnus comme étant réalistes par le professionnel de la santé et la « norme professionnelle » désigne des lignes directrices, des protocoles ou des normes de qualité qui sont fondés sur les meilleures et plus récentes données probantes.

Pourtant, en dentisterie, peu d'interventions cliniques sont assorties de données probantes solides, et ces dernières se prêtent au jugement raisonnable et à l'interprétation des conditions et circonstances à l'échelle locale.

La loi oblige le professionnel à évaluer la sécurité, l'efficacité et l'efficience de tous les traitements. Ainsi, la satisfaction du désir d'un patient de recevoir un traitement sans nécessité médicale ou dentaire pourrait être restreinte par la loi.

5.2. Autres considérations juridiques

Compte tenu des lois limitées et de la rareté des directives cliniques, le surtraitement et le traitement futile représentent une préoccupation importante^{6, 7}. Des divergences considérables peuvent exister entre les désirs et la propension au traitement des patients et les besoins normatifs en matière de traitement déterminés par les fournisseurs de soins de santé. Satisfaire les désirs d'un patient en matière de traitements plutôt que ses besoins selon l'évaluation qu'en font les dentistes peut réduire considérablement les interventions de prothodontie et parodontie^{47, 48}. Il peut sembler moins condamnable de supposer, à tort, qu'un état clinique nécessite un traitement que de ne pas le traiter. La première situation entraîne un surtraitement qui peut s'avérer irréversiblement nuisible, alors que le sous-traitement peut entraîner une aggravation de l'affection. L'idée selon laquelle il vaut mieux prodiguer un traitement excessif qu'un traitement insuffisant n'est pas adéquate sur le plan juridique. Pour de nombreux conseils disciplinaires, tant le surtraitement que le sous-traitement sont répréhensibles.

Les pratiques exemplaires sont de plus en plus considérées comme une norme de soins mondiale plutôt que locale⁴⁹, et une orientation locale peut effectivement avoir des répercussions importantes sur la prise en compte des désirs des patients. Par exemple, les modifications des caractéristiques ethniques, comme les plis des yeux ou la forme du nez, ne sont pas abordées dans les lois. Dans le cas de ces demandes de satisfaction des désirs, les personnes sont incitées à demander une intervention chirurgicale en réponse à des problèmes perçus de préjugés ethniques⁵. Les modifications rituelles et non thérapeutiques de la bouche, comme le tatouage gingival, l'uvulectomie, la germectomie, le limage ou l'extraction des dents, sont des manifestations de la dentisterie des désirs. Ces pratiques, effectuées dans certaines cultures par des guérisseurs traditionnels, sont condamnées par l'Association médicale mondiale⁵⁰, même si elles peuvent s'avérer justifiées dans le cadre des normes de soins locales^{44, 49}.

Schramme⁵¹ rejette « la pathologisation courante des modifications corporelles » d'un point de vue éthique et justifie les modifications volontaires, comme l'intervention qui vise à fourcher la langue ou l'agrafage de la chair. Il fait valoir que ce que certains considèrent comme des mutilations est jugé par d'autres comme des modifications appropriées de l'apparence ou le développement de la personnalité. Il soutient également que ces mutilations sont moins nocives qu'un mode de vie malsain. Néanmoins, dans de nombreux pays, les normes professionnelles interdisent aux fournisseurs de soins de santé de procéder à de telles modifications corporelles, même si les tatouages et le perçage des oreilles sont aujourd'hui des exemples courants d'embellissement volontairement accepté dans la culture occidentale. C'est le processus

de la décision plutôt que sa nature qui doit être volontaire. Le problème des désirs de modifications corporelles (fondés sur des rituels) sans consentement individuel éclairé, c'est qu'il est difficile de confirmer qu'ils sont exempts de toute coercition interne ou externe.

6. DISCUSSION SUR LES DÉSIRS

Depuis les années 1960, en réaction à l'attitude paternaliste des fournisseurs de soins de santé, les lois et la réglementation se sont réorientées vers les droits des patients. L'autodétermination (terme juridique pour désigner l'autonomie) a été élargie pour inclure le droit de faire des choix et de se développer en fonction de valeurs et de normes personnelles. Aujourd'hui, la capacité de disposer de soi-même est une valeur essentielle des droits des patients. De même, la relation entre le patient et le fournisseur a évolué. Quatre modèles d'interaction médecin-patient ont été décrits⁵². Dans le modèle paternaliste («le médecin sait mieux que quiconque»), l'autonomie du patient est secondaire par rapport aux opinions du médecin. Le modèle informatif, en revanche, accorde une autonomie substantielle au patient, tandis que le fournisseur de soins agit principalement à titre d'expert technique. Le patient joue le rôle d'un consommateur critique et prend la décision clinique en acceptant ou en refusant l'avis du fournisseur de soins. Dans le modèle interprétatif, le fournisseur de soins aide le patient à interpréter ses désirs et ses valeurs personnelles pour choisir une stratégie de soins adéquate. Enfin, dans le modèle délibératif, le fournisseur de soins discute avec le patient des valeurs qui pourraient influencer sur une stratégie commune de soins. Approche douce et paternaliste, la communication selon le modèle délibératif semble particulièrement adaptée à la discussion sur les désirs sans nécessité médicale ou dentaire et à l'orientation d'un patient avec des arguments raisonnés pour améliorer le bien-être et prévenir les préjugés^{28, 52}. En l'absence d'un bienfait clair par rapport au préjudice potentiel, il est d'autant plus indispensable de délibérer (en profondeur) sur tous les renseignements pertinents³. Ainsi, un processus officiel de décision partagée fondé sur la valeur utilisant des renseignements détaillés et fondés sur des données probantes devrait précéder toute intervention visant à satisfaire des désirs⁵³.

Les dentistes confrontés à des demandes incompréhensibles ou étranges doivent évaluer soigneusement «le besoin réel du client», discuter de «la question derrière la question» et déterminer la compétence du patient à agir dans son propre intérêt⁵⁴. La question est de savoir si le patient possède ou non la capacité d'agir de manière appropriée concernant un seul désir ou une seule décision, situation qui ne correspond pas nécessairement à une situation d'invalidité telle que déterminée par un juge. Un refus provisoire raisonné de satisfaire un désir et la décision de suspendre la réflexion et de voir dans l'attente d'une discussion plus approfondie semblent très appropriés dans ces situations. Parfois, les patients recherchent la perfection personnelle de manière obsessionnelle, parfois en réponse à un trouble obsessionnel-compulsif de dysmorphie corporelle axé sur un défaut inexistant ou minime de l'apparence physique³⁸. Si la prévalence de ce trouble est de 1 à 2% dans la population générale, elle atteint 13 à 15% chez les patients qui fréquentent les cliniques d'esthétique. Les dentistes devraient s'adresser à un expert pour obtenir une aide psychologique ou psychiatrique plutôt que de fournir des traitements irréversibles à des patients qui pourraient être atteints de cette maladie³⁵.

7. CONCLUSIONS

La médecine traditionnelle repose sur les piliers des soins préventifs, curatifs et palliatifs. La médecine et la dentisterie des désirs semblent appartenir à une catégorie d'activités médicales particulière et distincte. Bien que les revues non systématiques puissent présenter des lacunes, nous concluons que la compréhension générale de la médecine des désirs et les préoccupations qui y sont liées peuvent être transposées à la dentisterie.

D'un point de vue éthique, la dentisterie des désirs doit suivre un processus de décisions volontaires des patients, être inoffensive et prendre en compte l'intérêt (à long terme) des patients. D'un point de vue juridique, elle doit être sûre, efficace et efficiente et respecter les normes professionnelles nationales ou locales.

Les considérations éthiques et juridiques aident le dentiste à réaliser une réflexion critique sur les décisions cliniques concernant la satisfaction des désirs. Si une telle réflexion ne permet pas de régler tous les problèmes de la zone grise des soins de santé, elle devrait au moins permettre de cerner certaines situations nuisibles prévisibles de la dentisterie des désirs.

Déclaration de contribution des auteurs selon la taxonomie CRediT

Dick J. Witter : conceptualisation, rédaction - version originale, rédaction - révision et édition. **J. J. (Jos) Kole** : rédaction - révision et édition. **Wolter G. Brands** : rédaction - révision et édition. **Michael I. MacEntee** : rédaction - révision et édition. **Nico H. J. Creugers** : conceptualisation, rédaction - version originale, rédaction - révision et édition.

Références :

1. A.M. Buyx, Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish-fulfilling medicine, *Med. Health Care Philos.* 11 (2008) 133-143, <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9111-1>.
2. E.C.A. Asscher, I. Bolt, M. Schermer, Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments, *J. Med. Ethics* 38 (2012) 327-331, <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100103>.
3. CEG (Netherlands Centre for Ethics and Health). Wensgeneeskunde, Signalering ethiek en gezondheid, Den Haag, 2015. <https://www.ceg.nl/documenten/signalering/2015/08/27/wensgeneeskunde> (English version of this report: CEG (Netherlands Centre for Ethics and Health). Wish-fulfilling medicine, Ethics and health report, Den Haag, 2015).
4. L.C. Horne, Medical need, equality, and uncertainty, *Bioethics* 30 (2016) 588-596, <https://doi.org/10.1111/bioe.12257>.
5. European Parliament, Directorate-general for Internal Policies, Science and technology options assessment (STOA), Human enhancement study, 2009, [https://www.europarl.europa.eu/ReqData/etudes/etudes/join/2009/417483/IPOL-JOIN_ET\(2009\)417483_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/ReqData/etudes/etudes/join/2009/417483/IPOL-JOIN_ET(2009)417483_EN.pdf).
6. P. Conrad, The shifting engines of medicalization, *J. Health Soc. Behav.* 46 (2005) 3-14, <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>.
7. H. Lyu, T. Xu, D. Brotman, B. Mayer-Blackwell, M. Cooper, M. Daniel, E.C. Wick, V. Saini, S. Brownlee, M.A. Makary, Overtreatment in the United States, *PLoS One* 2017 (2017), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181970eCollection>.
8. World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, Geneva (1984) www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
9. M. Huber, J.A. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, A.R. Jadad, D. Kromhout, B. Leonard, K. Lorig, M.I. Loureiro, J.W. van der Meer, P. Schnabel, R. Smith, C. van Weel, H. Smid, How should we define health? *BMJ* 343 (2011) d4163, <https://doi.org/10.1136/bmi.d4163>.
10. G.L. Engel, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science* 196 (1977) 129-136, <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
11. D.T. Wade, P.W. Halligan, The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come, *Clin. Rehabil.* 31 (2017) 995-1004, <https://doi.org/10.1177/026921551709890>.
12. World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva (2001) <https://www.who.int/classifications/icf/en/>.
13. World Health Organization, How to Use ICF: a Practical Manual for Using the International Classification of Functioning, disability and health (ICF), Geneva, 2013 www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf.

14. M.J. MacEntee, *An existential model of oral health from evolving views on health, functioning and disability*, *Community Dent. Health* 23 (2006) 5-14.
15. E. Parens, On good and bad forms of medicalization, *Bioethics* 27 (2013) 28-35, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>.
16. E. Kaczmarek, How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Med. Health Care Philos.* 22 (2019) 119-128, <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>.
17. B. Hofmann, Expanding disease and undermining the ethos of medicine, *Eur. J. Epidemiol.* 34 (2019) 613-619, <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00496-4>.
18. M.A. Brondani, M.I. MacEntee, Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? *Qual. Life Res.* 23 (2014) 1087-1096, <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0541-3>.
19. J. Durham, R. Ohrbach, Oral rehabilitation, disability and dentistry, *J. Oral Rehabil.* 37 (2010) 490-495, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2010.02078.x>.
20. M. Glick, D.M. Williams, D.V. Kleinman, M. Vujicic, R.G. Watt, R.J. Weyant, A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health, *Int. Dent. J.* 66 (2016) 322-324, <https://doi.org/10.1111/idj.12294>.
21. G.D. Slade, A.J. Spencer, *Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile*, *Community Dent. Health* 11 (1994) 3-11.
22. G. Maio, Medizin auf Wunsch? Eine Ethische Kritik der präferenzorientierten Medizin, dargestellt am Beispiel Der Ästhetischen Chirurgie, *Dtsch. Med. Wochenschr.* 132 (2007) 2278-2281, <https://doi.org/10.1055/s-2007-991642>.
23. N. Bostrom, R. Roache, Ethical issues in human enhancement, in: J. Ryberg, T. Petersen, C. Wolf (Eds.), *New Waves in Applied Ethics*, Pelgrave Macmillan, 2008, pp. 120-152 www.nickbostrom.com.
24. A. Alani, M. Kelleher, K. Hemmings, M. Saunders, M. Hunter, S. Barclay, M. Ashley, S. Djemal, K. Bishop, U. Darbar, P. Briggs, J. Faerne, Balancing the risks and benefits associated with cosmetic dentistry – a joint statement by UK specialist dental societies, *Br. Dent. J.* 218 (2015) 543-548, <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.345>.
25. D. Gross, K. Gross, M. Schmidt, Ethical dilemmas of dental implantology: ready for aftercare? *Quintessence Int.* 49 (2018) 367-375, <https://doi.org/10.3290/j.qla.40050>.
26. S.R. Bryant, M.I. MacEntee, A. Browne, Ethical issues encountered by dentists in the care of institutionalized elders, *Spec. Care Dentist.* 15 (1995) 79-82, <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.1995.tb00482.x>.
27. M. Aghababary, N. Dehghan Nayeri, *Medical futility and its challenges: a review study*, *J. Med. Ethics Hist. Med.* 9 (2016) 11.
28. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th ed., Oxford University Press, New York/Oxford, 2013.
29. R. Gillon, Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics, *J. Med. Ethics* 41 (2015) 111-116, <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102282>.
30. A.E. Gerritsen, P.F. Allen, D.J. Witter, E.M. Bronkhorst, N.H. Creugers, Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis, *Health Qual. Life Outcomes* 8 (2010) 126, <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-126>.
31. J. Huggins, M. Simmerling, Normal functioning and the treatment/enhancement distinction: an opportunity based assessment, *J. Relig. Health* 53 (2014) 1214-1222, <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9882-7>.
32. R. Amundson, Against normal function, *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci* 31 (2000) 33-53 www.elsevier.com/locate/shpsc.
33. N. Holtug, Equality and the treatment-enhancement distinction, *Bioethics* 25 (2011) 137-144, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01750.x>.
34. G. Kahane, J. Savulescu, The concept of harm and the significance of normality, *J. Applied Philos.* 29 (2012) 318-332, <https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2012.00574.x>.
35. N.A. Vashi, Obsession with perfection: body dysmorphia, *Clin. Dermatol.* 34 (2016) 788-791, <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.04.006>.
36. L. Christensen, F. Luther, Adults seeking orthodontic treatment: expectations, periodontal and TMD issues, *Br. Dent. J.* 218 (2015) 111-117, <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.46>.
37. M.I. MacEntee, *On prosthodontic community responsibility*, *Int. J. Prosthodont.* 16 (Suppl) (2003) 11-13.
38. C. Pérez Rodríguez, R.B. Judge, D. Castle, A. Phillipou, Body dysmorphia in dentistry and prosthodontics: a practice based study, *J. Dent.* 81 (2019) 33-38, <https://doi.org/10.1016/j.ident.2018.12.003>.
39. T. Wolbring, P. Riordan, How beauty works, Theoretical mechanisms and two empirical applications on students' evaluation of teaching, *Soc. Sci. Res.* 57 (2016) 253-272, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.009>.
40. M.K. Constand, J.C. MacDermid, V. Dal Bella-Haas, M. Law, Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare, *BMC Health Serv. Res.* 14 (2014) 271, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>.
41. F.A. McAlister, A. Laupacis, P.W. Armstrong, Finding the right balance between precision medicine and personalized care, *CMAJ* 189 (2017) E1065-E1068, <https://doi.org/10.1503/cmaj.170107>.
42. E.C. Asscher, M. Schermer, Wish-fulfilling medicine in practice: the opinions and arguments of lay people, *J. Med. Ethics* 40 (2014) 837-841, <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101480>.
43. E.C. Asscher, M.H. Schermer, *Wish-fulfilling medicine in Dutch practice. Have physicians become salesman?* *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 158 (2014) A7507.
44. FDI World Dental Federation, *Dental Ethics Manual 2* (2018) www.fdiworlddental.org.
45. L.J. Schneiderman, Defining futility and improving medical care, *J. Bioeth. Inq.* 8 (2011) 123-131, <https://doi.org/10.1007/s11673-011-9293-3>.
46. WKKGZ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, 2015. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2020-01-01>.
47. J.I. Ryu, G. Tsakos, A. Sheiham, *Differences in prosthodontic treatment needs as-sessments between the standard normative and sociodental approach*, *Int. J. Prosthodont.* 21 (2008) 425-432.
48. N. Ab-Murat, A. Sheiham, G. Tsakos, R. Watt, Periodontal treatment needs and workforce requirements: comparisons between the normative and sociodental approaches using different skill mix models, *Community Dent. Oral Epidemiol.* 43 (2015) 106-115, <https://doi.org/10.1111/cdoe.12125>.
49. R. Niederman, D. Richards, W. Brands, The changing standard of care, *J. Am. Dent. Assoc.* 143 (2012) 434-437, <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2012.0190.143>.
50. R. Garve, M. Garve, K. Link, J.C. Türp, C.G. Meyer, Infant oral mutilation in East Africa – therapeutic and ritual grounds, *Trop. Med. Int. Health* 21 (2016) 1099-1105, <https://doi.org/10.1111/tmi.12740>.
51. T. Schramme, Should we prevent non-therapeutic mutilation and extreme body modification? *Bioethics* 22 (2008) 8-15, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00566.x>.
52. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, Four models of the physician-patient relationship, *JAMA* 267 (1992) 2221-2226, <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>.
53. G. Elwyn, A. Edwards, P. Kinnersley, R. Grol, *Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices*, *Br. J. Gen. Pract.* 50 (2000) 892-899.
54. D.L. Broers, W.G. Brands, J.V. Welle, A. de Jongh, Deciding about patients' requests for extraction: ethical and legal guidelines, *J. Am. Dent. Assoc.* 141 (2010) 195-203, <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0139>.

Le présent manuscrit s'appuie sur trois articles déjà publiés (en néerlandais)

- D.J. Witter, W.G. Brands, J.J. Kole, N.H.J. Creugers NHJ, Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry: what does this mean? *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 125 (2018) 579-554.
- D.J. Witter, J.J. Kole, W.G. Brands, N.H.J. Creugers NHJ, Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry: medical-ethical aspects, *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 125 (2018) 645-651.
- D.J. Witter, W.G. Brands, J.J. Kole, N.H.J. Creugers, Wish-fulfilling medicine and wish-fulfilling dentistry: legal aspects. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 126 (2019) 17-21.



Profitez de la force de votre groupe



L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec fait équipe avec La Personnelle pour vous offrir :

 Des tarifs de groupe exclusifs en assurance auto, habitation et entreprise

 Des protections personnalisées

 Un service hors pair

Découvrez pourquoi **85 %** de nos clients nous ont choisis pour faire le plein d'économies et restent avec nous pour la **qualité du service**¹.

lapersonnelle.com/ohdq
1 888 476-8737

 Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

 **laPersonnelle**
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc.

La marque La Personnelle^{MD} ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

1. Analyse comparative de l'expérience client SOM 2018 sur les principaux assureurs habitation et automobile en Ontario et au Québec.



EN SAVOIR PLUS SUR L'ÉTHIQUE

- SOPHIE LECAVALIER, responsable des communications

1. IDÉA (Institut D'Éthique Appliquée)

<https://www.idea.ulaval.ca/>

L'IDÉA est un regroupement multidisciplinaire de professeurs, de chercheurs et d'étudiants aux cycles supérieurs qui ont tous en commun de mener des recherches dans le domaine de l'éthique. Leurs activités s'articulent autour de quatre axes de recherche et d'intervention, représentées par les quatre sphères principales de leur logo. L'IDÉA organise et collabore à une variété d'activités: conférences, colloques, tables rondes, etc., qui permettent d'échanger et d'approfondir des thématiques en lien avec l'éthique appliquée, et d'animer des débats ouverts au grand public. Elle est reconnue grâce à la contribution et la réputation de ses membres. Dans un esprit de transdisciplinarité, ils ont à cœur de générer des retombées bénéfiques pour la société.



2. CEST

<https://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/>

Le mandat de la CEST est de conseiller le gouvernement du Québec sur toute question relative aux enjeux éthiques liés à la science et à la technologie, ainsi que de susciter la réflexion sur ces enjeux. La CEST se penche en priorité sur des problèmes nouveaux, non réglés par d'autres dispositifs; elle suit de près l'évolution des questions éthiques soulevées par les avancées de la science et de la technologie et met en discussion des problématiques pour lesquelles il n'existe pas encore de réponse dans la pratique éthique ou dans le droit. Incidemment, elle peut se prononcer sur des questions relatives aux politiques et aux pratiques existantes.



3. Valeurs et éthique de la fonction publique (Gouvernement du Canada)

<https://www.canada.ca/fr/gouvernement/fonctionpublique/valeurs.html>

Lisez sur la diversité et l'équité en matière d'emploi, les langues officielles ainsi que sur les autres valeurs de la fonction publique. Ce site s'adresse aux professionnels qui travaillent dans la fonction publique du Canada. On y trouve des ressources sur le code de valeurs et d'éthique, les conflits d'intérêts, les valeurs au quotidien.



RETOUR SUR LE CONGRÈS DE L'OHQDQ

Le congrès de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec avait lieu les 14 et 15 octobre au Centre des congrès de Saint-Hyacinthe. Sous le thème *Une nouvelle ère s'amorce: Soyons préparés!* l'événement a réuni 700 participants qui ont pu assister à des conférences, réseauter et visiter le salon des exposants.

Plusieurs nouveautés cette année dont le panel sur la collaboration interprofessionnelle avec quatre présidents des ordres professionnels de la santé buccodentaire, deux précongrès et un tout nouveau format!



REMERCIEMENTS AUX EXPOSANTS DU CONGRÈS 2018

Chaque congrès de l'OHDQ est une activité de formation continue de grande envergure et la participation des exposants y est essentielle. Ceux-ci savent partager leur expertise en transmettant conseils et informations sur leurs produits et services.

Nous exprimons nos sincères remerciements aux exposants du Congrès 2022.



Réalisons vos idées





Credits photos: Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

PROGRAMME DE RECONNAISSANCE 2022

PRIX SYLVIE-DE-GRANDMONT



Ce prix d'excellence, la plus haute distinction de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, vise à souligner l'engagement exceptionnel d'une hygiéniste dentaire envers sa profession, et ce, par des réalisations qui en ont permis le rayonnement. Pour être admissible, l'hygiéniste dentaire doit s'être distinguée dans un ou plusieurs des domaines suivants : amélioration de l'image de la profession ; participation à l'avancement de la profession ; amélioration des services offerts au public.

Cette année, exceptionnellement, le prix a été remis à deux lauréates.

Lauréate : MARIE-HÉLÈNE CHARBONNEAU, H.D.

Marie-Hélène Charbonneau avait un rêve. Depuis sa rencontre avec une hygiéniste dentaire indépendante lors d'un voyage dans l'Ouest canadien, il y a quelques années, madame Charbonneau caressait l'idée d'ouvrir sa propre clinique et ainsi faire rayonner le rôle de l'hygiéniste dentaire.

Sa détermination et son espoir d'améliorer la santé buccodentaire des gens de sa région ont permis de réaliser ce rêve. Madame Charbonneau fut l'une des premières hygiénistes dentaires au Québec à ouvrir sa propre clinique d'hygiène dentaire en 2021, la Clinique Hygiène Dentaire Beloeil.

La qualité de ses services et le temps alloué à ses clients sont remarquables. Elle travaille avec son cœur, et sa plus grande satisfaction est chaque sourire qui se dessine après ses traitements. On se sent en confiance avec son expertise.

C'est avec humanisme qu'elle offre également des soins à domicile pour les gens qui ne peuvent se déplacer à sa clinique. De cette façon, elle s'assure d'améliorer les services offerts au public.

Par ailleurs, madame Charbonneau est également très consciente des enjeux écologiques. Que ce soit d'installer deux boîtes de recyclage pour réduire les déchets, de recycler ses protections individuelles, d'offrir à ses clients la possibilité de ramener afin de recycler leurs brosses à dents et tubes de dentifrice ou même l'installation d'une borne de recharge pour les voitures électriques, ces petites actions enclenchent un cercle vertueux et les impacts positifs qui en découlent deviennent importants au bout de quelques semaines et très importants à la fin de quelques mois.

Son désir de participer à l'avancement de la profession et d'en favoriser son rayonnement l'a amené à conseiller ses pairs hygiénistes dentaires à partir en affaires en plus de donner des conférences au Berceau, centre périnatal ainsi qu'aux cégeps de Saint-Hyacinthe et Édouard-Montpetit afin de partager son parcours entrepreneurial.

Pionnière, madame Charbonneau a tout le mérite qui lui revient. C'est pourquoi l'Ordre lui a décerné, pour sa contribution à l'avancement de la profession, le trophée Sylvie-de-Grandmont.

Félicitations !



De gauche à droite : Sylvie de Grandmont, Marie-Hélène Charbonneau et Jean-François Lortie, président de l'Ordre

Crédits photo: Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

Lauréate : AGATHE BERGERON

Agathe Bergeron s'est impliquée tout au long de sa carrière dans l'avancement de la profession. Hygiéniste dentaire depuis 1980, madame Bergeron, qui avait également une formation en enseignement et en administration, a travaillé en clinique d'orthodontie, en clinique généraliste, ainsi qu'en santé dentaire publique.

Elle a été membre du Conseil d'administration de l'Ordre de 1996 à 2002 et vice-présidente de 1998 à 2002, pour ensuite travailler à la permanence de l'Ordre où elle était jusqu'à son décès responsable de l'inspection et de la pratique professionnelle. Tout en occupant ce poste, elle a aussi été membre du Comité de Formation continue et professionnelle, de 2002 à 2010, du Comité d'équivalence par intérim en 2011, secrétaire du comité d'inspection professionnelle jusqu'en 2021 et membre du Comité directeur du Forum de l'inspection professionnelle du Conseil interprofessionnel du Québec, de 2006 jusqu'à la dissolution du comité. En reconnaissance de cette implication de longue durée et de son dévouement envers la protection du public, le Conseil interprofessionnel du Québec, sur recommandation du Conseil d'administration de l'Ordre, lui a d'ailleurs remis en 2002 le Mérite du CIQ.

Agathe Bergeron était non seulement un pilier de l'Ordre, mais également dévouée à faire rayonner la profession d'hygiéniste dentaire. Engagée envers sa profession, elle était une référence en matière d'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire.

Collaboratrice d'une valeur inestimable, Agathe, par son haut standard de professionnalisme, son intégrité, son sens aigu du respect et de l'honnêteté, son dévouement, sa générosité et sa bienveillance, aura été une source d'inspiration au dépassement de soi.

Estimée de tous et pleine de douceur, elle était une personne toujours disponible et à l'écoute des autres. De nature discrète et positive, ses grandes qualités humaines et son altruisme en faisaient une collaboratrice appréciée autant par ses collègues de travail que par ses pairs et les multiples partenaires de l'Ordre qui auront eu la chance de croiser son parcours professionnel.

Sa passion pour l'excellence en fait une ambassadrice de sa profession et nous sommes heureux de lui remettre, à titre posthume, le prix Sylvie-de-Grandmont. La famille de madame Bergeron a accepté le trophée en son nom.



Agathe Bergeron



La famille d'Agathe Bergeron ainsi que Sylvie de Grandmont et Jean-François Lortie, président de l'Ordre

Ce prix est décerné par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) sur recommandation des ordres professionnels et remis à un de leurs membres s'étant distingué par son apport exceptionnel à sa profession et à son ordre professionnel.

Lauréate : CAROLINE LAVOIE, H.D.

Mme Lavoie fait preuve d'une implication diversifiée et de longue date dans les activités de l'Ordre, démontrant sans l'ombre d'un doute son adhésion aux valeurs de l'organisation et à sa mission de protection du public.

Elle a d'abord été membre du comité d'inspection professionnelle de 2000 à 2011. Par sa contribution aux décisions du comité, elle aura soutenu des milliers d'hygiénistes dentaires à adhérer aux plus hauts standards de la profession, tant pratiques que déontologiques.

Depuis 2017, Mme Lavoie est membre du comité de révision des décisions du syndic. Ce comité exige un jugement professionnel assumé, une grande rigueur et une bonne capacité de réflexion déontologique.

Mme Lavoie a siégé au comité de prévention et de contrôle des infections de 2019 à 2022. La qualité de son expertise professionnelle dans ce domaine fut reconnue par l'Ordre comme étant un atout pour le mandat et les objectifs poursuivis par ce comité. Rappelons que la prévention et le contrôle des infections est un des aspects majeurs de la protection du public pour la profession d'hygiéniste dentaire.

En plus de ces comités, Mme Lavoie a contribué à certaines élections de l'Ordre à titre de scrutatrice (notamment de 2014 à 2018) et, pour l'élection tenue en 2022, à titre de témoin du décompte des votes électroniques, une première pour l'Ordre.

Finalement, il ne faut pas passer sous silence le fait que Mme Lavoie enseigne à la relève en hygiène dentaire au cégep régional de Lanaudière à Terrebonne depuis 2012. Ainsi, quelques centaines d'étudiants, qui depuis ce temps sont venus enrichir la profession d'hygiéniste dentaire, ont pu bénéficier de ses enseignements.

Pour toutes les raisons invoquées précédemment, Mme Caroline Lavoie se voit décerner la médaille pour le Mérite du CIQ, car son implication assidue depuis plus de 20 ans aux activités et à la mission de l'Ordre en font une lauréate toute désignée pour ce prix de reconnaissance.



Jean-François Lortie, président de l'Ordre et Caroline Lavoie

Credits photo : Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes



L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec désire valoriser et encourager les étudiants en Techniques d'hygiène dentaire par l'entremise de la Bourse Méritas, au montant de 1 000 \$.

- Véronique Bérubé du cégep de Saint-Hyacinthe
- Mahélye Drouin du cégep régional de Lanaudière
- Stéphanie Dussart du cégep Édouard-Montpetit
- Jessica Quirion du cégep de Saint-Hyacinthe



Credits photo: Normand Huberdeau/Groupe NH Photographes

De gauche à droite: Jacques Gauthier, Directeur général et secrétaire de l'Ordre, président du comité des prix et bourses, Jean-François Lortie, président de l'Ordre, Mahélye Drouin, Stéphanie Dussart, Véronique Bérubé (absente de la photo: Jessica Quirion)



Jessica Quirion

MERCI À NOS PRÉCIEUX PARTENAIRES



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise



BANQUE NATIONALE

Réalisons vos idées^{MC}



NOUS VOUS SOUHAITONS
DE TRÈS JOYEUSES FÊTES
ET UNE TRÈS BELLE ANNÉE

2023!

On encourage vos passions!

Nous recrutons
partout au Québec

Horaire flexible et stable	Salaire compétitif et programme d'avantages sociaux complet	Parcours d'intégration adapté aux finissants
----------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires !
cv@centreslapointe.com

Lapointe
centres dentaires

DOIS-JE REVOIR MA STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT À L'APPROCHE DE MA RETRAITE ?

LA RETRAITE APPROCHE ET VOUS REGARDEZ TOUT LE CHEMIN PARCOURU. PENDANT PLUSIEURS ANNÉES, VOUS AVEZ FAIT VOS DEVOIRS EN ÉPARGNANT SAGEMENT ET EN CONTRIBUANT CHAQUE ANNÉE À VOTRE REER. OR, LA VOLATILITÉ DES MARCHÉS VOUS INQUIÈTE. DEVRIEZ-VOUS REVOIR VOTRE STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT POUR DIMINUER LE RISQUE À L'AUBE DE LA RETRAITE? VOICI NOS CONSEILS D'EXPERTS.



QUELLES QUESTIONS DOIS-JE ME POSER AVANT DE CHANGER MA STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT?

Se poser des questions sur ses placements, c'est tout à fait normal. Mais avant de changer vos orientations d'investissement, il est important de prendre le temps d'analyser votre situation et de réfléchir à vos projets futurs.

1. Est-ce que ma situation personnelle a changé?

Si votre situation personnelle, vos besoins et vos objectifs n'ont pas changé et si vous avez depuis longtemps **une bonne planification financière en prévision de votre retraite**, vous ne devriez pas changer de stratégie.

Toutefois, si vous avez vécu un changement important, comme une séparation ou une perte d'emploi, il pourrait être nécessaire de rajuster le tir. Même des changements positifs, comme une hausse de salaire ou un héritage, peuvent être l'occasion de revoir votre plan de retraite. Qui sait, vous pourriez peut-être **vous permettre une retraite anticipée**.

2. Est-ce que ma stratégie actuelle prend en compte l'inflation?

Lorsque vous faites des projections de revenus futurs, il est important d'inclure la variable de **l'inflation et du coût de la vie** dans vos calculs, afin d'avoir une idée juste de la valeur de votre argent au fil des années. Si vous collaborez avec un conseiller financier ou une conseillère financière, cette personne devrait

normalement effectuer ces calculs pour vous. Vérifiez que c'est bien le cas pour avoir l'esprit tranquille.

Si l'inflation n'a pas été prise en compte, il est possible que vous deviez épargner davantage pour compenser la hausse du coût de la vie. Mais rassurez-vous, il y a plusieurs façons de **rattraper son retard d'épargne-retraite**.

3. Ma stratégie d'investissement est-elle à jour?

Est-ce que vous êtes toujours à l'aise avec les plans que vous avez établis il y a plusieurs années? Avez-vous remanié régulièrement certaines orientations d'investissement pour vous adapter à l'évolution de la situation économique? Y a-t-il des questionnements éthiques qui vous tracassent? Profitez-vous des nouvelles occasions dans les secteurs émergents? Si vous êtes satisfait de votre stratégie d'investissement et que votre plan tient la route, ne changez rien. Sinon, prenez le temps d'exposer vos préoccupations à votre conseiller financier ou votre conseillère financière pour réorienter votre stratégie.

QUELLES SONT LES FAÇONS D'AJUSTER MA STRATÉGIE D'INVESTISSEMENT POUR LA RETRAITE?

1. Visez un portefeuille d'investissement diversifié

Si vous avez une bonne stratégie de placement, votre portefeuille devrait déjà être diversifié. Il est important de maintenir un équilibre entre les investissements à risque, pour préserver la croissance de votre capital, et les placements plus sûrs, pour obtenir un revenu constant qui stabilise votre portefeuille. Un tel équilibre vous permet de garder le cap lorsque les marchés sont volatils, tout en vous donnant la possibilité de profiter des éventuelles hausses boursières et de vous protéger des baisses.

Lire la suite ici!

N'oubliez pas de jeter un œil sur notre offre adaptée aux hygiénistes dentaires du Québec [juste ici!](#)



DR. BRIAN B. NOVÝ



DRE MÉLANIE CAMPESE



MME CHRISTINE THIBAUT



MRS. BETH PARKES



**PROCHAINEMENT, À MONTRÉAL,
DU 26 AU 30 MAI 2023**



MME MYRIAM PLANTE



DR. JUAN F. YEPES

**ABONNEZ-VOUS À
NOTRE INFOLETTRE
POUR RECEVOIR LA
PROGRAMMATION !**

