


L'EXPLORATEUR

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



LE CANNABIS, CANNABINOÏDES ET AUTRES SUBSTANCES



CE QUE LES ÉTUDES DISENT

Données probantes
des effets du cannabis
sur la santé buccodentaire :
un problème *conjoint*



SERVICES JURIDIQUES

Légalisation, certes...
mais néanmoins une infraction
déontologique!



INSPECTION PROFESSIONNELLE

Gestion des médicaments,
produits et autres substances
dans l'exercice de l'hygiène
dentaire

**On s'occupe
de vos finances.
On vous laisse le soin
des patients.**

Économisez jusqu'à **1 035 \$*** annuellement.
Adhérez à l'offre exclusive pour les **hygiénistes dentaires.**



Fière partenaire de:



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

bnc.ca/professionnel-sante

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MC} ou *World Elite*^{MC} *Mastercard*^{MC} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036\$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MC}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MC} avec un solde annuel courant de 150 000\$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000\$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311\$), plus un rabais annuel de 0,25% sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375\$), plus un rabais annuel de 2,00% sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500\$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/spécialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. MC RÉALISONS VOS IDÉES et LE TOTAL sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MC} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MC} TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

L'EXPLORATEUR

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

4 Avant-propos

6 Mot de la présidente

8 Mot du directeur général et secrétaire

DOSSIER: LE CANNABIS, cannabinoïdes et autres substances

12 LE CANNABIS MÉDICAL

De la rue à l'hôpital!

22 BUREAU DU SYNDIC

Mon patient est-il sous influence ?

26 ALGORITHMME

Abandon du tabagisme

27 CE QUE LES ÉTUDES DISENT

Les données probantes des effets du cannabis sur la santé buccodentaire: un problème *conjoint*

38 GUIDE DES DONNÉES PROBANTES SUR LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

Information destinée aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé

44 L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

La gestion des médicaments, produits et substances en lien avec l'exercice de l'hygiène dentaire

48 SERVICES JURIDIQUES

La consommation dans l'exercice de sa profession. Légalisation, certes... mais néanmoins une infraction déontologique!

52 EXPLORATEUR VIRTUEL

Ressources Web

54 LE COMITÉ D'ADMISSION, D'HIER À AUJOURD'HUI

Portrait du service d'évaluation et de reconnaissance des compétences des personnes formées hors du Québec

56 SERVICES FINANCIERS

7 étapes pour acheter une première maison

58 MESSAGES OHDQ

60 JOURNÉES DENTAIRES INTERNATIONALES DU QUÉBEC 2019

Inscriptions 2019



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.

L'EXPLORATEUR, VOL. 28, N° 3, HIVER 2019

Rédaction :

Susan Badanjak, H.D., M. Sc. (HD), responsable du développement de la profession
 Agathe Bergeron, H.D., responsable de l'inspection et de la pratique professionnelle
 M^e Marc-Antoine Bondu, LL.B, MBA, secrétaire adjoint et conseiller juridique
 Julie Boudreau, H.D., syndique
 Diane Duval, H.D., présidente
 Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire
 Luc Quintal, adjoint administratif
 Julie Velasco, responsable des communications par intérim

Comité des publications

Caroline Boudreau, H.D.
 Bibiane Gagnon, H.D.
 Éloïse Lafrenière, H.D.
 Julie Velasco, responsable des communications et secrétaire du comité

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente

M^{me} Diane Duval, H.D.

Administrateurs élus et régions administratives

Sud	M. Jean-François Lortie, H.D., vice-président
Centre	M ^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorière
Sud-Est	M ^{me} Héliane Deschênes, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Sophie Deshaies, H.D.
Sud	M ^{me} Kim Farrell, H.D.
Centre	M. Franck Giverne, H.D.
Nord-Ouest	M ^{me} Annik Lacroix, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.
Centre	M ^{me} Josée Tessier, H.D.
Administratrice âgée de 35 ans ou moins.	M ^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond
 M. André Roy
 M^{me} Renée Verville

Directeur général et secrétaire

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

Révision

Gilles Vilasco, rédacteur agréé et réviseur

Publicité

OHDQ

Graphisme

Z Communications

Photo couverture

Shutterstock

Abonnement à L'Explorateur

(gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ)
 Associés : 90 \$ plus taxes (par année)
 Étudiants : 30 \$ plus taxes (par année)
 Retraités : 60 \$ plus taxes (par année)

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2019

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'OHDQ

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'OHDQ. 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

Le cannabis, cannabinoïdes et autres substances

Consommer ou acheter du cannabis est désormais possible au Québec. Depuis le 17 octobre 2018, cette substance se retrouve plus que jamais au cœur des débats de société. Cette nouvelle approche gouvernementale vise à protéger la santé des Québécois ainsi que la sécurité du public en contrôlant toutes les étapes de la production jusqu'à la consommation.

Cependant, qu'elle soit fumée, vapotée ou encore mangée, cette substance, bien qu'aujourd'hui légale, n'est toutefois pas à prendre à la légère. Il est primordial d'éviter les pièges entourant cette substance licite, tant dans la banalisation que dans l'exagération des risques. Tout comme il nous paraît essentiel de tracer certaines perspectives qui sont au cœur de l'hygiène buccodentaire.

Bien que le sujet ait fait la première page des tabloïdes ces derniers mois, il est encore difficile de trouver une information pertinente, probante et fiable. C'est dans cette logique que l'OHDQ se penche aujourd'hui sur ce thème de toutes les convoitises, en décortiquant les dernières informations concernant le **cannabis et les cannabinoïdes**. De plus, en mentionnant plus largement les **autres substances**, ce numéro est l'occasion de mettre en évidence l'ensemble des réflexions adaptées à l'hygiène dentaire.

L'accès au cannabis légal représente un défi pour les professionnels de la santé. Outre les effets nocifs sur la santé globale que nous connaissons déjà, quel est l'état de nos connaissances ?

- Que sait-on sur les caractéristiques de cette substance et de son évolution dans le temps ?
- Sommes-nous assez avertis des répercussions de sa consommation sur la santé buccodentaire ?
- Comment agir face à un patient qui en présenterait les symptômes visibles ?
- Les usages thérapeutiques du cannabis médical imposent-ils des défis particuliers du point de vue de la santé buccale ou de l'hygiène dentaire ?
- Quelles sont les dernières avancées en termes de données probantes et quelles sont leurs limites ?
- Et plus largement, quels sont les réflexes appropriés à adopter face aux drogues en général, qu'il s'agisse de la responsabilité déontologique de chaque professionnel de la santé ou de véhiculer les messages préventifs requis par un patient suspect ?

Autant de points encore nébuleux pour la profession de l'hygiène dentaire, désormais mis en lumière dans *L'Explorateur* d'hiver.

Bonne lecture !

La rédaction

MISSION DE L'OHDQ

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 :

- contribuant sans cesse à l'amélioration de la santé buccodentaire en rendant les soins en hygiène dentaire accessibles à tous ;
- assurant le maintien et le développement des compétences de ses membres ;
- soutenant le leadership de ses membres en matière d'information et d'éducation.

VISION DE L'OHDQ

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec tout en assurant sa mission de protection du public :

- sensibilise la population à l'importance de la prévention en santé buccodentaire et à ses effets bénéfiques sur la santé générale des personnes ;
- agit sur les iniquités sociales par l'accroissement de l'accessibilité aux soins en hygiène dentaire ;
- améliore de façon continue la santé générale de toute la population en agissant en collaboration avec les autres professionnels de la santé ;
- assure un leadership en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

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



Service unique, protections adaptées

L'assurance pensée pour vous



Des **assurances de groupe auto, habitation et entreprise** adaptées à vos besoins, c'est ce que nous proposons aux **membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.**



Des tarifs de groupe exclusifs



L'application La Personnelle : avec vous, en tout temps

Demandez une soumission et voyez ce que La Personnelle peut faire pour vous
1 888 476-8737
lapersonnelle.com/ohdq



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.



PATIENCE ET LONGUEUR DE TEMPS...

Depuis octobre 2018, nous composons avec un nouveau gouvernement. Durant la campagne électorale, la Coalition Avenir Québec (CAQ) n'a pas dit mot sur la santé buccodentaire. Cependant, ce gouvernement annonce vouloir reprendre les dossiers laissés en plan par le précédent.



ESPOIR?

Comme présidente de l'Ordre, je ne peux pas garantir que l'exercice de notre profession sera bientôt modernisé, mais soyez assurés que nous déployons tous les efforts pour y parvenir.

Il y a un an un projet de règlement visant les assistantes dentaires circulait dans les réseaux sociaux. À ce moment, un communiqué de votre Ordre vous mentionnait que la cir-

circulation malencontreuse de ce document ne respectait pas les voies habituelles de communication des ordres et de leurs partenaires. En effet, l'Office des professions du Québec (OPQ) requiert que tout projet visant à autoriser des catégories de personnes à exercer des activités réservées dans le système professionnel obtienne au préalable la rétroaction des ordres concernés par lesdites activités.

Or, ce n'est que tout récemment, à la fin de 2018, que l'Ordre des dentistes du Québec nous faisait parvenir son projet de «Règlement sur les activités pouvant être exercées par un assistant dentaire» afin d'obtenir nos commentaires.

Rappelons que l'OHDQ a déjà commenté ce dossier auprès de l'OPQ au cours des dernières années, et ce, plus particulièrement depuis les travaux entourant la production du rapport du comité d'expert déposé en 2012, qui contenait des propositions d'orientations quant à la pratique des assistantes dentaires. De plus, l'OHDQ a toujours revendiqué auprès de l'Office qu'aucun règlement habilitant les assistantes dentaires à exercer des activités réservées ne soit adopté ni entre en vigueur tant et aussi longtemps que le dossier de la modernisation des professions du domaine buccodentaire n'est pas conclu. Néanmoins, le 5 février dernier, l'OHDQ a fait part de ses commentaires préliminaires à l'Ordre des dentistes, tout en émettant le souhait d'être à nouveau consulté dans le contexte d'une rencontre collaborative entre les

ordres professionnels concernés par la modernisation une fois un projet de loi déposé par le gouvernement. C'est à ce moment qu'il sera possible de mener une réflexion éclairée et plus approfondie sur les activités pouvant être confiées aux assistantes dentaires.

Plusieurs étapes restent à franchir avant toute modification des pratiques actuelles. L'OHDQ a pris l'engagement de vous tenir informés des dossiers qui touchent votre pratique et à vous y impliquer. Ce printemps, vous êtes donc conviés à une rencontre avec votre Ordre dans votre région pour vous donner les informations justes afin de franchir, avec votre collaboration, les prochaines étapes avec *TEMPÉRANCE ET SÉRÉNITÉ!*

Diane Duval, H.D.
Présidente

Pour tout commentaire:
info@ohdq.com
514 284-7639 (1 800 361-2996), poste 215

*« Patience et longueur de temps
font plus que force ni que rage »
- Jean de Lafontaine*

PATIENCE AND PASSAGE OF TIME...

Since October of last year, we have been dealing with a new government. During its election run, the Coalition Avenir Québec (CAQ) was mum on the topic of oral health. This government has nevertheless stated that it wants to tackle the issues that the previous administration failed to address.



A GLIMMER OF HOPE?

As president of the *Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* (OHDQ), I may not be able to guarantee that how we practise our profession will be modernized any time soon, but I can assure you that we are doing everything in our power to make it happen.

A year ago, a draft regulation governing dental assistants was making the rounds on social media. At that time, the

OHDQ sent out a message stating that distributing the document in this way was inappropriate and did not follow the usual communication channels between orders and their partners. In fact, the *Office des professions du Québec* (OPQ) requires that any proposed regulation intended to authorize categories of people to exercise reserved activities within the professional system first be submitted for comment to the orders concerned by said activities.

Meanwhile, it was only recently, in late 2018, that the *Ordre des dentistes du Québec* (ODQ) sent us its draft regulation respecting the professional activities that may be engaged in by dental assistants, seeking our input.

Keep in mind that the OHDQ already provided comments to the OPQ on this subject in recent years, particularly when work began on the advisory committee report submitted in 2012, as that report contained proposed directions for the dental assistant practice. Furthermore, the OHDQ has always demanded of the OPQ that no regulation authorizing dental assistants to engage in reserved activities be passed or come into force until the matter of modernizing the oral health professions is resolved.

Nonetheless, on February 5, the OHDQ provided preliminary comments to the ODQ, but reiterated its wish to take part in a collaborative meeting of the orders concerned by the modernization of the professions, in order to provide further comments once the

government has tabled a bill. It is only then that we will be able to take an informed and in-depth look at the activities for which dental assistants should be responsible.

We still have several hurdles to overcome before we can change the practices as they are today. The OHDQ undertakes to keep you apprised of the issues concerning your profession and to get you involved. Accordingly, this spring you will be invited to an OHDQ meeting in your area, with the aim of giving you accurate information so that, with your cooperation, we can cross those hurdles with *RESTRAINT AND SERENITY*.

Diane Duval, D.H.
President

Send all comments to:
info@ohdq.com
514 284-7639 (1 800 361-2996), extension 215

*“Patience and passage of time do more than strength and fury.”
- Jean de Lafontaine*



UN ORDRE DE PLUS EN PLUS VERT...

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



Dans l'esprit de la thématique de la présente édition de *L'Explorateur*, je souhaite partager avec vous les importants efforts consentis par l'Ordre pour devenir de plus en plus « vert ». Au cours de la dernière campagne électorale, la question de l'environnement a pris une place de choix dans les débats. Certains partis en ont d'ailleurs fait leur principal cheval de bataille. Bien qu'elle ne reçoive pas une adhésion universelle — pensons aux divergences d'opinions politiques sur les changements

climatiques —, la protection de l'environnement représente tout de même une préoccupation essentielle pour une part considérable de la population du Québec et d'ailleurs. Les hygiénistes dentaires n'y font pas exception. Depuis mon arrivée à l'Ordre, j'ai été à même de constater que cette question vous interpelle particulièrement, que ce soit par le biais de vos relations avec l'Ordre ou, encore, dans l'exercice quotidien de votre profession, ce qui démontre votre sensibilité à mieux protéger l'environnement. C'est pourquoi j'aimerais rappeler ici les projets réalisés par

l'Ordre au cours des dernières années ainsi que les travaux à venir qui permettront de poursuivre nos efforts de réduction de notre empreinte écologique.

LA LOI SUR LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Comme tous les ordres professionnels, l'Ordre est assujéti à la Loi sur la qualité de l'environnement. À ce titre, l'Ordre a dû s'enregistrer auprès d'Éco Entreprises Québec (EEQ) (www.eeq.ca). En effet, l'Ordre est « une entreprise ou une organisation mettant sur le marché québécois des produits ou des services destinés aux consommateurs québécois, générant des contenants, des emballages ou des imprimés ». En conséquence, l'Ordre doit transmettre à l'EEQ une déclaration annuelle des contenants, emballages et imprimés qu'il met en circulation en fonction du type de matières et de leurs quantités, et payer une contribution annuelle, le tout pour financer les services municipaux de collecte sélective. La déclaration de l'Ordre concerne essentiellement les produits sous la catégorie « papeterie » puisqu'il ne distribue pas d'autres types de matières. Il est considéré comme une entreprise à petit volume étant donné la quantité somme toute limitée de ses envois postaux et de ses publications imprimées. Au fil des années, la tarification imposée à l'Ordre fut réduite en raison de ses importants efforts de réduction de l'usage du papier. Ainsi, cette cotisation est passée de 1 535 \$ en 2014 à 890 \$ en 2018.



DES GESTES CONCRETS POUR RÉDUIRE L'USAGE DU PAPIER

1. L'inscription annuelle au Tableau des membres

Depuis 2015-2016, l'inscription annuelle au Tableau des membres s'effectue de manière virtuelle à l'aide d'un formulaire conçu à cette fin, présent dans la section réservée aux membres du site Web de l'Ordre. Ce changement technologique fut une étape majeure dans le virage « vert » de l'Ordre puisqu'il a permis d'abolir plus de 6 000 envois postaux chaque année. Bien que l'option de demander un formulaire papier soit toujours offerte, moins de 30 formulaires furent transmis pour l'inscription au Tableau 2018-2019. C'est un grand succès dont le mérite revient aux membres de l'Ordre qui ont adopté très rapidement le nouveau processus.

En 2019, une nouvelle étape a été franchie par la numérisation des reçus fiscaux et de la carte de membre qui seront dorénavant directement déposés dans le dossier virtuel du membre dans notre site Web.

Enfin, une dernière phase de travail est prévue pour compléter cette démarche afin de permettre l'aide d'un formulaire électronique la première inscription au Tableau des membres qui est généralement effectuée en même temps que la demande du permis d'exercice.

2. Les publications de l'Ordre : *L'Explorateur* et *L'Explo+*

Au cours des dernières années, les deux principales publications de l'Ordre sont passées d'une diffusion postale à une diffusion électronique. Le bulletin *trimestriel* imprimé le *Mots d'Ordre* s'est transformé en 2018 en une publication électronique *mensuelle*, *L'Explo+*. En plus de réduire la quantité de papier mis en circulation, cette transformation permet à l'Ordre de tenir ses membres informés des nouvelles touchant l'exercice de leur profession et leur ordre professionnel en étant beaucoup plus près de l'actualité. Hyperliens, documents électroniques et autres fonctionnalités facilitent un accès rapide aux ressources utiles aux membres de l'Ordre.

En 2018, la revue professionnelle trimestrielle des hygiénistes dentaires, *L'Explorateur*, a également pris le virage numérique. S'inscrivant dans les tendances des publications du monde professionnel, l'Ordre a pris ce virage pour des raisons environnementales, économiques et de convivialité. La technologie utilisée permet en effet la consultation de la revue sur une grande diversité de plateformes et facilite la consultation des ressources auxquelles les textes réfèrent. Une revue accessible en tout temps et en tout lieu!

À lui seul, ce changement a permis de diminuer significativement l'empreinte écologique de l'Ordre, car il s'agissait de son plus fort volume de papier mis en circulation chaque année.

3. Les communications avec les membres de l'Ordre

Un important changement législatif survenu en 2017 permet aux ordres professionnels d'utiliser le courriel pour la majorité de leurs communications avec leurs membres (art. 60 du Code des professions). L'Ordre a profité de cette nouvelle disposition pour éliminer d'autres communications postales, notamment l'annonce de l'ouverture de la période électorale et de l'appel de candidatures liée au processus d'élection des membres du Conseil d'administration tenu au printemps 2018.

4. La croissance des fonctionnalités interactives du site Web

Un autre exemple visant la réduction du papier est très certainement l'effort de l'Ordre d'accroître le nombre de fonctionnalités interactives de son site Web. Par exemple, les membres inspectés peuvent prendre connaissance de leur rapport d'inspection professionnelle dans leur dossier virtuel (section réservée aux membres). De même, un formulaire électronique a été créé en 2017 pour permettre au public de transmettre un signalement au bureau du syndic, et ce, sans la contrainte d'un envoi postal.

5. La gestion virtuelle des comités de l'Ordre

Depuis quelques années déjà, l'Ordre utilise une plateforme virtuelle de gestion de ses comités. Cette méthode de travail évite la transmission par la poste des volumineux dossiers étudiés par le Conseil d'administration et par différents comités de l'Ordre dévoués à la protection du public (p. ex. : le comité d'inspection professionnelle, le comité d'admission). En 2018, l'Ordre a mis en place de nouveaux comités chargés d'assurer une saine gouvernance. Ceux-ci furent immédiatement intégrés à la plateforme virtuelle sécurisée de gestion des comités.

6. D'autres importants projets à venir

Fort des succès des dernières années, l'Ordre poursuivra ses efforts de réduction de l'usage du papier au cours des prochains mois. Un des projets qui mobilisera fortement l'équipe du siège social est très certainement la numérisation de la documentation interne et des dossiers des membres. Plus de 10 000 dossiers de membres et d'anciens membres remplissent actuellement plus d'une quarantaine de classeurs! L'Ordre a aussi comme projets de créer des formulaires électroniques pour les demandes de permis et d'étudier la possibilité du vote électronique pour l'élection à la présidence de l'année 2020.

CONCLUSION

La réduction de son empreinte écologique est un engagement continu de l'Ordre depuis plusieurs années. Bien qu'on puisse croire que la diminution de l'usage du papier réduit proportionnellement les dépenses de l'Ordre, il ne faut surtout pas oublier que toutes les transformations numériques mises en place ou projetées nécessitent d'importants investissements financiers, autant sur le plan technologique que sur le plan du temps consenti par le personnel de l'Ordre. Nous pouvons vous assurer que les projets retenus par le Conseil d'administration sont étudiés de manière minutieuse afin de garantir une utilisation judicieuse des ressources de l'Ordre tout en préservant son évolution technologique et écologique.

Références

Loi et règlements

- QUÉBEC. *Code des professions* : RLRQ, chapitre C-26, à jour au 31 décembre 2018, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018.
En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
- QUÉBEC. *Loi sur la qualité de l'environnement* : RLRQ, chapitre Q-2, à jour le 31 décembre 2018, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018.
En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/Q-2>

Site Web

- Éco Entreprises Québec (www.eeq.ca)



COMPASS

Simplifie le parcours du perfectionnement professionnel

METTEZ VOS
CONNAISSANCES À L'ŒUVRE
PAR LA PRATIQUE

VOTRE PARCOURS DE FORMATION CONTINUE. SIMPLIFIÉ.

MISE À JOUR DU
PROGRAMME COMPASS!

2^e édition

maintenant disponible!

Nous sommes heureux d'annoncer que la 2^e édition du programme COMPASS, avec de tout nouveaux objectifs et des outils pour les clients, a été lancée. Soyez aux avant-postes des nouveaux problèmes émergents dans le domaine de la santé buccodentaire. Apprenez comment une technologie innovatrice de fluorure et de brossage peut rehausser et redéfinir le rôle qu'un dentifrice et une brosse à dents électriques peuvent jouer dans le traitement et le maintien de la santé gingivale.

PARTICIPEZ À DES
WEBINAIRES



INSCRIVEZ-VOUS
POUR UN
APPRENTISSAGE
EN CLASSE



COMMANDEZ VOTRE
TROUSSE

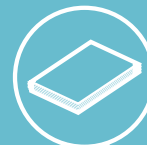


PLUS DE
12
HEURES
DE FORMATION CONTINUE!

DÉFINISSEZ VOTRE OBJECTIF
DE FORMATION CONTINUE



ACCÉDEZ À DES
ÉTUDES CLINIQUES



TUBE DE FORMAT RÉGULIER EN PRIME! Faites vous-même l'expérience du NOUVEAU dentifrice Crest Gum Detoxify!

Visitez le dentalcare.ca/fr-ca/compass pour commander votre trousse d'éducation professionnelle COMPASS gratuite et prenez la voie du succès en matière de formation continue!



En vous inscrivant en ligne, rappelez-vous de choisir l'option de recevoir les offres marketing par courriel afin de rester à l'affût des lancements de produits, des nouvelles données cliniques et des échantillons gratuits.

CONSEILS POUR LA RÉUSSITE

L'IMPLEMENTATION D'UN PROTOCOLE D'HYGIÈNE ÉTABLI DE NOUVELLES NORMES PERMETTANT AUX PATIENTS D'OBTENIR DE MEILLEURS RÉSULTATS ET UNE MEILLEURE COMMUNICATION DANS MON CABINET.

L'expérience m'a montré que nous pouvons atteindre de nouveaux sommets de réussite en intégrant un système d'hygiène qui implique l'engagement du patient et des parents, un outil d'évaluation de l'hygiène normalisé ainsi qu'un moyen de partager les résultats entre les visites. J'ai également appris que, pour être capable d'offrir à mes patients la meilleure qualité de soins possible, je dois leur fournir les meilleurs outils de soins à domicile dont ils ont besoin pour améliorer leur hygiène buccodentaire à la maison.

CONSEIL N° 1 - IMPLÉMENTER UN SYSTÈME D'HYGIÈNE DANS VOTRE CABINET

Voici un aperçu de la manière dont nous avons été capables d'obtenir de meilleurs résultats au niveau de l'hygiène dans notre cabinet. Nous avons tout d'abord implémenté **le programme OrthoEssentiels, ce qui a aidé à établir des attentes et à responsabiliser les patients**. Nos hygiénistes ont implémenté le programme et ont remarqué que le protocole leur offrait une manière efficace et normalisée de conseiller les patients et de les encourager à participer. Nous avons remarqué une amélioration immédiate dans le fonctionnement du cabinet, qui s'est traduite par de meilleurs résultats pour tous.

Le protocole établi des normes pour :

- La participation et l'engagement du patient et des parents
- La recommandation uniformisée d'une trousse d'hygiène à domicile, incluant des produits Crest et Oral-B, par le cabinet
- L'amélioration du suivi des progrès du patient à l'aide d'outils d'évaluation de l'hygiène en cabinet

CONSEILS N° 2 - IMPLIQUER LES PARENTS DANS L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE DE LEUR ENFANT

L'implication des parents dans les soins à domicile de l'enfant grâce à des outils faciles à utiliser joue un rôle très important dans l'amélioration des résultats d'hygiène. La trousse de soins à domicile que nous offrons aux patients contient une brosse à dents électrique Oral-B GENIUS avec l'application Bluetooth. L'application permet au patient et aux parents de se connecter et de faire le suivi des progrès de l'hygiène. **L'application Oral-B a changé la donne!**

Grâce à l'application, nous avons pu :

- Enseigner et apprendre la technique appropriée ensemble dans le cabinet
- Observer le temps de brossage à la maison
- Surveiller le brossage trop énergique
- Adapter les conseils et les prodiguer selon la rétroaction du brossage

La participation des parents et l'utilisation d'outils amusants faciles à utiliser aident également à surveiller le passage de la soie dentaire et le rinçage afin de s'assurer que la routine de soins buccodentaires est complétée chaque session.

« L'implémentation d'un protocole d'hygiène en cabinet, combinée à la technologie d'oscillo-rotations de la brosse à dents électrique Oral-B GENIUS, nous a permis d'obtenir des résultats incomparables selon mon expérience. C'est un système qui établit de nouvelles normes pour la réussite sur le plan de l'hygiène! »

Docteure Dana Van Elslande, orthodontiste



Visitez DENTALCARE.CA dès aujourd'hui pour plus de renseignements sur la trousse de départ pour patients exclusive Oral-B® GENIUS™

LE CANNABIS MÉDICAL: DE LA RUE À L'HÔPITAL!

- **ADAPTÉ DE LINE PRÉVOST**, inh., B.A., rédactrice agréée (2018) «Le cannabis médical: de la rue à l'hôpital!» *l'inhalo*, 34(4), 26-34. © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. Adaptation et reproduction autorisées.

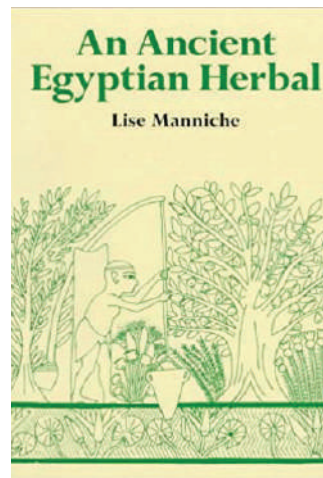
Au moment où le cannabis, séché ou autres, s'invite à l'hôpital à des fins médicales, devant sa légalisation à des fins récréatives et au-delà des débats qui polarisent la population québécoise, comme professionnels de la santé, que savons-nous sur cette plante millénaire ? Compte tenu de l'ampleur du sujet, ce texte aborde uniquement le contexte thérapeutique :

1. L'histoire du cannabis médical et la terminologie associée
2. Son encadrement législatif
3. Le système endocannabinoïde et les principes actifs
4. Les effets pharmacologiques, la toxicité, la dépendance et les risques
5. Les usages thérapeutiques, les modalités d'administration et les considérations pulmonaires

1. UN PEU D'HISTOIRE

Retracer l'histoire de l'usage thérapeutique du cannabis s'avère difficile en raison de l'instauration relativement récente des lois entourant sa production, sa distribution, sa possession et sa consommation. On sait que l'utilisation du chanvre (*Cannabis sativa*) par l'homme, pour ses fibres et ses graines, remonte à plusieurs milliers d'années. Déjà, avant l'ère chrétienne, les propriétés psychotropes étaient connues et employées lors de rites et de cérémonies de guérison¹. Dans son livre *An Ancient Egyptian Herbal*, l'égyptologue danoise Lise Manniche note avoir trouvé dans plusieurs écrits égyptiens, la mention « plante médicinale de la marijuana² ». Plusieurs autres anciens textes grecs, juifs, indiens et chinois (dont le *Shen Nung Pen Ts'ao King* ou *Shennong bencao jing*, plus vieux traité de pharmacologie de la médecine chinoise traditionnelle³) y font aussi allusion^{4,5}. Toutefois, c'est à Sir William Brooke O'Shaughnessy, médecin irlandais, que revient la « redécouverte⁶ ». En 1850, l'*U.S. Pharmacopoeia* (l'équivalent du CPS) ajoute le cannabis⁵. Puisqu'il est facile de s'en procurer dans des pharmacies et magasins d'approvisionnement, on l'utilise fréquemment à des fins médicales en Amérique, de 1850-1915⁵. En 1923, le Canada inclut le cannabis dans la liste des substances interdites⁷. À partir des années 1930, on le diabolise, surtout en Amérique du Nord⁸. Tant et si bien qu'en 1941, l'*U.S. Pharmacopoeia* retire le cannabis et son usage médicinal n'est plus reconnu en Amérique⁵.

Depuis 2001, sous des conditions très strictes dont celle d'obtenir l'accord du médecin traitant, Santé Canada autorise l'usage du cannabis à des fins médicales dans le cadre du Programme d'accès à la marijuana à des fins médicales (2001-mars 2014).



Source de *An Ancient Egyptian Herbal*:
[https://www.goodreads.com/book/show/139313.An_Ancient_Egyptian_Herbal].

Source du *Shennong bencao jing*:
Wikipédia [https://fr.wikipedia.org/wiki/Shennong_bencao_jing#/media/File:Shennong_bencao_jing.jpg].



Dessin de *Cannabis Indica* apparaissant dans un article d'O'Shaughnessy dans le *Journal of the Asiatic Society of Bengal* (1839), p. 811. [<https://archive.org/stream/journalofasiatic08asia#page/n9/mode/1up>].

2. ENCADREMENT LÉGISLATIF

Le 13 avril 2017, le gouvernement fédéral déposait son projet de loi C-45 pour légaliser et encadrer de façon stricte la production, la distribution, la vente et la possession du cannabis récréatif au Canada. C'est chose faite, le cannabis est maintenant légal depuis le 17 octobre 2018.

Le 16 novembre 2017, Québec faisait connaître les grandes lignes de son projet de loi 157 sur le cannabis, salué par *les directrices et directeurs régionaux de santé publique (DRSP) de la province pour l'approche de prévention et de réduction des méfaits adoptée*.

Profitant du dépôt du *Rapport des consultations publiques* sur l'encadrement du cannabis tenues au Québec du 21 août au 12 septembre 2017, la ministre déléguée à la Santé publique, Lucie Charlebois et le ministre des Finances, Carlos Leitão, jugeant l'échéancier de juillet 2018 trop serré, ont réitéré leur demande de reporter la légalisation du cannabis d'un an. Demande qui a de nouveau essuyé un refus ferme d'Ottawa.

Le 1^{er} avril 2014, le *Règlement sur la marijuana à des fins médicales* entré en vigueur, remplacé depuis août 2016 par le *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* (RACFM).

En juillet 2015, Santé Canada ajoutait une exemption à l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) pour élargir la définition du cannabis thérapeutique pour inclure au cannabis séché d'autres formes d'administration de cannabinoïdes comme l'huile, les comprimés et l'aérosol.

En outre, en vertu de l'article 1 du *Règlement d'application de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme* (L-6.2, r. 1), tout produit qui ne contient pas de tabac et qui est destiné à être fumé est assimilé à du tabac. C'est le cas de la marijuana séchée qui, assujettie à cette loi, tombe sous le coup de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé et de services sociaux.

Malgré ces différentes mesures législatives, le cannabis n'est pas encore reconnu comme traitement (médicament) par la communauté médicale^{11,12,13,14} et il ne peut être prescrit par un médecin qu'**en contexte de recherche**^{10,15}.

Il existe très peu d'études qui démontrent l'efficacité et l'innocuité du cannabis médical. En effet, la majeure partie des recherches menées à ce jour sur la consommation de marijuana s'est surtout intéressée aux risques pour la santé. Toutefois, des données scientifiques cliniques en faveur de l'usage de cette substance à des fins thérapeutiques précises commencent aussi à paraître. ([Voir le Guide des données probantes sur le cannabis à des fins médicales, p. 38](#)).

À ce propos, le lancement du *Registre cannabis Québec*, en mai 2015, pourrait changer la donne. Mis en place par l'équipe du docteur Mark Ware, du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), en collaboration avec le Consortium canadien pour l'investigation des cannabinoïdes, cette *première banque de données de recherche* au monde sur l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques permettra d'approfondir la compréhension de l'utilisation mondiale réelle du cannabis médical. À terme, les médecins en sauront plus sur les dosages et leurs effets, et sur les risques potentiels et les bénéfices liés à son utilisation. Par la suite, le fait de rendre ces données accessibles à d'autres chercheurs et collaborateurs stimulera la recherche et élargira les connaissances dans ce domaine¹⁶.

UN PEU DE TERMINOLOGIE^{9,10}

- *Cannabis sativa indica* est le nom de la plante à partir de laquelle sont produites diverses préparations psychoactives.
- La *marijuana* (communément appelée « herbe » ou « pot ») désigne les sommités florales, les tiges et les feuilles séchées surtout consommées par inhalation sous forme de cigarettes (avec ou sans tabac) appelées « joints » ou avec un vaporisateur.
- Le *haschich* vient de la résine visqueuse produite par les sommités florales des plants femelles, préparée sous forme solide (pâte).
- L'huile de cannabis provient de la marijuana ou du haschich et est obtenue par extraction à l'aide d'alcool à 90 %.

3. LE SYSTÈME ENDOCANNABINOÏDE

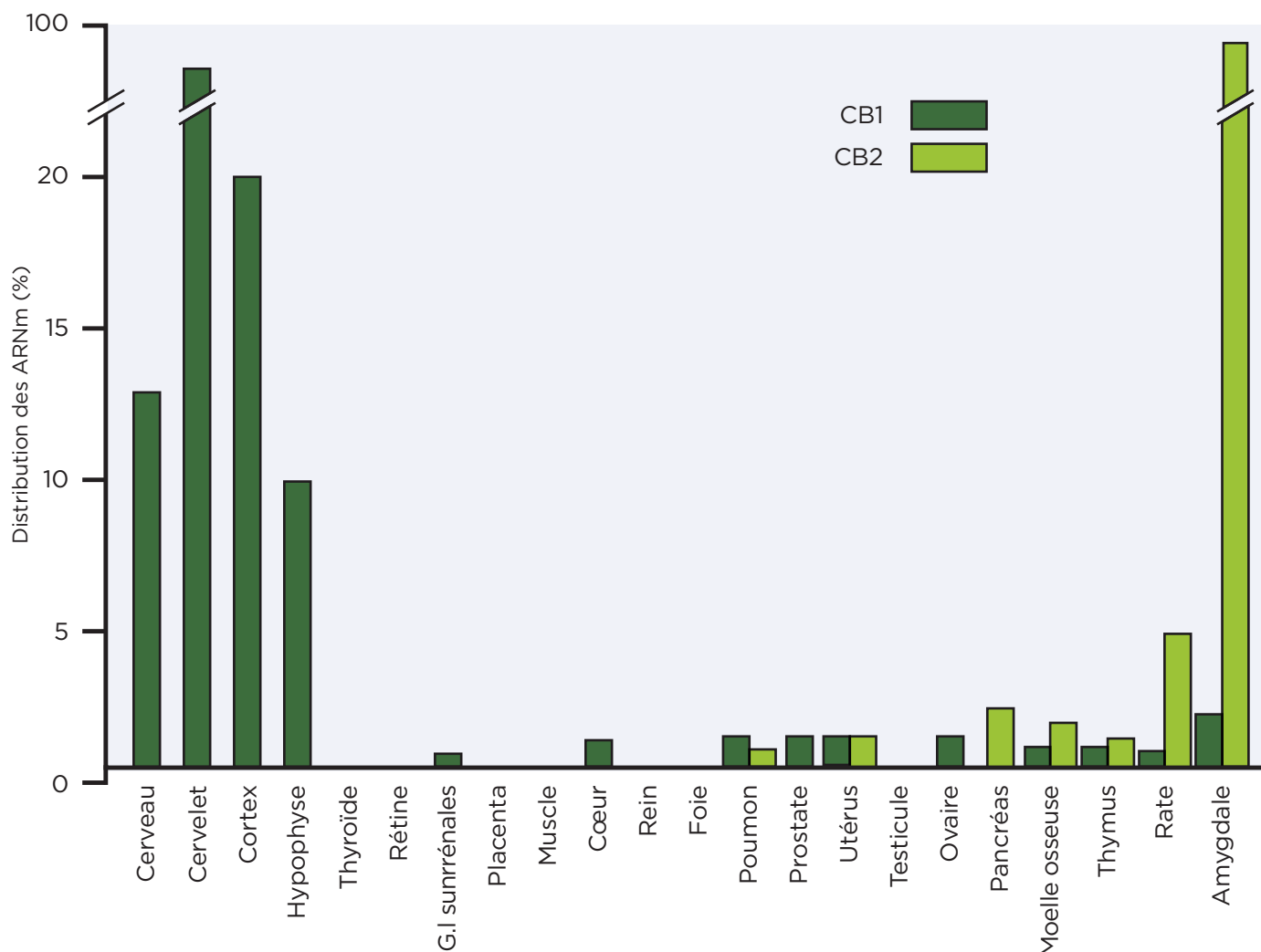
Les cannabinoïdes naturels du cannabis agissent sur l'organisme de manière similaire aux endocannabinoïdes, substances endogènes présentes dans le corps humain. À l'instar des endocannabinoïdes, les cannabinoïdes naturels se lient à des sites spécifiques (appelés récepteurs cannabinoïdes) sur la surface de nombreuses cellules pour déclencher les effets connus. Ensembles, les endocannabinoïdes et les récepteurs cannabinoïdes forment le système cannabinoïde endogène (ou endocannabinoïde)¹⁷.

Voyez cette vidéo [démontrant le fonctionnement du système endocannabinoïde](#) (en anglais).

La compréhension de l'action des cannabinoïdes sur l'organisme et leur interaction avec le système endocannabinoïde est relativement récente et remonte aux années 1990 lorsqu'on

a identifié deux types de récepteurs appelés CB1 (type 1) et CB2 (type 2). Bien que ces récepteurs soient disséminés partout dans le corps, dans la plupart des organes et des tissus, les CB1 sont plutôt concentrés dans les systèmes nerveux central et périphérique, alors que la concentration de CB2 est plus dense dans les cellules du système immunitaire comme les leucocytes et la rate¹⁸ (voir figure 1). Ces récepteurs participent à la régulation de nombreuses fonctions du corps, dont l'activité du cerveau et du système nerveux, le rythme cardiaque et la pression sanguine, la digestion, l'inflammation, la fonction immunitaire, la perception de la douleur, la reproduction, les cycles d'éveil et de sommeil, la régulation du stress et de l'état émotionnel, entre autres¹⁹.

Figure 1
Distribution des récepteurs endocannabinoïdes



Source : Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2001. «Système endocannabinoïde et cannabinoïdes exogènes». *Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé?* Paris, France, © Les éditions Inserm, p. 287
[http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/expcol_2001_cannabis.pdf?sequence=1&isAllowed=y].



Composés organiques du cannabis impliqués en médecine

On distingue au moins trois cultivars de cannabis: *sativa*, *indica*, *ruderalis*. Aux fins thérapeutiques, on utilise surtout les deux premiers. Le cannabis doit ses propriétés psychotropes à sa résine qui comporte plus de 400 composés chimiques²⁰, dont plus de 80 cannabinoïdes^{21,22} (certains actifs, d'autres inactifs). Parmi ces derniers, les plus étudiés et documentés sont le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le cannabidiol (CBD) et le cannabinoïde (CBN). Les cannabinoïdes sont des corps liquides, instables, huileux, visqueux et insolubles dans l'eau, mais solubles dans l'alcool et les lipides²³.

À l'état naturel, le cannabis contient entre 0,5% et 5% de THC. Les taux des cannabinoïdes dépendent de facteurs: variété de la plante, conditions du sol et conditions climatiques, ainsi que des techniques de culture²⁴. Les variétés de cannabis autorisées par Santé Canada doivent toutes répondre à certains critères, dont celui de ne pas dépasser certains taux d'éléments actifs (12,5 ± 2% en THC¹⁷ et moins de 0,5% en CBD et en CBN²⁵).

Principes actifs

Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC)

Le THC, principal composant psychoactif du cannabis couramment associé aux effets euphorisants, agit sur certains récepteurs cannabinoïdes du cerveau, modifie la libération de neurotransmetteurs et altère certains processus mentaux (appétit, émotions, mémoire perception sensorielle, etc.)²⁶.

Il devient inactif lorsqu'exposé à la lumière, à l'air ou à des changements de température. En effet, par oxydation, il se transforme en cannabinoïde qui n'est pas psychoactif²⁷.

Lorsqu'inhalé (fumée ou vapeur), le THC agit immédiatement, son efficacité est triplée, voire quadruplée, comparée à la prise *per os*, mais les effets durent moins longtemps^{28,29}. L'administration orale (huile, thé ou aliments), quant à elle, retarde le début d'action, abaisse les pics de concentration sanguine des cannabinoïdes et prolonge la durée des effets par rapport à l'inhalation³⁰.

Puisque le THC est lipophile, il passe les barrières hématoencéphalique et hémato-placentaire; il s'accumule dans les tissus adipeux et reste présent dans l'organisme pendant des jours, voire des semaines, et n'est éliminé que lentement (80% par les urines et 20% par les fèces)³¹.

Cannabidiol (CBD) et cannabinoïde (CBN)^{32,33,34}

Le cannabidiol et le cannabinoïde sont les cannabinoïdes les plus intéressants, en particulier le CBD, non psychoactif, qui a suscité l'intérêt des chercheurs, ces dernières années, à cause de ses potentielles propriétés thérapeutiques sans les effets psychoactifs du THC, sur lequel il agit comme modulateur (atténue les effets psychoactifs)³⁵.

Le CBD est présent dans deux médicaments autorisés par Santé Canada: le nabiximols (Sativex^{MD}) et la nabilone (Cesamet^{MD})^a. Le dronabinol (Marinol^{MD}) ne figure plus au CPS^b, non pas pour des raisons d'innocuité, mais parce que le fabricant a abandonné la production en février 2012³⁶. Les résultats d'études précliniques suggèrent que le CBD pourrait avoir des effets anti-inflammatoires, analgésiques, anti-nauséux, antiémétiques, antipsychotiques, anti-ischémiques, anxiolytiques et antiépileptiques^{28,37}.

Le CBN se trouve seulement en petites quantités. Il est créé par la dégradation du THC et est dix fois moins psychoactif que celui-ci³⁸. Il est reconnu pour produire un effet sédatif et il aurait certaines propriétés immunosuppressives.

Autres principes actifs³⁹

On a identifié d'autres éléments du cannabis bénéfique d'un point de vue médical: des huiles essentielles (terpènes, responsables de l'odeur) et des flavonoïdes. En effet, certains types de flavonoïdes présents dans le cannabis possèdent un effet anti-inflammatoire ou antioxydant (protège contre les radicaux libres). Toutefois, puisque les quantités recommandées de cannabis pour un usage thérapeutique sont minimales (de moins d'un à quelques grammes), les quantités absorbées de terpènes et de flavonoïdes sont infimes, on croit que les effets pharmacologiques de ces substances sont relativement faibles.

^a Était en rupture de stock à compter d'août 2017 en raison, selon la compagnie pharmaceutique qui le produit, d'une forte augmentation de la demande.

^b Pseudonyme des produits et spécialités pharmaceutiques.

4. EFFETS PHARMACOLOGIQUES DU CANNABIS MÉDICAL (À DOSAGE THÉRAPEUTIQUE)

Le cannabis et ses dérivés font partie de la classe des perturbateurs du système nerveux central. Ces substances, appelées *hallucinogènes*, perturbent les fonctions psychiques d'une personne. Elles altèrent, de façon plus ou moins marquée, le fonctionnement cérébral, la perception, l'humeur et les processus cognitifs⁴⁰. Nous l'avons déjà dit, il y a peu d'informations provenant d'études cliniques menées auprès de patients qui consomment le cannabis à des fins médicales. En effet, l'essentiel des informations relatives aux effets aigus du cannabis nous vient surtout d'études menées auprès de personnes qui le consomment à des fins récréatives⁴¹.

Effets sur le système nerveux central

(surtout chez les consommateurs de cannabis récréatifs)

- Euphorie
- Détente, relaxation
- Loquacité
- Gaïeté allant jusqu'à l'hilarité - Insouciance
- Sociabilité
- Augmentation de la confiance en soi - Altération de la perception du temps, de l'espace et de l'image de soi
- Accentuation des perceptions sensorielles
- Troubles de mémoire, de l'attention et de la concentration
- Réduction de la capacité à accomplir des tâches complexes
- Troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements (conduite automobile affectée)
- Hypoglycémie → Augmentation de l'appétit (goût marqué pour les aliments sucrés)

Les effets d'une drogue sont étroitement liés à la substance consommée, au consommateur et au contexte de consommation⁴². Le cannabis et le THC sont généralement bien tolérés et les effets secondaires observés dépendent de la dose administrée et du patient. Les effets thérapeutiques du cannabis ne sont pas ciblés, mais affectent l'ensemble de l'organisme. Ils diffèrent grandement selon les personnes et la prudence est de mise chez les patients gravement malades, plus âgés ou qui prennent d'autres médicaments.

Les effets secondaires aigus du cannabis concernent principalement le psychisme et les facultés intellectuelles. Quant aux effets physiques aigus, ils touchent surtout le système cardiovasculaire⁴³. Les complications cardiovasculaires sont plutôt liées au THC, qui a un effet vasoconstricteur et oxydatif causant des lésions endothéliales aux vaisseaux⁴⁴. Il entraîne également une baisse du débit cardiaque et a un effet arythmogène. On observe aussi l'apparition d'hypertension orthostatique.

Toxicité, dépendance et risques

La faible toxicité aiguë du cannabis, couplée au fait que la dose mortelle demeure inconnue, lui a valu le vocable de drogue «douce», par rapport à l'héroïne et à la cocaïne (drogues «dures») pour lesquelles le risque de surdosage peut s'avérer fatal⁴⁶. Même si les effets du cannabis sont moindres que l'alcool, le tabac et les drogues illicites, il n'en demeure pas moins qu'un consommateur de cannabis sur 11 (9%) développera une dépendance. Ce taux peut augmenter à 17% lorsque la consommation du cannabis a débuté à l'adolescence et jusqu'à 25, voire 50%, si la consommation est quotidienne⁴⁷.

Selon les données scientifiques, voici les principaux risques associés à l'usage du cannabis⁴⁸, qui sont plus susceptibles de se produire lorsque la consommation commence à l'adolescence et se poursuit de façon fréquente à l'âge adulte.

- Altération des capacités cognitives et psychomotrices (aigu)
- Accidents véhicules moteurs/machinerie lourde
- Développement du cerveau
- Dépendance et psychose
- Problèmes au niveau du système pulmonaire et bronchique (cancer, toux et expectorations chroniques)
- Grossesse (petit poids à la naissance et syndrome de mort subite)

LE SAVIEZ-VOUS ? ⁴⁵

Dans le cadre de l'étude **COMPASS** (*Cannabis for the management of pain: assessment of safety study*), première étude multicentrique d'envergure — réalisée dans sept centres spécialisés en gestion de la douleur à travers le Canada —, sur l'innocuité à long terme de la consommation de cannabis médical chez les patients souffrant de douleur chronique (non associée au cancer), les chercheurs ont découvert que des patients atteints de douleur chronique qui avaient consommé quotidiennement du cannabis pendant un an n'avaient pas expérimenté plus d'effets indésirables graves que ceux du groupe témoin.

Les patients consommaient en moyenne 2,5 g de cannabis/DIE (fumé, vaporisé ou ingéré) au cours de l'étude. Les chercheurs ont remarqué une augmentation du risque d'effets indésirables sans gravité chez les consommateurs de cannabis médical, tels que des maux de tête, des nausées, des étourdissements, la somnolence et des problèmes respiratoires associés au tabagisme.

Selon le Dr Ware, «il est important de tenir compte des limites de l'étude. Les patients, recrutés sur une base volontaire, n'étaient pas sélectionnés au hasard et pour la plupart, ils consommaient déjà du cannabis à des fins médicales. Il semble donc que cette option thérapeutique soit relativement sécuritaire lorsqu'elle est utilisée par des personnes qui considèrent que ça les aide. Toutefois, nous ne pouvons pas tirer de conclusions hâtives quant à l'innocuité du cannabis chez les nouveaux utilisateurs.»

Tableau 1:
Comparatif des risques liés aux drogues

	Opiacés	Cocaïne	Alcool	Benzodiazépines	Cannabis	Tabac
Dépendance physique	● ● ● ● ●	● ●	● ● ● ● ●	● ● ●	● ●	● ● ● ●
Dépendance psychique	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ●	● ● ● ● ●
Troubles neurologiques	● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	—	—	—
Toxicité global	● ● ● ●	● ● ● ●	● ● ● ●	●	●	
Risques sociaux	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●	● ● ● ●	● ●	● ●	—

— : Effet nul ● : Effets très faibles ● ● : Effets faibles ● ● ● : Effets moyens
 ● ● ● ● : Effets importants ● ● ● ● ● : Effets très important

Tableau 2:
Comparatif des effets nocifs des drogues

	Marijuana	Alcool	Tabac	Héroïne
Accidents de la route et autres accidents	●	● ●		●
Violences et suicides		● ●		
Mort par overdose		●		● ●
VIH et maladies du foie		●		● ●
Cirrhose du foie		● ●		
Trouble cardiaques		●	● ●	
Troubles des voies respiratoires	●		● ●	
Cancers	●	●	● ●	
Maladies psychiatriques	●	● ●		
Dépendance/Toxicomanie	● ●	● ●	● ●	● ●
Risque pour le développement du fœtus	●	● ●	●	●

● : Effet moins importants ou moins bien établis ● ● : Effets très importants

Source des deux tableaux: GROTENHERMEN, 2004, p. 144.

5. USAGE THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS MÉDICAL

L'apaisement de la douleur est sans conteste l'effet thérapeutique le mieux documenté du cannabis. Alors que les médecins disposent aujourd'hui de divers analgésiques et opiacés efficaces contre la douleur, il arrive que ces médicaments provoquent des effets secondaires indésirables, voire intolérables, ou encore que certains patients soient réfractaires au traitement⁴⁹. Les cannabinoïdes naturels ou synthétiques semblent intéressants dans le traitement des douleurs chroniques, en particulier pour les douleurs cancéreuses. Ils se lient aux récepteurs CB1 situés dans le cerveau et les systèmes nerveux central et périphérique pour bloquer la transmission des signaux douloureux vers le cerveau.

En ce qui a trait au contrôle de la douleur, il semble aussi que la marijuana cause moins de problèmes de tolérance, de dépendance et que les symptômes de sevrage sont beaucoup moins marqués qu'avec les narcotiques. Ces problèmes surviennent surtout avec une importante consommation chronique⁵⁰.

En plus de la gestion de la douleur, de nombreux autres bénéfices sont associés au cannabis. Le THC diminuerait les nausées et vomissements et stimulerait l'appétit chez les patients atteints de cancer ou du sida, par exemple. Le CBD, cannabinoïde sans l'effet euphorisant du THC, réduirait les crises épileptiques et la spasticité chez les personnes atteintes de sclérose en plaques, notamment. Pour ces trois usages thérapeutiques, les preuves cliniques sont concluantes⁵¹.

Bien qu'il ne soit pas reconnu comme traitement par le Collège des médecins^{52,53,54,55}, Santé Canada a établi une liste de plus de 30 usages thérapeutiques possibles du cannabis⁵⁶. Certains présentent une évidence clinique modérée (amélioration à court terme des troubles du sommeil associés à l'apnée du sommeil, la fibromyalgie, la douleur chronique et la sclérose en plaques); contrairement à d'autres pour lesquels il existe peu de données scientifiques en supportant l'indication (p. ex. : épilepsie, maladie de Crohn et colite ulcéreuse, syndrome de stress posttraumatique, perte de poids liée au VIH, glaucome, certains types de cancer)^{57,58}.

Modalités d'administration

Il existe plusieurs modes d'administration du cannabis thérapeutique dont les deux principales sont la voie orale (p. ex. : infusion, aliments, huile, atomisation sublinguale) et les voies respiratoires (par inhalation de fumée ou de vapeur [vaporisation]).

Cannabis fumé ou inhalé⁵⁹

- effet maximum atteint après 30 min
- ↓ rapidement ≤ 1-3,5 h
- dose standard de THC : 10 mg
- 1 joint standard de 0,66 g représente une concentration moyenne de THC de 8 % et une dose de THC d'environ 8,25 mg. Les concentrations peuvent varier de 15 à 20 %, soit de 9,9 à 13,2 mg

Cannabis vaporisé⁶⁰

- méthode efficace et sécuritaire
- délai d'action rapide = 2-4 min
- permet de contrôler la température à laquelle le cannabis est chauffé → moins de sous produits toxiques
- durée d'action 2-4 heures
- conseiller d'espacer les doses d'au moins 3 h pour éviter risque de surdose
- effets peuvent persister de 8 h à 24 h

Cannabis ingéré ou bu⁶¹ (inclut les cannabinoïdes synthétiques)^c

- difficiles à titrer
- délai d'action ↑
- durée d'action de 5-8 h
- Peut mener à l'ingestion d'une dose excessive
- A été associé avec ↑ taux d'ingestion accidentelle chez les enfants

Posologie recommandée⁶²

- Nabilone (Césamet^{MD}) 0,2 à 6 mg/jour
- Nabiximol (Sativex^{MD}) 1 à 16 vaporisations/jour
- Marijuana fumée ou par voie orale : 1 à 3 g/jour (10 à 20 g/ semaine)

Puisque la posologie est variable et tributaire de plusieurs facteurs (type de produit, variation individuelle, interactions médicamenteuses, exposition préalable au cannabis), elle demeure individualisée et repose largement sur le titrage, « commencez doucement et allez-y lentement »^{63,64}.

^c Puisque les posologies des produits de cannabis préparé (muffins, biscuits, beurre ou autres) ne sont pas bien établies et qu'il existe peu de données scientifiques sur lesquelles s'appuyer, nous ne nous y sommes pas attardés dans le cadre de cet article.

Considérations pulmonaires

Le cannabis est la substance la plus fumée dans le monde occidental après le tabac⁶⁵. À titre de professionnels de la santé, ce sont les risques associés à la fumée de combustion du cannabis séché qui nous interpellent le plus. Un joint contient quatre à six fois plus de composés toxiques qu'une cigarette. À poids égal, le cannabis fumé fournit plus de goudron⁶⁶ que le tabac et certains agents cancérogènes (benzopyrène et benzantracène notamment) y sont plus concentrés. En raison de ces facteurs et de la technique d'inhalation profonde et retenue, les effets néfastes potentiels du cannabis sur le poumon préoccupent la communauté médicale^{67,68,69}. Même si la relation de causalité entre le cannabis fumé et le cancer du poumon n'a pas encore été prouvée hors de tout doute⁷⁰, nous savons que la fumée de cannabis induit des changements histopathologiques au niveau des cellules épithéliales respiratoires pouvant mener à une inflammation des voies aériennes et à des symptômes de bronchite chronique (essoufflement, toux, expectorations)⁷¹ et qu'elle double le risque de développer un cancer du poumon^{72,73}. En conséquence, le potentiel médical du cannabis est assombri par l'impact négatif possible de recourir à un médicament fumé. D'ailleurs, avant d'envisager le cannabis séché à des fins médicales, le Collège des médecins recommande à ses membres de considérer des options thérapeutiques différentes, notamment d'autres formes de cannabinoïdes autorisées sur prescription par Santé Canada^{74,75}. À ce titre, l'huile de cannabis pourrait s'avérer intéressante, car les concentrations de THC et de CBD peuvent être titrées, connues et reproductibles⁷⁶. En outre, la possibilité de fabriquer une huile à partir de souches riches en CBD, mais sans THC (et donc sans effets euphorisants), ouvrirait la voie du cannabis médical aux enfants.

À LIRE

La revue *The Lancet Oncology* publiait récemment un éditorial dans lequel les auteurs interpellaient les gouvernements concernés, en contexte de légalisation du cannabis, afin qu'ils s'assurent que ses effets à long terme soient rapidement documentés. À un moment où les pays et les gouvernements commencent à peine à contrôler l'épidémie de cancer provoquée par le tabagisme, il faut à tout prix, selon les auteurs, éviter une problématique de santé publique majeure dans 20 ans, semblable à l'épidémie de cancer secondaire à la commercialisation de la cigarette.

Après tout, l'un des rôles du gouvernement n'est-il pas de fournir les meilleurs soins de santé à ses citoyens et de promouvoir de saines habitudes de vie ?

Enfin, nous l'avons déjà mentionné, le cannabis destiné à être fumé, même à des fins thérapeutiques, est assujéti à la *Loi concernant la lutte contre le tabagisme* et ses modalités d'administration doivent tenir compte des dispositions de cette loi et des installations disponibles (L.R.Q., chapitre L-6.2, art. 5).

Si l'administration de cannabis séché fumé s'avère indispensable, on pourrait alors l'administrer sous forme d'inhalation avec un vaporisateur approuvé par Santé Canada (Volcano^{MC}) et, comme stipulé dans la circulaire ministérielle⁷⁷, dans une chambre à pression négative de préférence ou dans une chambre à occupation simple, pour minimiser l'exposition des travailleurs de la santé et des autres patients à la fumée secondaire.

Finalement, puisque le *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales* découle de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, le cannabis doit être traité comme une substance contrôlée.

CONCLUSION

Le cannabis n'a pas encore fait l'objet de grandes études cliniques qui prouvent hors de tout doute qu'il est plus efficace qu'un placebo ou qui démontrent qu'il n'est pas dangereux pour la santé des patients. Pour cette raison, il n'a pas le statut de médicament et les médecins hésitent à le prescrire, même si des patients, triés sur le volet, peuvent s'en procurer en toute légalité depuis 2014, principalement pour soulager les douleurs réfractaires aux traitements habituels, les nausées et vomissements chez les patients atteints de cancer ou du VIH et la spasticité provoquée par la sclérose en plaques. Mais avec l'instauration du Registre cannabis Québec, le Québec est en passe de devenir un véritable creuset de la recherche sur le cannabis médical. Qui sait, peut-être obtiendrons-nous les réponses tant attendues sur l'innocuité du cannabis à des fins thérapeutiques ?

Références

- GROTEHERMEN, F. 2004. « Comment les cannabinoïdes agissent-ils sur l'organisme? » *Cannabis en médecine – un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC*, traduction de l'allemand par Irène Veau-Birchler, © 2009 Éditions Indica, p. 12.
- MANNICHE, L. 1989. *An Ancient Egyptian Herbal*, University of Texas Press, 176 p.
- GROTEHERMEN, *op. cit.*, p. 13.
- Cannabis médical WIKIPÉDIA https://fr.wikipedia.org/wiki/Cannabis_m%C3%A9dical#cite_ref-4
- L'ASSOCIATION CANNABIS CANADA. (s. d.) *Brève histoire de l'utilisation du cannabis médical*. [<http://cann-can.ca/fr/resources/history/>].
- THE ANTIQUE CANNABIS BOOK. Mis à jour mai 2016. « Chapter 2 The history of medical cannabis – Section IV-Cannabis and Western Medicine—2.14. W.B. O'Shaughnessy ». [<http://antiquecannabisbook.com/chap2B/History.htm>].
- SCHWARTZ, D. 3 mai 2014. « Marijuana was criminalized in 1923, but why? » *CBC News—Health*, [<http://www.cbc.ca/news/health/marijuana-was-criminalized-in-1923-but-why-1.2630436>].
- WIKIPEDIA. (s. d.). *Harry J. Anslinger*. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Harry_J._Anslinger].
- FAGNAN, D. Octobre 2017. *Le cannabis médical: matière à réflexion...* Présentation PowerPoint dans le cadre du congrès annuel de l'OPIQ, La Malbaie, diapo. 15.
- ABRAMOVICI, H. Février 2013. *Renseignements destinés aux professionnels de la santé – le cannabis (marihuana, marijuana) et les cannabinoïdes*, Santé Canada, p. 10 [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/dhp-mps/alt_formats/pdf/marihuana/med/infoprof-fra.pdf].
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC. Décembre 2015. *Normes et pratiques de gestion, tome II, Répertoire – Circulaire*, p. 2 [[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/6eb7f4de13f52f8e85257f1c0057dce9/\\$FILE/2015-016_Circulaire%20\(2015-12-11\).pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/6eb7f4de13f52f8e85257f1c0057dce9/$FILE/2015-016_Circulaire%20(2015-12-11).pdf)].
- COLLÈGE DES MÉDECINS (CMQ). Mise à jour mai 2015. *Directives concernant l'ordonnance de cannabis séché à des fins médicales*, p. 2 [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2014-04-01-fr-directives-concernant-ordonnance-cannabis-seche-fins-medicales.pdf?t=1511815592407>].
- CMQ, OIIQ, OPQ, OPDQ et OPIQ. 2017. *Cannabis à des fins thérapeutiques – se poser les bonnes questions, prendre les bonnes décisions*. Publié par la Direction des communications de l'Ordre des pharmaciens du Québec, p. 4 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/04/Outil_Cannabis_VF.pdf].
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. ii.
- REGISTRE CANNABIS QUÉBEC. (s. d.) « Informations pour les médecins ». [<https://registreccannabisquebec.com/fr/information-pour-les-medecins>].
- REGISTRE CANNABIS QUÉBEC. Mai 2015. *Première mondiale: lancement d'un registre québécois pour les utilisateurs de cannabis médical*. Communiqué de presse. [<https://registreccannabisquebec.com/fr/premiere-mondiale-lancement-dun-registre-quebecois-pour-les-utilisateurs-de-cannabis-medical>].
- GROTEHERMEN, *op. cit.*, p. 46-47.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 8.
- Ibid.*, p. 7.
- CARON, M. 16 décembre 2014. *Le cannabis : de la drogue au médicament*. Thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques, Université de Bordeaux, p. 14 [<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-0110588/document>].
- L'Association Cannabis Canada, *op. cit.*, *Glossaire*. [<http://cann-can.ca/fr/resources/glossary/>].
- OrganiGRAM. (s. d.) *Médecins*. [<https://www.organiqram.ca/medecins/>].
- CARON, *op. cit.*, p. 14.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 10.
- Ibid.*
- JUNEAU, M. 29 mai 2017. « Le cannabis et la santé cardiovasculaire ». *Observatoire de la prévention*, Institut de cardiologie de Montréal [<http://observatoireprevention.org/2017/05/29/cannabis-sante-cardiovasculaire/>].
- CARON, *op. cit.*, p. 15.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 17.
- CARON, *op. cit.*, p. 15.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 18.
- CARON, *op. cit.*, p. 16.
- Ibid.*
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 11.
- GROTEHERMEN, *op. cit.*, p. 39-43.
- INSPQ. Juin 2017. *Cannabis : effets psychoactifs*. [<https://www.inspq.qc.ca/dossiers/cannabis/cannabis-effets-psychoactifs>].
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 31.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 11.
- DOUVILLE, M. et P.-A. DUBÉ. 2015. *Les effets du cannabis sur la conduite automobile – revue de la littérature*. INSPQ, p. 3 [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2044_effets_cannabis_conduite_automobile.pdf].
- GROTEHERMEN, *op. cit.*, p. 41-42.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE QUÉBEC. (s. d.) *Action des drogues sur le cerveau – classification*. Site Internet Toxquebec.com [http://www.toxquebec.com/livre_drogues/fr/index_mieux_connaître.html].
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. 14.
- CLERMONT-DROLET, J. Novembre 2014. *Marijuana entre consommation illicite et aspects thérapeutiques : dégager les enjeux cliniques pour la pratique infirmière*. Atelier congrès OIIQ, présentation PowerPoint, diapo 41 [<http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/congres/2014/A14-clermont-drolet.pdf>].
- Ibid.*, p. 134.
- CARON, *op. cit.*, p. 43.
- WARE, M. et collab. Septembre 2015. *Une étude canadienne multicentrique fait la lumière sur l'innocuité du cannabis médical pour traiter la douleur chronique*. Centre universitaire de santé McGill, communiqué de presse [<https://cusc.ca/newsroom/news/%C3%A9tude-canadienne-multicentrique-fait-lumi%C3%A8re-sur-l'E2%80%99innocuit%C3%A9-du-cannabis-m%C3%A9dical-pour-traiter-d>].
- CARON, *op. cit.*, p. 40.
- SANTÉ CANADA. 19 juin 2017. *Effets du cannabis sur la santé*. [<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/drogues-illicites-et-reglementees/risques-sante-lies-consommation-marijuana.html#s7>].
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. Janvier 2017. *The health effects of cannabis and cannabinoids: Current state of evidence and recommendations for research—Chapter Highlights*. Washington, États-Unis, The National Academies Press, p. 1-2 [<http://nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report%20Files/2017/Cannabis-Health-Effects/Cannabis-chapter-highlights.pdf>].
- Ibid.*, p. 52.
- GROTEHERMEN, *op. cit.*, p. 133 et 138.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, *op. cit.*, « Committee's conclusions », p. 1 [<http://nationalacademies.org/hmd/-/media/Files/Report%20Files/2017/Cannabis-Health-Effects/cannabis-conclusions.pdf?ga=2.216249750.1417997215.1511377565-403138465.1511377565>].
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, QUÉBEC, *Normes et pratiques de gestion...*, *op. cit.*, p. 2.
- CMQ, OIIQ, OPQ, OPDQ, OPIQ, *op. cit.*, p. 4.
- CMQ, *op. cit.*, p. 2.
- ABRAMOVICI, *op. cit.*, p. ii.
- Ibid.*, p. 33-88.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, *op. cit.*, p. 2-3.
- FAGNAN, *op. cit.*, diapo. 18-19.
- Ibid.*, diapo 25.
- Ibid.*, diapo 29.
- Ibid.*, diapo 27.
- Ibid.*, diapo 33.
- Ibid.*, diapo 33.
- CLERMONT-DROLET, *op. cit.*, diapo. 73.
- TASHKIN, D. P. 2010. « Does cannabis use predispose to chronic airflow obstruction? » *European Respiratory Journal*, vol. 35, no 1, p. 3-5 [<https://doi.org/10.1183/09031936.00109309>].
- WU, T.C., TASHKIN, D.P., DJAHED, B., ROSE, J.E.: 1988. « Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco. » *N Engl J Med*, vol. 318, p. 347-351 [<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198802113180603>].
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE QUÉBEC, *op. cit.*, « Mieux connaître les substances – cannabis » [http://www.toxquebec.com/livre_drogues/fr/index_cannabis.html].
- CMQ, OIIQ, OPQ, OPDQ, OPIQ, *op. cit.*, p. 6.
- HALL, W., MACDONALD, C., CURROW, D. Janvier 2005. « Cannabinoids and cancer: causation, remediation, and palliation. » *Lancet Oncology*, vol. 6, n° 1, p. 35-42, résumé [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15629274>].
- TASHKIN, 2010, *op. cit.*
- ASHKIN, D.P. 2005. « Smoked marijuana as a cause of lung injury. » *Monaldi Arch Chest Dis*, vol. 63, p. 93-100 [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16128224>].
- YAYAN, J. et K. RASCHE. 2016. « Damaging effects of cannabis use on the lungs ». Dans Pokorski, M. (eds) *Advancements in Clinical Research. Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol. 952, Springer, Cham, p. 31-34 [https://doi.org/10.1007/5584_2016_71].
- UNDERNER, M., URBAN, T., PERRIOT, J., DE CHAZERON, I., MEURICE, J.C. 2016. « Cannabis smoking and lung cancer ». *Rev Mal Respir*, vol. 31, no 6, p. 488-498 [<https://doi.org/10.1016/j.rmr.2013.12.002>].
- CMQ, *op. cit.*, p. 2.
- CMQ, OIIQ, OPQ, OPDQ, OPIQ, *op. cit.*, p. 4.
- Ibid.*
- Santé et Services sociaux, Québec. Décembre 2015. *Normes et pratiques de gestion, tome II, Répertoire – Circulaire*, p. 5-6 [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/6eb7f4de13f52f8e8525>].

Systeme d'AHV Purevac®

avec des embouts à miroir et un adaptateur de tuyau souple

NOUVEAU!

Une succion à haut volume et un embout à miroir en un seul instrument



Meilleur

- Meilleure réduction des liquides : 135 % de plus qu'avec une pompe à salive à faible volume.¹



Plus sécuritaire

- L'AHV permet d'évacuer 90 % d'aérosols de plus qu'une pompe à salive à faible volume lors des opérations de détartrage à ultrasons.²



Plus rapide

- Succion à haut volume + miroir en un seul instrument = visibilité et succion d'une seule main.



Réduire votre exposition aux aérosols est maintenant rendu facile!

www.dentsplysirona.com

1. Données internes

2. Jacks MJ: A laboratory comparison of evacuation devices on aerosol reduction. J Dent Hig 2002, 76, 202-206.
© Dentsply Sirona Preventive, 2018 INF05-0718-5



MON PATIENT EST-IL SOUS INFLUENCE ?

- **JULIE BOUDREAU**, H.D., syndique

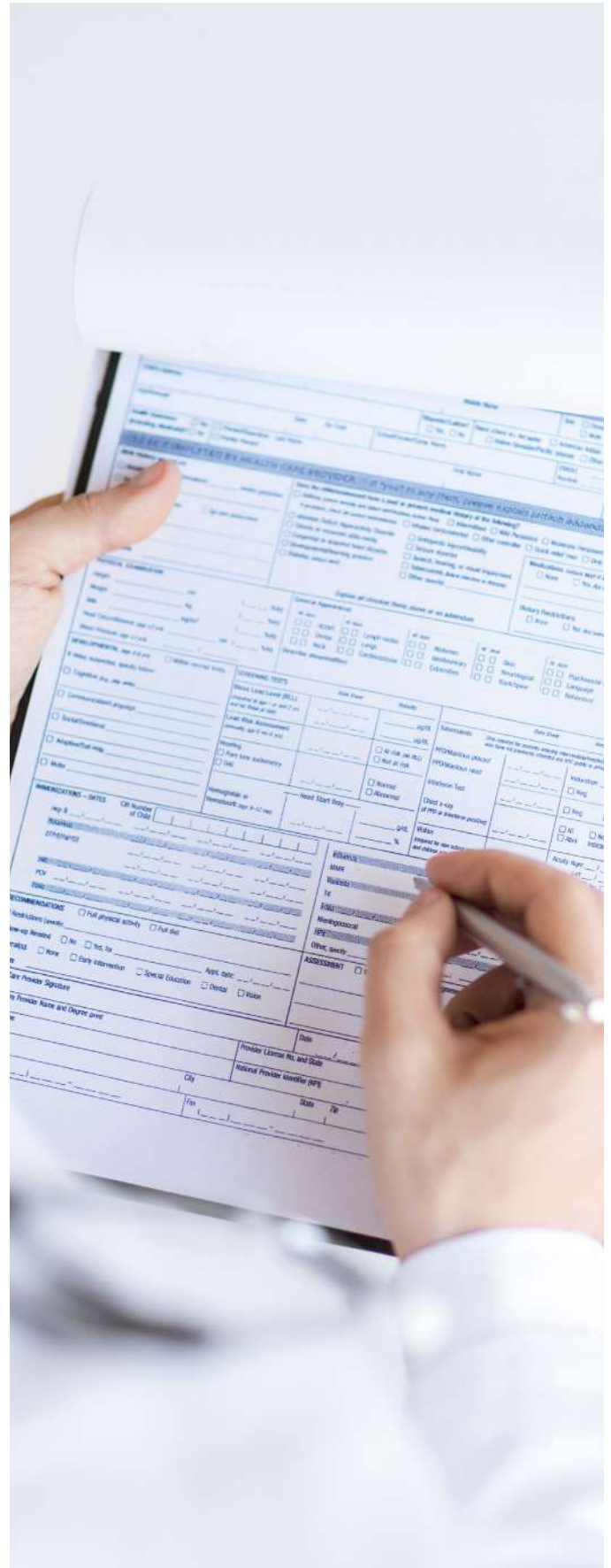
Depuis la légalisation de l'usage de la marijuana à des fins récréatives en octobre 2018, un bon nombre de questions ont fait surface pour beaucoup de dispensateurs de soins de santé. Entre autres, des professionnels se demandent s'ils peuvent traiter un patient sous l'influence d'une drogue. Peuvent-ils refuser de traiter le patient ? S'ils acceptent d'offrir leurs services, comment s'assurer du consentement du client ? Les hygiénistes dentaires n'y font pas exception. L'article qui suit vous aidera à vous poser les bonnes questions avant d'entreprendre le plan de soins en hygiène dentaire avec un patient sous l'effet d'une substance licite ou illicite, ou encore, pour qui vous suspectez la consommation d'une substance altérant son état de conscience et sa vigilance.



LES QUESTIONS À POSER AVANT D'ENTREPRENDRE LE PLAN DE SOINS EN HYGIÈNE DENTAIRE

Sur le plan déontologique, l'hygiéniste dentaire doit s'assurer d'avoir une connaissance complète des faits avant de proposer à son patient un plan de soins et de l'entreprendre¹. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation déontologique inhérente à tous les professionnels de la santé. Les questions suivantes sont des exemples du type d'information à rechercher sur les habitudes de consommation des patients qui vous permettront de vous acquitter de cette obligation.

- Quelles sont les habitudes de consommation de drogues, de tabac, d'alcool et d'autres substances du patient (p. ex. type de produit, fréquence, présence d'un problème de dépendance actuelle ou passée, traitement actuel ou passé pour un tel problème de santé)?
- Quel est l'état du patient qui se présente à moi? Est-il sous l'effet d'une drogue, de l'alcool ou d'un médicament qui lui a été prescrit ou non prescrit?
- Quels sont les comportements, signes et symptômes observables découlant d'une possible consommation d'une substance psychotrope (p. ex. manifestations physiques, cognitives ou comportementales, ou bien les signes cliniques comme une tension artérielle élevée)?
- Quels sont les médicaments actuellement prescrits au patient? Quels sont leurs effets sur le patient et quelles interactions peuvent survenir avec les autres substances licites ou illicites consommées par le patient?
- L'état de mon patient lui permet-il de participer à l'évaluation et, éventuellement, au plan de soins?
- Le patient est-il en mesure de consentir de manière libre et éclairée à l'évaluation proposée et, éventuellement, à son plan de soins?
- Quelles sont les conséquences connues des substances consommées sur la santé buccodentaire? Quels sont leurs possibles interactions et effets sur les soins à prodiguer?



COMMENT ABORDER LE RENDEZ-VOUS SI MON PATIENT A CONSOMMÉ UNE SUBSTANCE PSYCHOTROPE ?

Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire d'offrir des soins et des services sécuritaires à ses patients. À la lumière de son appréciation de la condition du patient, l'hygiéniste dentaire doit déterminer s'il est opportun de procéder à son évaluation et aux soins pour lequel il consulte. Ainsi, l'hygiéniste dentaire pourrait refuser de procéder à l'évaluation si son jugement professionnel le lui enjoint. Les explications requises doivent être données au patient et une note au dossier doit faire état de la situation, des discussions tenues avec le patient et de la décision de l'hygiéniste dentaire.

Voici des exemples de situation où un tel refus pourrait survenir :

- Le patient est incapable de consentir à l'évaluation et aux soins de manière libre et éclairée;
- Son état ou les substances consommées biaiseront le résultat de l'évaluation ce qui empêchera de déterminer un plan de soins approprié à la condition du patient;
- Son état ou les substances consommées risquent de compromettre son état de santé ou l'efficacité des soins;
- Son état ne lui permet pas de collaborer à l'évaluation et au plan de soins.

ET LE VOLET ÉDUCATIONNEL ?

N'oublions pas que l'hygiéniste dentaire joue un rôle important dans l'éducation du patient. Ainsi, l'hygiéniste dentaire a également comme devoir déontologique d'informer et de conseiller le patient adéquatement sur les risques associés à la consommation de produits et substances nuisibles à sa santé, particulièrement sa santé buccodentaire.

Si le patient manifeste un intérêt à diminuer voire cesser sa consommation, l'hygiéniste dentaire peut le diriger vers les ressources pertinentes.

ET SI LE PATIENT EST MINEUR ?

En juillet 2017, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) publiait les résultats d'une enquête² sur la prévalence de la consommation de cannabis au Canada. Selon cette enquête, la prévalence de l'usage de cannabis dans la dernière année chez les adolescents et les jeunes adultes est respectivement de 2 à 3 fois plus élevée que celle observée chez les adultes de 25 ans et plus. Il est donc possible que vous rencontriez dans votre pratique un patient mineur qui consomme une telle substance. Selon votre jugement professionnel, vous aurez peut-être à aborder les questions énoncées précédemment, même avec un patient d'âge mineur. D'ailleurs, en tant qu'intervenant de première ligne, vous aurez un important travail de prévention à faire notamment quant à l'information et aux mises en garde sur les méfaits de la consommation de substances sur sa santé buccodentaire et les répercussions sur sa santé générale.



EN CONCLUSION

La légalisation du cannabis a engendré d'importants questionnements chez les professionnels de la santé quant à leurs obligations déontologiques. Toutefois, qu'un produit ou une substance consommée par un patient soit accessible légalement ou non, les mêmes questions doivent guider le professionnel qui doit juger s'il est opportun ou non d'intervenir auprès de son patient. L'hygiéniste dentaire doit ainsi s'assurer d'intégrer à sa pratique quotidienne les principes et questionnements déontologiques énoncés précédemment pour s'assurer d'offrir des soins optimaux tout en assurant la sécurité de son patient lors de la prestation de ses soins.

Références

1. QUÉBEC. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec : RLRQ, chapitre C-26, r. 140, art. 3, à jour au 12 septembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018.
En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26.%20r.%20140/>
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *L'usage de cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution*, édition 2017, Québec, L'Institut, 2017, 14 p.
En ligne : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2284_usage_cannabis_quebec_canada_portrait_evolution.pdf

SUNSTAR



SOFT-PICKS^{MD}
CONFORT FLEX



Le produit interdentaire n° 1 devient encore plus innovant!

- 1** Manche plus large - Conçu pour être ergonomique, avec un manche élargi pour davantage de confort et de contrôle.
- 2** Brins en caoutchouc - Plus de 75 brins souples en caoutchouc pour un nettoyage en douceur; même taille de tête que le Soft-Picks^{MD} Original.
- 3** Meilleure prise - Le manche à deux composantes permet une prise plus ferme pour éviter les glissements pendant l'utilisation.
- 4** Zone flexible - La zone flexible sur le bas de la tige améliore la maniabilité et permet d'accéder aux espaces interdentaires depuis plusieurs angles différents.



Sachet hygiénique pour les patients

660PYA
72 sachets de 4

**AIDEZ VOS PATIENTS À TROUVER
LE STYLE QUI LEUR CONVIENT**
GUM^{MD} Soft-Picks^{MD} pour le style FLEXIBLE

Souple et flexible, pour un nettoyage sur le pouce

Commandez maintenant!

1-800-265-7203

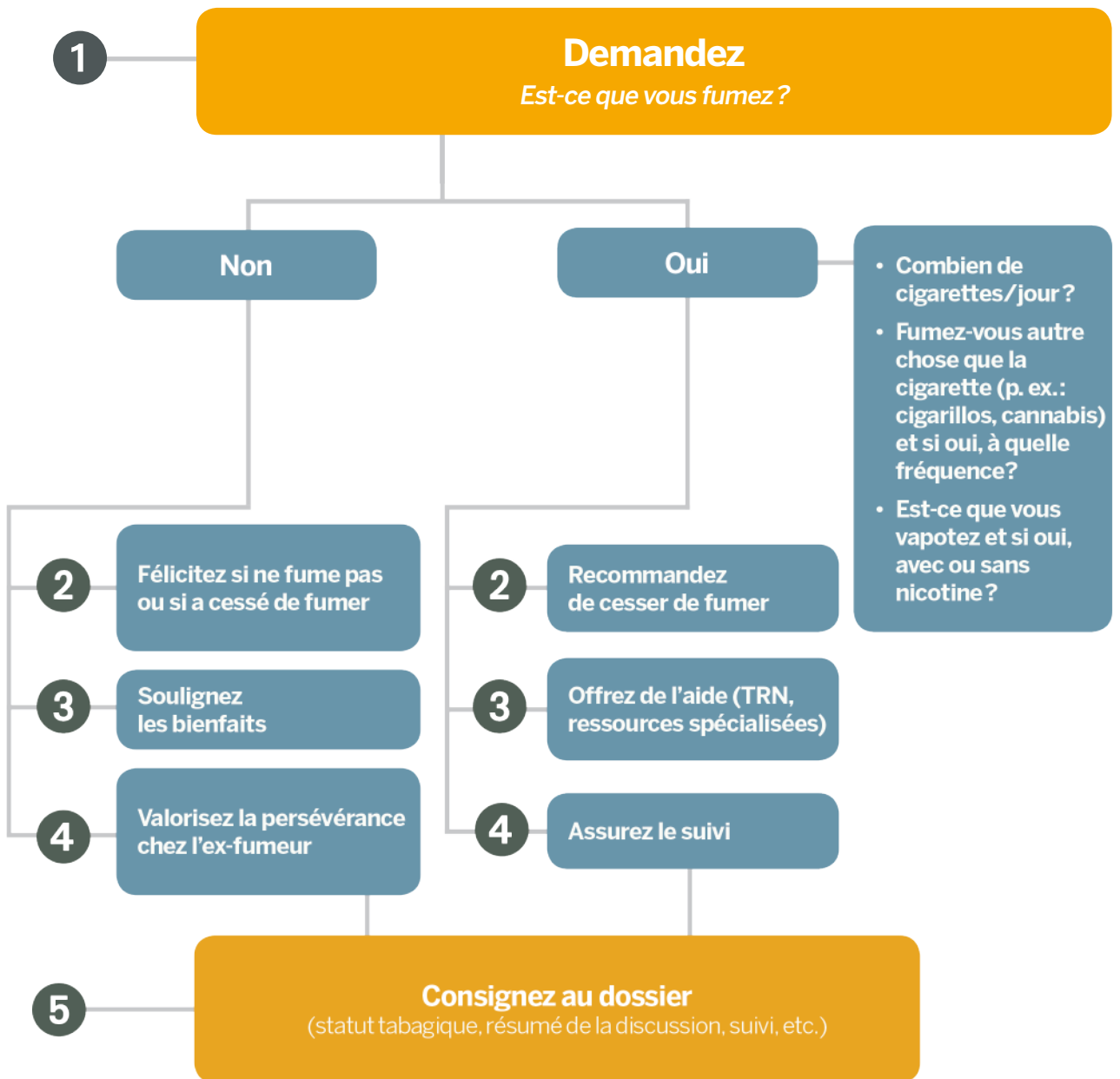
www.GUMbrand.ca

can.customerrelations@ca.sunstar.com

C19014

Saines habitudes de vie

Exemple d'intervention minimale (< 3 minutes)

- **MARISE TÉTREAU**, inh., M.A., coordonnatrice aux communications,
Ordre des inhalothérapeutes du Québecabandon du tabagisme
algorithme

Notes

- Si le patient ne veut pas consulter une ressource spécialisée pour l'aider à cesser de fumer, **respectez** son autonomie.
- Puisqu'il s'agit d'une dépendance et non juste d'une mauvaise habitude, **ne portez pas** de jugement et **adoptez** une attitude empathique.
- **N'oubliez pas** de faire le suivi. Sinon, ce serait un peu comme si un professeur donnait des devoirs à ses élèves sans jamais les corriger... Les élèves comprendraient vite que ça n'a aucune importance.

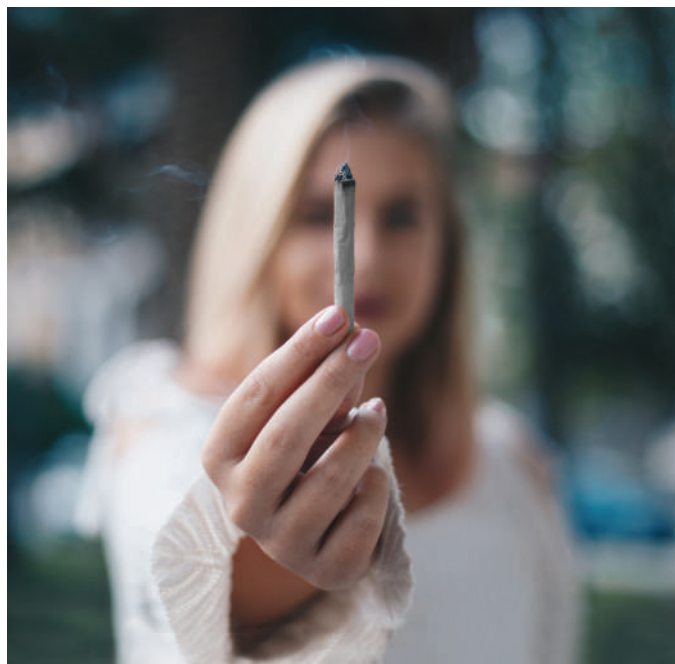


LES DONNÉES PROBANTES DES EFFETS DU CANNABIS SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE : UN PROBLÈME CONJOINT

- **SUSAN BADANJAK**, H.D., M. Sc. (HD), responsable du développement de la profession

INTRODUCTION

Dans le domaine médical, l'utilisation du cannabis et des cannabinoïdes est largement répandue dans le traitement de certaines maladies ou le soulagement de leurs symptômes, et les données appuyant leur usage médical sont nombreuses, de grande qualité et fondées sur des preuves¹. Avec la récente légalisation du cannabis récréatif au Canada², il va sans dire que les hygiénistes dentaires doivent avoir accès à des renseignements scientifiques rigoureux portant particulièrement sur l'incidence du cannabis sur l'environnement buccodentaire. L'objectif de cette analyse documentaire est de déterminer les effets de la consommation du cannabis sur la santé buccodentaire. La question de recherche est de savoir « Quelle est l'incidence du cannabis sur la santé buccodentaire? »



MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à notre question de recherche, une méthodologie de recherche visant à recueillir des données de haute qualité sur le sujet a été élaborée. Nous avons interrogé la base de données PubMed, exclusivement, pour trouver des articles publiés en anglais et en français. Une recherche initiale utilisant les filtres « humain », « 10 ans », « méta-analyse », « revue systématique », « essai randomisé contrôlé » et « essai clinique contrôlé » a été lancée pour explorer l'étendue des données disponibles. Le MeSH (Medical Subject Headings) est le thésaurus géré par la Bibliothèque nationale de médecine (États-Unis) qui est utilisé pour répertorier les articles de la base de données MEDLINE/PubMed. Chaque article est associé à une série de mots-clés définis par le MeSH, qui décrit son contenu. Une recherche a donc été effectuée avec chacun des mots-clés « cannabis » et « marijuana », associé aux mots-clés « santé buccale », « santé dentaire », « santé gingivale », « caries », « dents », « maladie parodontale », « parodontite », « lésions orales », « cancer buccal », « muqueuse buccale », « langue », « goût », « salive », « glandes salivaires » en utilisant l'opérateur booléen « ET ». Les résultats ont ensuite été contre-vérifiés manuellement. Toutes les études apparaissant plus d'une fois dans les résultats ont été éliminées. Aucun article en français n'a été trouvé.

Les résultats de la recherche initiale sont indiqués dans le tableau 1. On y précise aussi le nombre d'articles que la première recherche a permis de trouver et les articles retenus dans le cadre de la présente analyse.

Tableau 1**Résultats de la recherche préliminaire [mots-clés (MeSH), filtres et opérateur booléen «ET»]**

Cannabis ET	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus	Marijuana ET	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
Santé buccodentaire	28	6	Santé buccodentaire	31	3
Santé dentaire	28	0	Santé dentaire	32	2
Santé gingivale	0	0	Santé gingivale	0	0
Caries	0	0	Caries	0	0
Dents	0	0	Dents	0	0
Maladie parodontale	0	0	Maladie parodontale	1	1
Parodonte	0	0	Parodonte	0	0
Lésions buccales	2	0	Lésions buccales	2	0
Cancer buccal	6	1	Cancer buccal	7	0
Muqueuse buccale	4	0	Muqueuse buccale	4	0
Langue	0	0	Langue	0	0
Goût	3	2	Goût	4	1
Salive	9	6	Salive	10	0
Glandes salivaires	0	0	Glandes salivaires	0	0
TOTAL	80	15	TOTAL	91	7

Parmi les 171 articles initialement extraits, et une fois les répétitions enlevées, seulement quatre articles ont été retenus pour répondre à la question de recherche: ces derniers portaient sur l'exposition au cannabis et sur ses effets sur la santé buccodentaire et étaient considérés comme présentant des données probantes de grande qualité selon la pyramide des données probantes (niveau 1). Bien que toutes les études retenues n'abordent pas directement la question de recherche, certains de ces articles, parmi d'autres, contribuent à appuyer ou confirmer des éléments relatifs aux caractéristiques démographiques et aux effets physiologiques. De toute évidence, les données probantes de grande qualité sont insuffisantes en ce qui concerne l'incidence du cannabis sur l'environnement buccodentaire.

Afin de créer un profil démographique à partir de données probantes de grande qualité, les mêmes filtres ont été utilisés pour les expressions indiquées dans le tableau 2, qui indique aussi le nombre d'articles trouvés et retenus.

Tableau 2**Expressions clés utilisées pour trouver des articles visant à établir les profils démographiques (à l'exclusion du revenu)**

Expressions clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
Différences quant aux effets du cannabis selon le sexe	13	11
Différences quant aux effets du cannabis selon l'âge	15	14
Différences quant aux effets du cannabis selon l'ethnie	3	3
TOTAL	31	28

RÉSULTATS ET ANALYSE

Conclusions tirées des données de grande qualité

Parmi les quatre articles pertinents examinés dans le cadre de la présente analyse, le premier, de Pujazon-Zazik *et al.*, a permis de recueillir des données de base. Le deuxième, de Whiting *et al.*, offrait une revue systématique et une méta-analyse sur l'usage médical des cannabinoïdes.

Le troisième article, de De Carvalho *et al.*, présentait une méta-analyse des études de cas témoins appariés, et le dernier, de Osazuwa-Peters *et al.*, reprenait les conclusions du deuxième article sous forme de revue et d'analyse.

Caractéristiques démographiques

De façon générale, le premier tableau figurant dans un article portant sur un essai clinique présente les données démographiques. Bien que cet article soit une analyse documentaire, il est pertinent de mentionner les conclusions tirées des données probantes de grande qualité sur les caractéristiques démographiques des consommateurs de cannabis, puisque les hygiénistes dentaires auront tôt ou tard (si ce n'est pas déjà fait) affaire à des consommateurs de cannabis, que leur usage soit régulier ou récréatif. Ces renseignements pourraient s'avérer utiles dans le cadre d'une enquête sur les besoins en santé humaine et pour accroître les compétences interculturelles.

En 2009, Pujazon-Zazik *et al.*³ ont signalé qu'il y avait plus d'adolescents et de jeunes hommes que d'adolescentes et de jeunes femmes parmi les consommateurs de cannabis. Les données ont été adaptées du rapport de 2007 des Centers for Disease Control and Prevention (CDC – Centres pour le contrôle et la prévention

des maladies) sur le Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS – Réseau de surveillance des conduites à risque chez les jeunes) et ont été validées à nouveau dans le rapport de 2017^{4,5}.

La consommation de cannabis des Québécois est similaire à celle des Américains. Le tableau 3 porte sur la prévalence de la consommation de cannabis pendant une période supérieure à 12 mois, en fonction du sexe et de l'âge de Québécois(es) âgé(es) de 15 ans et plus, durant les années 2014-2015⁶. Le tableau 4 porte sur la fréquence de la consommation de cannabis durant les années 2014-2015 au Québec⁷. La figure 5 présente la prévalence de la consommation de cannabis par région sociosanitaire en 2014-2015⁸.

Tableau 3
Prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

Groupe d'âge	Tous %	Hommes %	Femmes %
Total	15,2	19,0	11,5
15-17 ans	31,0	31,9	29,9
18-24 ans	41,7	45,2	38,3
25-44 ans	21,0	27,4	14,5
45-64 ans	8,0	10,7	5,2
65 ans et +	1,1	1,7	0,6*

* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

Source : INSPQ, L'usage du cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution, p. 3.



Tableau 4

Répartition des consommateurs selon la fréquence de l'usage de cannabis au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

FRÉQUENCE DE L'USAGE DE CANNABIS					
	Moins d'une fois / mois %	1 à 3 fois / mois %	1 fois / semaine %	Plus d'une fois / semaine %	Tous les jours %
Total	52,0	15,2	8,5	13,5	10,8
Sexe					
Homme	47,0	15,7	9,6	14,9	12,7
Femme	60,0*	14,4	6,8*	11,2*	7,6
Groupe d'âge					
15-17 ans	53,4	18,6	7,1**	14,0**	6,9**
18-24 ans	54,5	17,3	7,1	11,6	9,6
25-44 ans	50,7	13,6	9,2	14,3	12,2
45-64 ans	50,7	14,7	9,5	14,2	10,8
65 ans et +	51,0	11,3***	11,3***	16,1***	10,4***

*Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (homme) ($p < 0,05$).

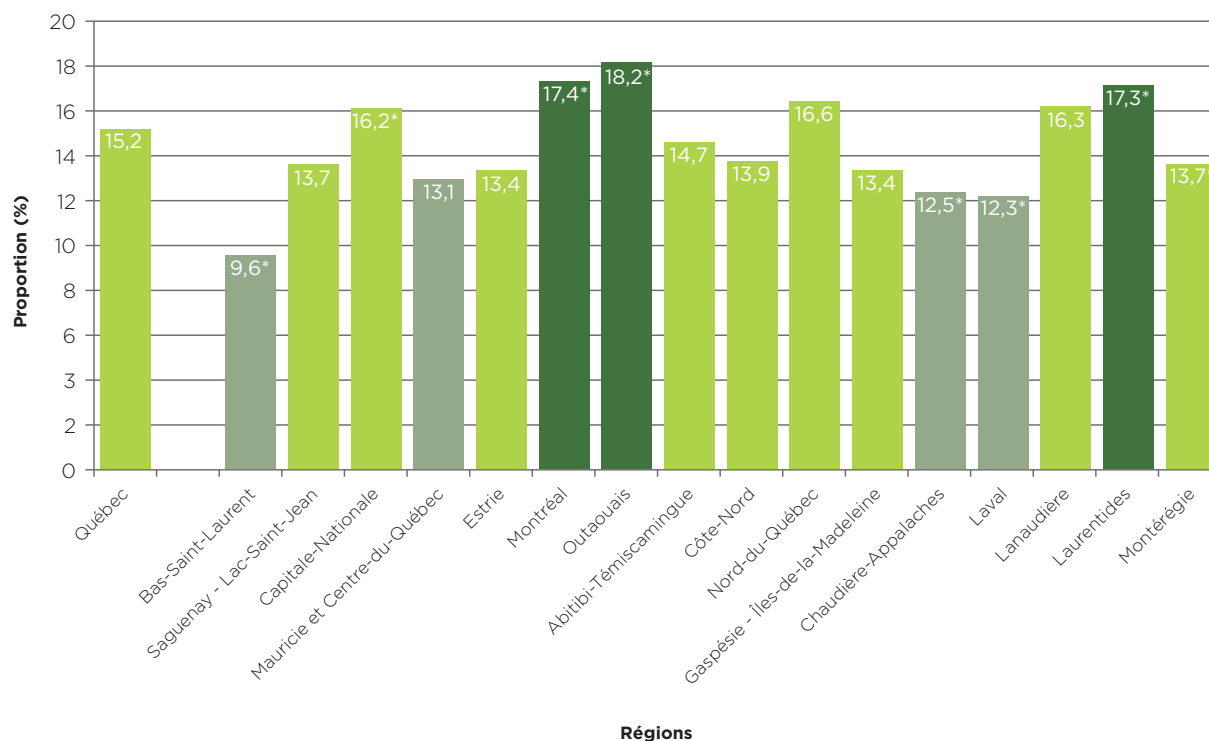
** Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit donc être interprétée avec prudence.

*** Coefficient de variation supérieure à 25 %. La valeur de la proportion n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : INSPQ, L'usage du cannabis au Québec et au Canada : portrait et évolution, p. 5.

Figure 5

Évolution de la prévalence de la consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



Valeur significativement différente entre les deux cycles de l'enquête ($p < 0,05$).

Sources : ISQ, Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015.

*Résultat du test basé sur la construction d'une statistique de Wald à partir de la différence des transformations «logit» des proportions estimées. Le test a été effectué sur les proportions ajustées selon la structure par âge (15 à 24, 25 à 44, 45 à 64, 65 à 74, 75 ans et plus), sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec.

Xérostomie et vomissements

Whiting *et al.*¹ ont présenté le rapport des cotes (RC) des effets indésirables (EI) associés aux cannabinoïdes. Les deux EI ayant une incidence potentielle sur la cavité buccale étaient la xérostomie et les vomissements¹. Le RC et l'intervalle de confiance (IC) à 95 % étaient respectivement de 3,5 (2,58-4,75) et de 1,67 (1,13-2,49), ce qui signifie que les résultats étaient significatifs, statistiquement parlant, pour la xérostomie transitoire et pour les vomissements¹. La sécheresse buccale a été observée chez seulement 0,86 % (dont 36 personnes sur 4181) des patients ayant pris part à l'étude¹. Selon les données de Whiting *et al.*¹, l'utilisation de cannabinoïdes à des fins médicales est susceptible de réduire les vomissements chez les patients. Les données concordent avec cette observation, car la prévalence des vomissements était faible, touchant 17 sujets sur 2191 (0,78%)¹. Donc on peut conclure que la xérostomie induite par les cannabinoïdes est réelle, mais transitoire, et que les cannabinoïdes diminuent la prévalence de vomissements¹.

Cancer de la tête et du cou

Les troisième et quatrième articles évaluaient le lien entre la consommation de cannabis et le cancer de la tête et du cou. De Carvalho *et al.*⁹ ont réalisé des études de cas appariés, des études de cohortes et des revues systématiques, en plus d'effectuer une méta-analyse. Trois chercheurs indépendants ont fait des recherches dans des bases de données et sélectionné des articles⁹. De Carvalho *et al.*⁹ ont conclu qu'il n'existait aucun lien entre la consommation de cannabis et le cancer de la tête et du cou.

Les conclusions de De Carvalho *et al.*⁹ ont été contestées par Osazuwa-Peters *et al.*¹⁰ qui ont soulevé trois réserves. D'abord, la méta-analyse de De Carvalho *et al.*⁹ ne permettait pas d'établir une relation dose-réponse¹⁰. En d'autres termes, quelle quantité de cannabis (dose) une personne doit-elle consommer pour présenter un risque de cancer de la tête et du cou, et à quelle fréquence (posologie) doit-elle en consommer ? Deuxièmement, le logiciel de statistiques et l'analyse statistique utilisés pourraient avoir exclu des articles qui démontraient un lien positif entre le cannabis et le cancer de la tête et du cou¹⁰. De plus, la population à l'étude n'était pas constituée d'un ensemble homogène de sujets¹⁰, ce qui veut dire que les chercheurs pourraient avoir comparé des pommes avec des oranges plutôt que des pommes avec des pommes. Enfin, De Carvalho *et al.*⁹ n'ont pas fait la distinction entre les différents sous-sièges de cancer de la tête et du cou et n'ont pas tenu compte de l'influence des comorbidités¹⁰. Par exemple, bien que les néoplasmes buccaux soient intrinsèquement liés au cancer de la tête et du cou, le risque de cancer aux sous-sièges de la tête et du cou n'a pas été exploré¹⁰, notamment l'infection par le virus Epstein-Barr comme facteur de risque de cancer du rhinopharynx, parmi d'autres. L'analyse des résultats regroupés du INHANCE Consortium¹¹ soutient les arguments de Osazuwa-Peters¹⁰ indiquant que les cancers de la tête et du cou, y compris les cancers de la langue associés à la consommation de cannabis, diffèrent en fonction du siège de la tumeur et que les variables de confusion ou les facteurs liés aux cancers de la tête et du cou, comme l'infection par le virus du papillome humain (VPH), peuvent entraîner un biais^{10,11}. Bien que les données de l'étude réalisée par De Carvalho *et al.*⁹ soient de qualité moyenne, les conclusions doivent être interprétées avec prudence, et les variables de confusion doivent être prises en considération, notamment les comorbidités, le tabagisme, la consommation d'alcool¹⁰ et les effets de l'exposition passive au cannabis¹².

Conclusions tirées des données de faible qualité

Il n'existe aucune donnée probante de grande qualité sur les effets du cannabis sur les structures anatomiques et physiologiques ci-dessous issues de la méthodologie employée dans le cadre de la présente analyse documentaire. Les données de grande qualité étant si peu nombreuses, une deuxième recherche pour trouver des données de moins grande qualité s'avérait nécessaire. Le second exercice d'extraction de données consistait à faire une recherche manuelle parmi les données d'études de cohortes et d'observation (niveau 2) et à sélectionner les analyses documentaires (niveau 5) : 28 ont été retenues.

Xérostomie

D'après une analyse documentaire réalisée en 2008 par Versteeg *et al.*¹³ la prévalence de la xérostomie, immédiatement après avoir fumé, est statistiquement significative ($p < 0,001$) chez les participants consommant du cannabis (69,9%), comparativement aux sujets témoins fumant du tabac (18,6%). Versteeg *et al.*¹³ ont également rapporté des données démontrant que la xérostomie causée par la consommation de cannabis diminuait de façon statistiquement significative après 5 ou 6 ans ($p < 0,025$), laissant penser que les personnes fumant du cannabis développeraient une tolérance à la sécheresse buccale provoquée par le cannabis, ou qu'ils n'en souffriraient plus, pour une raison quelconque.

Cancer de la tête et du cou

Les essais cliniques contrôlés examinés par Versteeg *et al.*¹³ n'ont démontré aucun risque relatif (RR) ou RC significatif ni aucun lien entre la consommation de cannabis et le carcinome épidermoïde buccal.

Maladies parodontales

D'après Thomson *et al.*¹⁴ de la Dunedin Study, le cannabis pourrait être associé à un risque relatif accru de parodontite chez les 32 ans et plus, après le contrôle des variables de confusion comme le sexe, l'âge, le tabagisme, une mauvaise hygiène buccale (indice de plaque) et un manque de soins buccodentaires professionnels. Les participants ayant un statut socioéconomique inférieur étaient sous-représentés, ce qui a probablement entraîné un biais dans les conclusions de l'étude. En effet, un faible statut socioéconomique est lié de façon statistiquement significative aux maladies parodontales¹⁵. Malgré le fait que les données permettent de conclure à un lien statistique entre la consommation de cannabis et le risque de maladies parodontales, l'étude comporte certaines failles, signalées ou non : l'effet cumulatif de l'âge n'a pas été pris en compte, le nombre de sujets ayant un statut socioéconomique inférieur était insuffisant, le statut quant au tabagisme était auto-déclaré et la perte d'attache clinique a été mesurée sur trois sites par dent au lieu de six¹⁴. Une corrélation ou un lien ne sous-entend pas une relation de cause à effet (c.-à-d. qu'une relation mutuelle entre deux variables ne signifie pas que l'une est causée par l'autre). Les auteurs ont déclaré sans équivoque qu'il n'y avait aucune interaction entre le tabagisme et la consommation de cannabis dans les modèles prédictifs de maladie parodontale¹⁴. La Dunedin Study¹⁴ est une étude de cohorte prospective mesurant le risque relatif et non pas la différence des risques. Par ailleurs, l'analyse *a posteriori* de Meier *et al.*¹⁶ a révélé que les consommateurs de cannabis se brossaient les dents et utilisaient la soie dentaire moins souvent que les autres participants et qu'ils présentaient un taux d'alcoolisme plus élevé. Enfin, une seconde analyse des données fondée sur la trajectoire a permis de conclure que la parodontite apparaissait au début de l'âge adulte et que sa prévalence augmentait avec l'âge, et ce, davantage chez les fumeurs de tabac que chez les consommateurs de cannabis¹⁷. Les données de la Dunedin Study doivent être interprétées avec prudence.

Shariff *et al.*¹⁸ ont analysé le lien entre la consommation fréquente de cannabis récréatif et la parodontite. Les données ont été extraites du National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) de 2011 à 2012, par contre les résultats de l'extrapolation des données ont été publiés en 2017¹⁸. L'analyse statistique initiale des données a démontré qu'une consommation fréquente de cannabis récréatif était associée à une profondeur accrue au sondage parodontal ainsi qu'à une perte d'attache clinique et à un risque de parodontite grave plus élevé¹⁸. Toutefois, après correction des auteurs pour tenir compte des caractéristiques démographiques, de la consommation de tabac et d'alcool, du diabète et des traitements parodontaux antérieurs, le lien était moins significatif du point de vue des probabilités (valeur *p*)¹⁸. En outre, les IC correspondaient aux valeurs limites, ce qui signifie que les probabilités de lien étaient nulles. Par ailleurs, les auteurs reconnaissent les biais de sélection, notamment attribuables à l'utilisation des données du NHANES de 2011 à 2012, étant donné que cette enquête contient les données de personnes de 59 ans et moins¹⁸. L'incidence (et la prévalence) de la parodontite augmente avec l'âge : attribuer la parodontite à la consommation fréquente de cannabis récréatif peut donc induire en erreur¹⁷. Le tableau 6 indique les données multivariées une fois le RC ajusté¹⁸. Le fait que l'IC inclut le chiffre 1 comme valeur met en doute le fait que les données ont une valeur significative.

Tableau 6
Rapport de cotes ajusté – Modèles 1 et 2

Modèle – RC ajusté	Valeur <i>p</i> une fois le RC ajusté	IC une fois le RC ajusté
Modèle 1	<i>p</i> = 0,07	1,4; IC à 95 % : 1,1-1,9
Modèle 2	<i>p</i> = 0,03	1,9; IC à 95 % : 1,1-3,2

Source : Adaptation de Shariff JA, Ahluwalia KP, Papapanou PN. Relationship between frequent recreational cannabis (marijuana and hashish) use and periodontitis in adults in the United States: national health and nutrition examination survey 2011 to 2012. *J Periodontol.* 2017;88(3):273-280.doi:10.1902/jop.2016.160370.

Une étude semblable menée par Ortiz *et al.*¹⁹, utilisant les données de la cohorte de l'étude San Juan Overweight Adults Longitudinal Study (SOALS) et une méthodologie transversale, a évalué le RC entre la consommation de cannabis et l'infection par le virus du papillome humain (VPH) et la parodontite dans une population hispanique adulte. Les auteurs ont signalé les différentes limites de l'étude et ont indiqué qu'aucun lien entre la consommation de cannabis et l'infection par le VPH n'avait été démontré dans cette population¹⁹. Ils ont toutefois affirmé qu'il existait un lien entre la consommation de cannabis et la parodontite¹⁹. Le tableau 7, reprenant les données après ajustement du RC de l'étude en question, montre clairement qu'il n'existe aucun lien entre la consommation de cannabis et la parodontite. Il semble que les données aient été mal interprétées par Ortiz *et al.*¹⁹ car les IC incluent le chiffre 1.

Tableau 7
Rapport de cotes ajusté – Modèles 1 et 2

Consommation de cannabis	RC ajusté (IC à 95%) – Infection buccale par le VPH	RC ajusté (IC à 95%) – Parodontite sévère
Aucune consommation	Référence	Référence
Consommation occasionnelle	1,60 (0,77-3,32)	1,02 (0,64-1,64)
Consommation fréquente	0,82 (0,16-4,29)	2,93 (1,08-7,96)

Source : Adaptation de Ortiz AP, Gonzalez D, Ramos J, Munoz C, Reyes JC, Perez CM. Association of marijuana use with oral HPV infection and periodontitis among Hispanic adults: implications for oral cancer prevention. *J Periodontol.* 2018; 89 (5) : 540-548. doi : 10.1002/JPER.17-0372.

Versteeg *et al.*¹³ ont rapporté que la cohorte consommant fréquemment du cannabis (*n* = 206) présentait un indice de plaque élevé ainsi que des signes et des symptômes de gingivite, comparativement à la cohorte qui ne consommait pas de cannabis (*n* = 68); les résultats se sont avérés non significatifs sur le plan statistique.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été observé par Lopez *et al.*²⁰ en ce qui concerne la perte d'attache clinique ou les maladies parodontales chez les adolescents fumeurs de cannabis (*n* = 9163) des écoles secondaires de la province de Santiago (Chili).

Lésions de la muqueuse buccale et de la langue

Une étude réalisée par Sordi *et al.*²¹ a évalué l'incidence du cannabis sur les tissus muqueux chez 35 témoins et 35 consommateurs de drogues illicites. Dans le groupe expérimental, le nombre de participants présentant des lésions à la muqueuse était significativement plus élevé (*p* = 0,049)²¹. Cependant, il est important de souligner qu'un nombre considérable de sujets du groupe expérimental prenaient des antipsychotiques, des neuroleptiques, des anticonvulsivants et des antiépileptiques, ce qui donne à penser que cette population était prédisposée aux traumatismes intra-buccaux. En effet, on sait que les lésions buccales épisodiques auto-infligées sont courantes chez les personnes présentant des problèmes neurologiques et psychiatriques. Les lésions observées et le nombre d'observations sont indiqués dans le tableau 8²¹. Les lésions suspectes ont été évaluées par imagerie, analyses de laboratoire ou examens histopathologiques²¹. Aucune lésion cancéreuse n'a été détectée dans l'une ou l'autre des cohortes²¹.

Tableau 8
Lésions observées sur la muqueuse buccale et la langue

Lésions	Nbre d'observations dans le groupe témoin (n = 35)	Nbre d'observations dans le groupe expérimental (n = 35)
Stomatite aphteuse	0	1
Kératose frictionnelle	2	6
Candidose	0	1
Cicatrices d'extraction	0	1
Dépapillation de la langue	0	1
Consommation fréquente	0,82 (0,16-4,29)	2,93 (1,08-7,96)

Source : Adaptation de Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR, Lemos T, Munhoz EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz Oral Res.* 2017;31:e102.doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.

Les données extraites par Versteeg *et al.*¹³ ont révélé des différences significatives entre les lésions observées, notamment la présence de leucœdème, la prévalence de la candidose buccale et la charge de *Candida albicans* chez les personnes fumant du cannabis, comparativement aux fumeurs de tabac.

Des cas de leucœdème ont été observés chez 57,1% des fumeurs de cannabis par rapport à 20,2% des fumeurs de tabac ($p < 0,001$)¹³. Le leucœdème est considéré comme une variation bénigne et courante d'étiologie inconnue²². Aux États-Unis, de 70 à 90% des adultes afro-américains présentent un leucœdème; la proportion est d'environ 50% chez les enfants afro-américains. Il est moins fréquent chez les Blancs, et on l'observe plus souvent chez les hommes²². L'importance des données rapportées par Versteeg *et al.*¹³ est donc inconnue et possiblement non pertinente.

L'infection à *Candida albicans*, un micro-organisme opportuniste, n'est pas propre aux fumeurs de cannabis/méthamphétamine/tabac (CMT), de cannabis et/ou de tabac¹³. La gravité de l'infection à *Candida albicans* dépend d'autres facteurs que le tabagisme, notamment la morbidité, les comorbidités, la réponse immunitaire, la nutrition et l'hygiène buccale¹³. Les données présentées au tableau 9 sont dérivées de l'analyse documentaire de Versteeg *et al.*¹³. De toute évidence, la prévalence de la candidose ne se limite pas à la cohorte de fumeurs de CMT; 43% de la cohorte de fumeurs de tabac et 36% des témoins non-fumeurs avaient une candidose¹³. Le tableau 10 indique les valeurs p suite à une comparaison entre les 3 cohortes¹³. Comme on pouvait s'y attendre, la cohorte de fumeurs de CMT présentait une prévalence plus élevée de candidose. La méthamphétamine, un sédatif puissant qui entraîne une forte dépendance, est une cause connue de xérostomie et favorise donc la prolifération de *Candida albicans* dans la cavité buccale^{13,23}. De plus, les personnes ayant des problèmes d'abus de substances présentent souvent des difficultés socioéconomiques, et le maintien d'une santé buccodentaire optimale n'est pas toujours possible dans un tel contexte¹³.

La charge de *Candida* correspond à la densité et à l'épaisseur de la couche mycosique¹³. L'hypothèse expliquant que la charge de *Candida albicans* soit élevée chez les fumeurs de cannabis s'appuie sur la forte présence de particules d'aliments riches en glucides dans leur bouche immédiatement après avoir consommé¹³. L'hygiène buccale, ou le manque de celle-ci, doivent aussi être considérés comme un facteur influençant la charge de *Candida*¹³.

Tableau 9
Nombre de sujets sans ou avec candidose

Cohorte	Nombre de sujets sans candidose (%)	Nombre de sujets avec candidose (%)
Fumeurs de CMT	11 (38,2)	34 (61,8)
Témoins non-fumeurs (T1)	32 (64,0)	18 (36,0)
Témoins fumeurs de tabac (T2)	33 (46,9)	25 (43,1)

Source : Adaptation de Versteeg PA, Slot DE, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):315-320.doi:10.1111/j.1601-5037.2008.0031.x.

Tableau 10
Valeurs p d'un test de probabilité qui compare les cohortes

Cohorte	Valeurs p
Fumeurs de CMT par rapport aux T1	$p = 0,008$
Fumeurs de CMT par rapport aux T2	$p = 0,047$ CMT
T1 par rapport aux T2	$p = 0,452$

Source : Adaptation de Versteeg PA, Slot DE, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):315-320.doi:10.1111/j.1601-5037.2008.0031.x.

Production salivaire

Sordi *et al.*²¹ ont noté une réduction de la production salivaire chez 60% ($n = 21$) des sujets du groupe expérimental et chez 31,4% ($n = 11$) des sujets témoins. Les résultats ont été jugés statistiquement significatifs dans les deux cohortes ($p = 0,031$)²¹. La méthode utilisée pour évaluer le taux de production salivaire n'est cependant ni validée ni fiable, et très subjective. Aucune méthode de sialométrie normalisée n'a été employée, ce qui sous-entend que le nombre de cas d'hyposalivation a été largement surestimé²¹. Par ailleurs, au moment de l'étude, les sujets du groupe expérimental recevaient un traitement de toxicomanie dans l'unité psychiatrique d'un hôpital ou dans un établissement psychiatrique²¹. Aucune période de sevrage n'a été imposée dans l'un ou l'autre des groupes en ce qui concerne les médicaments pharmaceutiques, puisqu'une telle pratique aurait été contraire à l'éthique. Les auteurs reconnaissent que les sujets du groupe expérimental ont reçu des antipsychotiques, des neuroleptiques, des anticonvulsivants, des antiépileptiques, des antidépresseurs, des anxiolytiques, des complexes vitaminiques et des anti-hypertenseurs, sans toutefois préciser la dose et la posologie²¹. Il est important de souligner que tous ces médicaments entraînent une xérostomie, à l'exception peut-être des vitamines.

Indice des dents cariées, absentes ou obturées (indice CAOD)

Étrangement, les données sur l'indice CAOD rapportées par Sordi *et al.*²¹ étaient significativement plus élevées dans le groupe témoin. Il s'agit probablement d'une conséquence attribuable au fait que les sujets du groupe expérimental ont reçu des soins dentaires réguliers, ces participants ayant été recrutés dans la clinique d'une école de dentisterie²¹. Notons que le nombre de dents cariées dans le groupe expérimental correspond à plus du double de celui du groupe témoin. Les données enregistrées par Sordi *et al.*²¹ sur l'indice CAOD sont indiquées dans le tableau 11.

Tableau 11
Indice CAOD observé

Composantes de l'indice CAOD	Nombre d'observations dans le groupe témoin (n = 35)	Nombre d'observations dans le groupe expérimental (n = 35)
Une dent cariée ou plus	n = 10	n = 21
Une dent absente ou plus	n = 26	n = 24
Une dent obturée ou plus	n = 30	n = 27
Indice CAOD moyen global	12,3	9,8

Source : Adaptation de Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR, Lemos T, Munhoz EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz Oral Res.* 2017;31:e102.doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.

Versteeg *et al.*¹³ ont signalé que l'indice CAOD était statistiquement non significatif dans la cohorte dont la consommation de cannabis était élevée (n = 206), comparativement à la cohorte qui ne consommait pas de cannabis (n = 68).

CONCLUSION

En raison des contraintes méthodologiques associées à la présente analyse documentaire, la quantité de données probantes de grande qualité relatives à la question de recherche est limitée. La documentation retenue et examinée ne fournit pas de réponses définitives quant aux effets du cannabis sur la santé buccodentaire. Les données démographiques des adultes en ce qui concerne la consommation de cannabis sont rares, et la présente analyse a par conséquent misé sur la collecte de données rigoureuses provenant de rapports des CDC sur les adolescents et les jeunes adultes, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et l'Institut national de santé public du Québec (INSPQ). Les données d'essais et d'études tirées de certaines revues de dentisterie comportent des limites importantes, et certains des résultats sont rapportés de façon inexacte, notamment les IC relatifs aux RC. Le manque de données probantes se traduit par un manque de connaissances, ce qui constitue, en effet, un problème pour l'ensemble des professionnels dentaires et de leurs patients, donc un problème *conjoint*.

Références

- Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S *et al.* Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2015;313(24):2456-2473.doi:10.1001/jama.2015.6358.
- Gouvernement du Canada. Ministère de la Justice. Légalisation et réglementation du cannabis site Web. <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/cannabis/>. Modifié le 17 octobre 2018. Accédé le 31 janvier 2019.
- Pujazon-Zazik M, Park MJ. Marijuana: use among young males and health outcomes. *Am J Mens Health.* 2009;3(3):265-274.doi:10.1177/1557988309340577.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Division of Adolescent and School Health. Trends in the prevalence of marijuana, cocaine, and other illegal drug use. National YRBS : 1991-2017 site Web. https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trends/2017_us_drug_trend_yrbs.pdf. Accédé le 31 janvier 2019.
- Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance summaries. *MMWR.* 2018;67(8):1-479.
- Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec. L'usage de cannabis au Québec et au Canada: portrait et evolution. 2017(7):3.
- Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec. L'usage de cannabis au Québec et au Canada: portrait et evolution. 2017(7):5.
- Gouvernement du Québec. Institut national de santé publique du Québec. L'usage de cannabis au Québec et au Canada: portrait et evolution. 2017(7):4.
- De Carvalho MF, Dourado MR, Fernandes IB, Araujo CT, Mesquita AT, Ramos-Jorge ML. Head and neck cancer among marijuana users: a meta-analysis of matched case-control studies. *Arch Oral Biol.* 2015;60(12):1750-1755.doi:10.1016/j.archoralbio.2015.09.009.
- Osazuwa-Peters N, Adjei-Boakye E, Loux TM, Varvares MA, Schootman M. Insufficient evidence to support or refute the association between head and neck cancer and marijuana use. *J Evid Based Dent Pract.* 2016;16(2):127-129. doi:10.1016/j.jebdp.2016.06.004.
- Marks MA, Chaturvedi AK, Kelsey K *et al.* Association of marijuana smoking with oropharyngeal and oral tongue cancers: pooled analysis from the INHANCE Consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014;23(1):160-171. doi:10.1158/1055-9965.EPI-13-0181.
- Berthet A, De Cesare M, Favrat B, Sporkert F, Augsburg M, Thomas A, Giroud C. A systematic review of passive exposure to cannabis. *Forensic Sci Int.* 2016;269:97-112.doi:10.1016/j.forsciint.2016.11.017.
- Versteeg PA, Slot DE, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):315-320. doi:10.1111/j.1601-5037.2008.0031.x.
- Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM *et al.* Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. *JAMA.* 2008;299(5):525-531.doi:10.1001/jama.299.5.525.
- Seering LM, Nascimento GG, Peres MA, Horta BL, Demarco FF. Tooth loss in adults and income: systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2015;43(9):1051-1059.
- Meier MH, Caspi A, Cerda M *et al.* Associations between cannabis use and physical health problems in early midlife: a longitudinal comparison of persistent cannabis versus tobacco users. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(7):731-740.doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0637.
- Thomson WM, Shearer DM, Broadbent JM, Foster Page LA, Poulton R. The natural history of periodontal attachment loss during the third and fourth decades of life. *J Clin Periodontol.* 2013;40(7):672-680.doi:10.1111/jcpe.12108.
- Shariff JA, Ahluwalia KP, Papananou PN. Relationship between frequent recreational cannabis (marijuana and hashish) use and periodontitis in adults in the United States: national health and nutrition examination survey 2011 to 2012. *J Periodontol.* 2017;88(3):273-280.doi:10.1902/jop.2016.160370.
- Ortiz AP, Gonzalez D, Ramos J, Munoz C, Reyes JC, Perez CM. Association of marijuana use with oral HPV infection and periodontitis among Hispanic adults: implications for oral cancer prevention. *J Periodontol.* 2018;89(5):540-548. doi:10.1002/JPER.17-0372.
- Lopez R, Baelum V. Cannabis use and destructive periodontal diseases among adolescents. *J Clin Periodontol.* 2009;36(3):185-189.doi:10.1111/j.1600-051X.2008.01364.x.
- Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR, Lemos T, Munhoz EA. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz Oral Res.* 2017;31:e102.doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0102.
- Madani FM, Kuperstein AS. Normal variations of oral anatomy and common oral soft tissue lesions. *Med Clin N Am.* 2014;98:1281-1298.doi:10.1016/j.mcna.2014.08.004.
- Madjroh N, Olander ER, Bundgaard C, Soderhielm PC, Jensen AA. Functional properties and mechanism of action of PPTQ, an allosteric agonist and low nanomolar positive allosteric modulator and GABBA_α receptors. *Biochem Pharmacol.* 2018;147:153-169. doi:10.1016/j.bcp.2017.11.006.

GLOSSAIRE

Termes utilisés	Définition
Données multivariées	Multivariées ou multidimensionnelles est un jeu de données contenant plus de deux variables (généralement en colonnes) mesurées sur plus de deux unités statistiques (individus, patients, sites, etc.), généralement en lignes.
Intervalle de confiance	Intervalle construit autour de la valeur observée à partir d'un échantillon et ayant une certaine probabilité de contenir la valeur réelle de la caractéristique étudiée.
MeSH (Medical Subject Headings)	Répertoire structuré de termes de référence dans le domaine biomédical établi et mise à jour chaque année par la National Library of Medicine américaine, la NLM l'utilise pour indexer et permettre d'interroger ses bases de données, notamment MEDLINE/PubMed.
Méta-analyse	Méthode scientifique systématique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné, selon un protocole reproductible. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale.
Opérateur booléen	Outil linguistique grâce auquel on peut combiner des recherches informatiques afin de les expliciter ou de les préciser. Les trois mots courants de notre langage considérés comme des opérateurs booléens sont ET, OU et SAUF. Le terme « booléen » vient du mathématicien britannique George Boole (1815-1864) qui a travaillé sur la théorie des ensembles. La recherche est fondée sur la théorie des ensembles. Un ensemble est le résultat d'une requête.
Rapport de cotes	Rapport entre deux cotes témoignant de la force du lien entre l'exposition à un facteur de risque et la survenue d'une affection. Selon la cote considérée, on parlera par exemple d'un rapport de cotes d'exposition ou d'un rapport de cotes de maladie.
Relation dose-réponse	Relation entre la dose absorbée et un effet particulier.
Suréchantillonnage	Données spécifiques sur les communautés dans les études statistiques et les sondages.
Variable de confusion	Variable différente du traitement étudié et qui peut modifier les résultats mesurés d'un essai.

SIGLES

Sigle	Signification
CDC	Centers for Disease Control and Prevention / Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
CMT	Cannabis / méthaqualone / tabac
EI	Effets indésirables
IC	Intervalle de confiance
Indice CAOD	Indice représentant le nombre de dents (D) cariées (C), absentes (A) à cause de carie ou obturées (O).
INHANCE Consortium	International Head and Neck Cancer Epidemiology / Consortium international de recherche épidémiologique sur les cancers de la tête ou du cou
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey / Enquête nationale sur l'examen de la santé et de la nutrition
RC	Rapport de cotes
RR	Risque relatif
YRBSS	Youth Risk Behavior Surveillance System / Réseau de surveillance des conduites à risque chez les jeunes



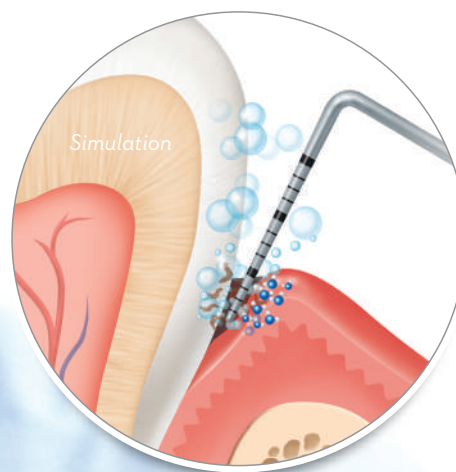
JUSQU'À 4 MM, VOYEZ LA DIFFÉRENCE QUE CELA PEUT FAIRE

Le dentifrice Crest Gum Detoxify avec mousse activée aide à neutraliser les bactéries responsables de la plaque jusqu'à 4 mm sous la marge gingivale. Il combat la plaque pendant 12 heures.

La technologie du dentifrice Crest Gum Detoxify, spécialement reformulée au fluorure stanneux, a été éprouvée en clinique pour inverser la gingivite et aider à réduire les saignements et l'inflammation des gencives chez 99 % des patients souffrant de gingivite après 8 semaines dans des études cliniques¹.

Il est temps de vous attendre à plus de votre dentifrice.

Aidez à protéger votre santé gingivale et celle de vos patients. Essayez le nouveau dentifrice Crest Gum Detoxify.



Le dentifrice Crest Gum Detoxify pénètre jusqu'à 4 mm sous la marge gingivale



Éprouvé en clinique : des gencives plus saines.

ALLEZ JUSQU'AU BOUT DE LA GINGIVITE



Le nouveau dentifrice
Crest Gum Detoxify
travaille jusqu'à 4 mm
sous la marge gingivale.

Le fluorure stanneux se lie aux toxines néfastes des bactéries responsables de la plaque, ce qui aide à les empêcher de déclencher la réponse inflammatoire cellulaire. Il a été cliniquement prouvé que le dentifrice Crest Gum Detoxify aide à inverser la gingivite et à réduire les saignements des gencives et l'inflammation chez plus de 99 % des patients atteints de gingivite*.

Recommandez le nouveau dentifrice Crest Gum Detoxify.



* dans le cadre d'études cliniques.

GUIDE DES DONNÉES PROBANTES SUR LE CANNABIS À DES FINS MÉDICALES

Information destinée aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé

- REPRODUCTION AUTORISÉE PAR L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA

Cannabis à des fins médicales, 25 janvier 2018



ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

NOTE DE LA RÉDACTION

Pourquoi publier ce guide dans *L'Explorateur* ?

Ce guide vise à fournir aux pharmaciens et aux autres professionnels de la santé un résumé des meilleures données probantes disponibles sur l'usage du cannabis et des cannabinoïdes à des fins médicales pour diverses indications : douleur, sclérose en plaques, nausées et vomissements causés par la chimiothérapie et épilepsie. Cet outil vous aidera à approfondir vos connaissances en la matière.

En le partageant, l'OHDQ souhaite rappeler à ses membres l'importance déontologique du questionnaire médical, une première étape importante dans la prestation des soins. Vous devez être prêts à toute éventualité pour orienter vos soins et vos services de la manière la plus adaptée possible, en ayant en tête le diagnostic du patient et les médicaments et les substances qu'il utilise à des fins thérapeutiques, y compris le cannabis quand un patient vous confie en consommer.

L'OHDQ vous rappelle que le questionnaire médical complet doit être remis et signé par l'hygiéniste dentaire lors de la première visite du patient. Une mise à jour datée doit se faire à chaque visite du patient, même si le dernier rendez-vous était la veille.

Introduction

Ce guide des données probantes a été élaboré pour fournir aux pharmaciens aux autres professionnels de la santé un résumé organisé des meilleures données probantes disponibles sur l'usage du cannabis et des cannabinoïdes à des fins médicales pour diverses indications dont la douleur, la sclérose en plaques, les nausées et vomissements causés par la chimiothérapie et l'épilepsie.

Bien qu'il existe un certain nombre d'essais de qualité variable évaluant l'usage du cannabis à des fins médicales, les données probantes solides dans ce domaine sont limitées. Les références choisies pour ce guide comprennent des évaluations systématiques, des méta-analyses et des essais contrôlés à répartition aléatoire. Les lignes directrices précisant la qualité des données probantes sur lesquelles reposent leurs recommandations et rapportant les effets indésirables ont aussi été incluses. Les études fondées sur des rapports de cas, des preuves empiriques, des opinions d'experts et celles dont la méthodologie laisse à désirer ont été exclues de ce résumé. Malgré cela, les meilleures données probantes actuelles sont de qualité modérée et leurs limites incluent l'absence de mesures normalisées de la douleur à travers les études menées sur la douleur, la courte durée des études et les difficultés de mener les études à l'insu et de créer un groupe témoin sous placebo.

Finalement, la majorité de ces études ont évalué l'usage du cannabis en traitement d'appoint de troisième ou de quatrième intention et ne valident pas l'usage du cannabis en remplacement des traitements standards pour quelle qu'indication que ce soit. La recherche sur l'usage du cannabis et des cannabinoïdes à des fins médicales est en constante évolution et ce document sera régulièrement mis à jour pour s'harmoniser avec les données probantes les plus récentes.

BIBLIOTHÈQUE DE RÉFÉRENCE

Douleur générale

Whiting, P., Wolff R., Deshpande S., et coll. Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 313(24):2456-73. doi:10.1001/jama.2015.6358.

Objectif : Évaluer de façon systématique les bienfaits et les effets indésirables des cannabinoïdes.

Méthodologie : Vingt-huit études menées sur la douleur dont 12 portaient sur la douleur neuropathique (centrale, périphérique ou non précisée); 3, sur la douleur liée au cancer; 3, sur la neuropathie périphérique chez le patient diabétique; 2, sur la fibromyalgie; 2, sur la neuropathie sensorielle liée à l'infection par le VIH et une pour chacun des sujets suivants : douleur réfractaire liée à la sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde (PR), douleur non liée au cancer, douleur centrale, douleur musculo-squelettique et douleur causée par la chimiothérapie. Les cannabinoïdes ont été administrés en appoint au traitement standard. Treize études ont porté sur le nabiximols; 4, sur le THC fumé; 5, sur le nabilone; 3, sur le THC en vaporisateur buccal; 2, sur le dronabinol; 1, sur le cannabis en vaporisateur; 1, sur le THC par voie orale; et 1, sur des capsules d'acide ajulémiq.

Résultats : Le nombre moyen de patients ayant signalé un soulagement de la douleur d'au moins 30% était plus élevé dans les groupes sous cannabinoïdes que dans ceux sous placebo au regard de la douleur liée au cancer et de la douleur neuropathique (rapport de cote : 1,41 [IC à 95% : de 0,99 à 2,00]; 8 essais). Un essai portant sur le THC fumé a signalé l'effet bénéfique le plus important (rapport de cote : 3,43 [IC à 95% : de 1,03 à 11,48]).

Conclusion : L'article concluait que les données probantes de qualité modérée, selon la classification par CATÉGORIE (GRADE), laissaient supposer que les cannabinoïdes pourraient être bénéfiques dans le traitement de la douleur neuropathique chronique ou de la douleur liée au cancer (THC fumé et nabiximols).

Limites : Les essais inclus présentaient certaines faiblesses dont l'absence de traitement approprié des abandons, la présentation sélective des résultats, une description inadéquate des méthodes de répartition aléatoire, de dissimulation de l'attribution des traitements et d'insu. Les études incluses utilisaient différentes mesures pour évaluer des effets similaires, différents types de cannabinoïdes et diverses voies d'administration.



Douleur aiguë

Stevens A.J, Higgins MD. A systematic review of the analgesic efficacy of cannabinoid medications in the management of acute pain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2017; 61(3):268-80. doi:10.1111/aas.12851.

Objectif : Évaluer l'efficacité analgésique et les effets indésirables des cannabinoïdes utilisés dans le soulagement de la douleur aiguë.

Méthodologie : Sept essais contrôlés à répartition aléatoire ayant évalué l'efficacité analgésique des cannabinoïdes par rapport à celle d'un placebo ou d'un agent comparateur actif chez 611 patients au total.

Solidité des données : La solidité de l'ensemble des données probantes a été évaluée selon la classification par CATÉGORIE : données probantes de qualité modérée.

Conclusion : Les études n'ont pas démontré l'efficacité des cannabinoïdes dans le soulagement de la douleur aiguë. Les auteurs de l'article ont conclu que les cannabinoïdes ne jouaient aucun rôle dans le soulagement de la douleur aiguë.

Limites : Le risque de biais n'était pas clair pour une grande partie des évaluations en raison d'une description inadéquate de la méthodologie. Les agents comparateurs, les modèles cliniques de douleur aiguë, les populations, les méthodes de déclaration et d'évaluation de la douleur et les cannabinoïdes utilisés étaient variés. Seuls 7 essais cliniques à répartition aléatoire ont été inclus.

Douleur liée au cancer

Portenoy RK, Ganae-Motan ED, Allende S, et coll. Nabiximols for opioid-treated cancer patients with poorly-controlled chronic pain: a randomized, placebo-controlled, graded-dose trial. *J Pain*. 2012;13(5):438-49. doi:10.1016/j.jpain.2012.01.003.

Objectif : Évaluer l'innocuité et l'efficacité du nabiximols comparativement à celles d'un placebo chez des patients dont la douleur liée au cancer n'est pas maîtrisée de façon satisfaisante.

Méthodologie : Trois cent soixante patients souffrant d'un cancer à un stade avancé et de douleur réfractaire aux opioïdes ont reçu un placebo ou le nabiximols (2,7 mg de THC, 2,5 mg de CBD) à une faible dose (de 1 à 4 vaporisations par jour), à une dose modérée (de 6 à 10 vaporisations par jour) ou à une dose élevée (de 11 à 16 vaporisations par jour). La douleur moyenne, la pire douleur et les troubles du sommeil ont été mesurés tous les jours pendant 5 semaines de traitement; 263 patients ont mené l'étude à terme.

Résultats : Le taux de réponse de 30% signalé dans l'analyse primaire n'a pas été significatif pour le nabiximols par rapport au placebo ($p = 0,59$). L'analyse secondaire de la réponse continue a révélé un taux de réponse significativement plus élevé pour le nabiximols que pour le placebo ($p = 0,035$) au regard de la douleur quotidienne moyenne du début à la fin de l'étude particulièrement à la faible dose ($p = 0,008$) et à la dose modérée ($p = 0,039$).

Conclusion : Cette étude valide l'efficacité et l'innocuité du nabiximols aux deux doses les plus faibles et fournit d'importantes données sur la dose pour des essais ultérieurs.

Limites : Les doses n'ont pas été adaptées en fonction de l'état du patient. Comme la modification de la posologie des opioïdes était déconseillée pour simplifier l'analyse des données, la capacité d'évaluer un possible effet d'épargne opioïde lié aux cannabinoïdes était réduite.

Douleur neuropathique

Iskedjian M, Bereza B, Gordon A, Piwko C, Einarson TR. Meta-analysis of cannabis based treatments for neuropathic and multiple-sclerosis-related pain. *Curr Med Res Opin.* 2007;23(1): 17-24. doi:10.1185/030079906X158066.

Objectif : Résumer les données sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments à base de cannabinoïdes dans le traitement de la douleur neuropathique.

Méthodologie : Inclusion de 7 articles portant sur 298 patients au total. Les données comprenaient le score de la douleur, au début et à la fin des études, mesuré sur une échelle visuelle analogique de 10 cm ou sur une échelle ordinale de 11 points.

Résultats : Les données groupées de tous les cannabinoïdes ont révélé une diminution du score de la douleur de $1,6 \pm 0,4$ point ($p < 0,001$). À la mesure du paramètre d'évaluation à la fin des études, les cannabinoïdes étaient supérieurs au placebo de $0,8 \pm 0,3$ point ($p = 0,029$).

Solidité des données : Score de Jadad. Tous les articles ont obtenu la cote « bon » (5 ont obtenu le maximum de points, soit 5; une, 4 points et les autres, 3 points. Le score moyen était de 4,6 points).

Conclusion : Les cannabinoïdes y compris ceux en vaporisateur buccal traitent efficacement la douleur neuropathique associée à la sclérose en plaques.

Limites : Les études étaient fondées sur la présomption que la douleur liée à la sclérose en plaques était similaire à d'autres douleurs neuropathiques. Aucune étude n'a évalué le traitement pendant plus de 6 semaines. Divers types de cannabinoïdes ont été utilisés dans ces études (CBD/THC en vaporisateur buccal, CBD et dronabinol).

Meng H, Johnston B, Englesakis M, Moulin DE, Bhatia A. Selective cannabinoids for chronic neuropathic pain: A systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg.* 2017;125(5):1638-52. doi:10.1213/ANE.0000000000002110.

Objectif : Établir l'efficacité analgésique et l'innocuité de cannabinoïdes sélectifs.

Méthodologie : Onze essais contrôlés à répartition aléatoire ayant comparé des cannabinoïdes sélectifs (dronabinol, nabilone, nabiximols) à des traitements classiques ou à un placebo. Ces études ont été menées chez 1 219 patients âgés d'au moins 18 ans et souffrant de douleur neuropathique d'intensité modérée ou grave depuis au moins 3 mois.

Résultats : Les groupes ayant reçu le traitement ont présenté une baisse significative, mais légère sur le plan clinique, du score moyen à l'échelle d'évaluation numérique de la douleur (intervalle de 0 à 10) par rapport à l'agent comparateur ($-0,65$ point; IC à 95% : de $-1,06$ à $-0,23$ point ($p = 0,002$)).

Solidité des données : Le degré de certitude des données probantes a été établi selon la classification par CATÉGORIE. CATÉGORIE : faible recommandation et données probantes de qualité modérée.

Conclusion : Les cannabinoïdes sélectifs procurent un léger bienfait analgésique chez les patients atteints de douleur neuropathique chronique.

Limites : La qualité des rapports, l'étiologie de la douleur neuropathique, le type et la dose de cannabinoïde sélectif étaient variables.

Andrae MH, George MH, Naum S, et coll. Inhaled cannabis for chronic neuropathic pain: A meta-analysis of individual patient data. *The Journal of Pain.* 2015;16(12):1221-32. doi:10.1016/j.jpain.2015.07.009.

Objectif : Résumer les données probantes sur l'usage du cannabis inhalé dans le soulagement de la douleur neuropathique chronique.

Méthodologie : Inclusion de cinq essais contrôlés à répartition aléatoire d'une durée maximale de 2 semaines menés chez 178 patients au total. Les études ont comparé un placebo au cannabis inhalé (plante de cannabis entière) sous forme de cigarettes préroulées, par vaporisateur Volcano (1 étude) ou sous forme de gélules administrées à l'aide d'une pipe (1 étude).

Résultats : Le rapport de cote associé à une réduction d'au moins 30% du score de la douleur par le cannabis versus le placebo a été de 3,2 (intervalle de crédibilité [bayésien] : de 1,59 à 7,24), ce qui représente des bienfaits au moins modérés selon la définition d'IMPACT (Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials).

Conclusion : L'article laisse supposer que le cannabis inhalé procure des bienfaits de courte durée chez 1 patient sur 5 ou 6 atteints de douleur neuropathique chronique.

Limites : L'étiologie de la douleur neuropathique différait d'une étude à l'autre. L'article incluait un petit nombre d'études et un petit échantillon de patients; de plus, les études étaient de courte durée. Il est possible qu'un insu inefficace pour les patients ait entraîné un biais.

Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Zoheiry N, Lakha SF. Efficacy and adverse effects of medical marijuana for chronic non-cancer pain: Systematic review of randomized control trials. *Can Fam Physician.* 2015;61(8):e372-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4541447>. Publié en août 2015. Consulté en janvier 2018.

Objectif : Établir si le cannabis à des fins médicales apporte un soulagement de la douleur chez les patients souffrant d'une douleur chronique non liée au cancer et déterminer la dose thérapeutique, les effets indésirables et les indications particulières.

Méthodologie : Inclusion de 6 essais contrôlés à répartition aléatoire ayant évalué les cannabinoïdes (non synthétiques) inhalés sous forme de cigarettes ou par vaporisateur. Cinq des études portaient sur la douleur neuropathique (en appoint à d'autres analgésiques). La durée maximale de l'intervention était de 5 jours. La durée des études variait de 17 jours à 8 semaines.

Conclusion : Des données probantes corroboraient l'usage d'une faible dose de cannabis à des fins médicales en association avec des analgésiques classiques dans le traitement de la douleur neuropathique chronique réfractaire. Cette étude ne valide pas l'usage généralisé du cannabis à des fins médicales pour l'ensemble des douleurs chroniques non liées au cancer.

Limites : Seules 6 études ont été incluses et toutes étaient de courte durée. L'étiologie de la douleur neuropathique et les antécédents d'usage du cannabis étaient variables. Les études qui permettaient aux patients d'utiliser des analgésiques en concomitance ne précisaient pas la dose initiale.

Douleur liée à la sclérose en plaques

Jawahar R, Oh U, Yang S, Lapane K. A systematic review of pharmacological pain management in multiple sclerosis. *Drugs*. 2013;73(15):1711-22. doi:10.1007/s40265-013-0125-0.

Objectif : Évaluation systématique des stratégies de prise en charge visant le soulagement de la douleur névralgique non spastique et non liée au trijumeau chez des patients atteints de sclérose en plaques.

Méthodologie : Inclusion de 15 études dont la durée variait de 5 à 14 semaines. Les études ont évalué le nabiximols (2,7 mg de D9-THC et 2,5 mg de CBD en vaporisateur buccal) et le dronabinol (capsule de THC à 2,5 mg par voie orale).

Résultats : Une étude de classe I menée sur le nabiximols chez des patients présentant une douleur centrale a signalé une amélioration du score de la douleur. Une autre étude de classe I portant sur le nabiximols (sur la spasticité, les spasmes, les problèmes de vessie, les tremblements ou la douleur musculo-squelettique) n'a signalé aucun soulagement de la douleur. L'essai de classe 3 mené sur le dronabinol a signalé une amélioration du score de la douleur chez les patients présentant une douleur centrale. L'effet des cannabinoïdes selon les données groupées (3 études, 565 participants) a été de 0,08 (IC à 95% : de -0,74 à 0,89).

Conclusion : Cette méta-analyse ne corrobore pas l'utilisation du nabiximols dans le soulagement de la douleur.

Limites : Seulement 3 des 15 études incluses ont évalué le THC/CBD. La présentation de la dissimulation de l'attribution des traitements et de l'observance dans les groupes traités et comparatifs était de piètre qualité.

Ware MA, Wang T, Shapiro S, et coll. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: A randomized controlled trial. *CMAJ*. 2010;182(14):E694-701. doi:10.1503/cmaj.091414.

Objectif : Approfondir les connaissances sur l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé chez 23 adultes atteints d'une douleur neuropathique subséquente à un traumatisme ou à une chirurgie.

Méthodologie : Évaluation du cannabis fumé (THC à 0%, à 2,5%, à 6%, à 9,4%). Inhalation d'une dose unique de 25 mg à l'aide d'une pipe trois fois par jour pendant 5 jours, suivie d'une période de sevrage de 9 jours et ce, pour 4 périodes de 14 jours. L'intensité de la douleur a été mesurée à l'aide d'une échelle d'évaluation numérique de 11 points.

Résultats : L'intensité quotidienne moyenne de la douleur était plus faible sous le THC à 9,4% comparativement au THC à 0% (5,4 c. 6,1; différence = 0,7, IC à 95% : de 0,02 à 1,4); amélioration signalée de l'endormissement (plus facile, $p = 0,001$; plus rapide, $p < 0,001$, plus de somnolence, $p = 0,003$) et de la qualité du sommeil ($p = 0,01$) avec le THC à 9,4% comparativement au THC à 0%.

Conclusion : Une seule inhalation de 25 mg de cannabis végétal à une teneur de 9,4% de THC 3 fois par jour a réduit l'intensité de la douleur, a amélioré le sommeil et a été bien tolérée.

Limites : Seuls 23 patients ont été inclus. La durée du traitement n'était que de 5 jours. La teneur maximale en THC était établie en fonction de la limite légale et non en fonction de l'atteinte de la dose efficace. Risque d'effet de persistance en raison de la courte période de sevrage.

Spasticité causée par la sclérose en plaques

Whiting, P, Wolff R, Deshpande S, et coll. Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 313(24):2456-73. doi:10.1001/jama.2015.6358.

Objectif : Évaluer de façon systématique les bienfaits et les effets indésirables des cannabinoïdes.

Méthodologie : Quatorze études portant sur la spasticité causée par la sclérose en plaques (11) ou la paraplégie (3) ayant évalué des cannabinoïdes par rapport à un placebo. Six études ont évalué le nabiximols; 3, le dronabinol; 1, le nabilone; 4, le THC/CBD; 1, l'ECPO02A; et 1, le THC fumé.

Résultats : Diminution moyenne de 0,12 point du score sur l'échelle d'Ashworth associée aux cannabinoïdes comparative-ment au placebo (différence moyenne pondérée : -0,12 [IC à 95% : de -0,24 à 0,01]; 5 essais), ce qui ne représente pas une différence significative. Les cannabinoïdes ont aussi été associés à une amélioration moyenne plus importante du score sur des échelles numériques (différence moyenne : -0,76 [IC à 95% : de -1,38 à -0,14]; 3 essais). Le nombre moyen de patients ayant signalé une amélioration du score sur une échelle d'impression globale était plus élevé avec le nabiximols qu'avec le placebo (rapport de cote : 1,44 [IC à 95% : de 1,07 à 1,94]; 3 essais).

Conclusion : Selon la classification par CATÉGORIE, les données probantes corroborent l'usage des cannabinoïdes dans le traitement de la spasticité causée par la sclérose en plaques étaient de qualité modérée.

Limites : Les essais inclus présentaient certaines faiblesses : l'absence de traitement approprié des abandons, la présentation sélective des résultats, une description inadéquate des méthodes de répartition aléatoire, une dissimulation de l'attribution des traitements et d'insu. Les études incluses utilisaient différentes mesures pour évaluer des effets similaires, différents types de cannabinoïdes et diverses voies d'administration. La fiabilité de l'échelle modifiée d'Ashworth mesurant la spasticité est mise en doute.

Corey-Bloom J, Wolfson T, Jin S, Marcotte T, Bentley H, Gouaux B. Smoked cannabis for spasticity in multiple sclerosis: a randomized, placebo-controlled trial. *CMAJ*. 2012;184(10):1143-50. doi:10.1503/cmaj.110837.

Objectif : Établir l'effet à court terme du cannabis fumé sur la spasticité causée par la sclérose en plaques.

Méthodologie : L'étude a été menée chez 37 adultes atteints de sclérose en plaques et de spasticité. Le cannabis fumé (une fois par jour pendant 3 jours) était comparé à des cigarettes identiques de placebo.

Résultats : Le cannabis fumé a été associé à une réduction moyenne additionnelle de 2,74 points du score sur l'échelle d'évaluation modifiée d'Ashworth par rapport au placebo ($p < 0,0001$). Le score de la douleur sur une échelle visuelle analogue a été réduit de 5,28 points de plus en moyenne qu'avec le placebo ($p = 0,008$). Aucun changement au test chronométré de marche et aucun effet indésirable grave n'ont été signalés. Les résultats de cet article ont aussi été traités dans l'évaluation systématique menée par Whiting *et al.*

Conclusion : Le cannabis fumé a été plus efficace que le placebo dans le soulagement des symptômes et de la douleur de la spasticité réfractaire au traitement.

Limites : La durée de l'intervention n'était que de 3 jours. Bon nombre de patients avaient déjà consommé du cannabis et reconnaissaient la réponse favorable au cannabis. La fiabilité de l'échelle modifiée d'Ashworth mesurant la spasticité est mise en doute.

Zajicek J, Hobart J, Slade A, Barnes D, Mattison P. Multiple sclerosis and extract of cannabis: Results of the MUSEC trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012; 83(11):1125-32. doi:10.1136/jnnp-2012-302 468.

Objectif : Divulguer les résultats de l'étude MUSEC (MS and Extract of Cannabis) qui visait à valider les données fondées sur les patients d'études antérieures.

Méthodologie : Étude contrôlée à répartition aléatoire, à double insu, de phase III, menée dans 22 centres au Royaume-Uni chez 279 patients présentant une sclérose en plaques stable et ayant reçu pendant 12 semaines un extrait de cannabis par voie orale ou un placebo.

Résultats : Le pourcentage de patients ayant signalé un soulagement a été de 29,4% dans le groupe sous cannabis et de 15,7% dans le groupe sous placebo (rapport de cote : 2,26; IC à 95% : de 1,24 à 4,13, $p = 0,004$, valeur unilatérale). Le soulagement de la raideur musculaire signalé par les patients a été systématiquement plus élevé dans le groupe ayant pris l'extrait de cannabis que dans celui sous placebo. La différence a été significative ($p < 0,025$, valeur unilatérale). Les résultats de cet article ont aussi été traités dans l'évaluation systématique menée par Whiting et coll .

Conclusion : L'étude a démontré la supériorité de l'extrait de cannabis par rapport au placebo dans le traitement de la raideur musculaire associée à la sclérose en plaques.

Limites : Absence de mesure objective de la spasticité. Des échelles d'évaluation subjectives ont été utilisées et, comme avec toutes les échelles d'évaluation, le score obtenu par auto-évaluation peut être influencé par l'état du patient au moment de remplir le questionnaire.

Meza R, Pena J, Garcia K, Corsi O, Rada G. Are cannabinoids effective in multiple sclerosis? *Medwave*. 2017; 17(Suppl1):e6865. doi: 10.5867/medwave.2017.6865.

Objectif : Évaluer le rôle des cannabinoïdes dans la sclérose en plaques.

Méthodologie : Une méta-analyse de 25 évaluations systématiques a été effectuée pour résumer les données à l'aide de la classification par CATÉGORIE. Une étude portait sur le cannabis fumé; 9, sur le cannabis sous forme de capsules; 2, sur le dronabinol; 10, sur le nabiximols en vaporisateur sublingual et d'autres, sur des méthodes moins traditionnelles.

Résultats : Les cannabinoïdes n'ont pas réduit la spasticité associée à la sclérose en plaques. Le degré de certitude des données probantes est élevé. Les cannabinoïdes n'ont pas réduit la douleur liée à la sclérose en plaques. Le degré de certitude des données probantes est élevé. Les cannabinoïdes sont associés à des effets indésirables probablement fréquents en présence de sclérose en plaques. Le degré de certitude des données probantes est modéré.

Conclusion : Les cannabinoïdes ne réduisent pas la spasticité ou la douleur liée à la sclérose en plaques et ils sont associés à des effets indésirables qui sont probablement fréquents en présence de sclérose en plaques.

Limites : Les voies d'administration étaient diverses, tout comme le type de cannabinoïdes. La gravité de l'atteinte des patients n'était pas signalée dans toutes les études. Seulement 7 essais à répartition aléatoire ont signalé les effets des cannabinoïdes sur la douleur et la spasticité liées à la sclérose en plaques et ont été inclus dans la méta-analyse.

Nausées et vomissements causés par la chimiothérapie

Whiting, P, Wolff R, Deshpande S, et coll. Cannabinoids for medical use: A systematic review and meta- analysis. *JAMA*. 2015;313(24):2456-73. doi:10.1001/jama.2015.6358.

Objectif : Évaluer de façon systématique les bienfaits et les effets indésirables des cannabinoïdes.

Méthodologie : Des cannabinoïdes ont été administrés en appoint au traitement standard; 28 études ont été menées sur les nausées et les vomissements. Quatorze ont porté sur le nabilone; 3, sur le dronabinol; 1, sur le nabiximols; 4, sur le lévonantradol; et 6, sur le THC.

Résultats : Toutes ont laissé supposer des bienfaits plus importants avec les cannabinoïdes qu'avec les comparateurs actifs et le placebo (les résultats n'étaient pas tous statistiquement significatifs). Un plus grand nombre de patients souffrant de nausées et de vomissements ont présenté une réponse complète sous cannabinoïdes que sous placebo (rapport de cote : 3,82 [IC à 95% : de 1,55 à 9,42]; 3 essais).

Conclusion : Des données probantes de faible qualité évoquent que les cannabinoïdes procurent un soulagement des nausées et vomissements causés par la chimiothérapie.

Limites : Les essais inclus présentaient certaines faiblesses dont l'absence de traitement approprié des abandons, la présentation sélective des résultats, une description inadéquate des méthodes de répartition aléatoire, de dissimulation de l'attribution des traitements et d'insu. Les études incluses utilisaient différents types de cannabinoïdes et diverses voies d'administration.

Épilepsie

Devinsky O, Cross JH, Laux L, et coll. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the Dravet Syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376(21):2011-20. doi:10.1056/NEJMoa1611618.

Objectif : Évaluer le cannabidiol (CBD) dans le traitement des convulsions réfractaires aux médicaments associées au syndrome de Dravet.

Méthodologie : Cent vingt enfants et jeunes adultes atteints du syndrome de Dravet et présentant des convulsions réfractaires aux médicaments ont été inclus. Une solution orale de CBD (dose de 20 mg par kilogramme de poids corporel par jour) a été administrée en association avec le traitement antiépileptique standard et a été comparée à un placebo pendant une période de traitement de 14 semaines par rapport à une période initiale de 4 semaines.

Résultats : Diminution significative de la fréquence mensuelle médiane des crises convulsives (de 12,4 à 5,9 sous CBD versus de 14,9 à 14,1 sous placebo [IC à 95% : de -41,1 à -5,4; $p = 0,01$]). L'état global s'est amélioré d'au moins une catégorie sur l'échelle Caregiver Global Impression of Change, comportant 7 catégories, chez 62% des patients sous CBD par rapport à 34% de ceux sous placebo ($p = 0,02$). On n'a observé aucune réduction significative des crises non convulsives. Les effets indésirables, tels la diarrhée, les vomissements, la fatigue, la pyrexie, la somnolence et les résultats anormaux aux tests de fonction hépatique, ont été plus fréquents dans le groupe sous CBD.

Conclusion : Le CBD a été associé à une réduction plus importante de la fréquence des crises convulsives. Il a aussi été lié à un plus grand nombre d'effets indésirables.

Limites : Levée possible de l'insu en raison de la reconnaissance par les patients des effets indésirables et du mauvais goût du traitement actif.

Thiele E, Marsh E, French J, et coll. Cannabidiol in patients with seizures associated with Lennox-Gastaut syndrome (GWPCARE4): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2018;S0140-6736(18):30136-3. doi:10.1016/S0140-6736(18)30136-3.

Objectif : Évaluer l'efficacité et l'innocuité du CBD en traitement anticonvulsivant d'appoint chez les patients atteints du syndrome de Lennox-Gastaut.

Méthodologie : Essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire menés chez 171 patients au total dans 24 centres cliniques. Les patients ont été répartis au hasard pour recevoir 20 mg/kg par jour de CBD par voie orale ou un placebo apparié pendant 14 semaines.

Résultats : Le pourcentage médian de diminution de la fréquence mensuelle des effondrements épileptiques par rapport au début de l'étude a été de 43,9% (intervalle interquartile de -69,6 à -1,9) dans le groupe sous CBD par rapport à 21,8% (intervalle interquartile de -45,7 à 1,7) dans le groupe sous placebo. La différence médiane estimée entre les groupes de traitement a été de -17,21 (IC à 95% : de -30,32 à -4,09; $p = 0,0135$). Des effets indésirables sont survenus chez 74 (86%) patients du groupe sous CBD et 59 (69%) du groupe sous placebo; la plupart étaient d'intensité légère ou modérée.

Conclusion : Le CBD en traitement d'appoint est efficace chez les patients présentant des effondrements épileptiques associés au syndrome de Lennox-Gastaut et est en général bien toléré.

Limites : Le CBD a été utilisé en traitement d'appoint aux antiépileptiques classiques, ce qui nécessite une évaluation des interactions médicamenteuses possibles. Une seule dose de CBD a été utilisée, il est donc impossible d'établir les effets dose-réponse. Il y avait un manque de diversité ethnique (90% des patients étaient de race blanche). Des données sur l'efficacité et l'innocuité du CBD à long terme sont nécessaires.

Lignes directrices

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. <https://www.nap.edu/resource/24625/Cannabis-conclusions.pdf>. Publié en janvier 2017. Consulté le 18 janvier 2018.

Contenu : Elles incluent des indications pour l'usage du cannabis et le niveau de preuve disponible pour chacune des conclusions. On y trouve aussi des recommandations soulignant la démarche scientifique et les objectifs qui sont des priorités pour la recherche.

College of Family Physicians of Canada. Authorizing Dried Cannabis for Chronic Pain or Anxiety: Preliminary Guidance from the College of Family Physicians of Canada. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2014. <https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/Authorizing%20Dried%20Cannabis%20for%20Chronic%20Pain%20or%20Anxiety.pdf>. Publié en septembre 2014. Consulté le 19 janvier 2018.

Contenu : On y trouve l'âge minimal recommandé pour l'usage du cannabis, des recommandations sur l'usage sécuritaire, la posologie, la prévention des effets délétères ainsi que sur le suivi des évaluations et la communication avec les patients et les consultants. Des ressources comme des outils de calcul de la dose et de dépistage des patients à risque de mésusage ou de dépendance sont aussi incluses. Les recommandations sont catégorisées du niveau I à III selon la qualité des données probantes disponibles.

Royal Australian College of General Practitioners. Medicinal use of cannabis products: RACGP Position Statement. <https://www.racgp.org.au/download/Documents/Policies/Clinical/RACGP-position-on-medical-cannabis.pdf>. Publié en octobre 2016. Consulté le 19 janvier 2018.

Contenu : Elles incluent les indications pour l'usage du cannabis et le niveau de preuve par CATÉGORIE pour chacune des affections ainsi que les effets indésirables à court terme associés à chaque type de cannabinoïdes. Elles présentent également les diverses affections et le niveau de preuve par CATÉGORIE au regard de l'efficacité des cannabinoïdes pour ces affections.

Ce document a été rendu possible en partie grâce à une subvention sans restriction de Pharmaprix-Loblaw.

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS

www.pharmacists.ca/canmedfc



LA GESTION DES MÉDICAMENTS, PRODUITS ET AUTRES SUBSTANCES DANS L'EXERCICE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

- **AGATHE BERGERON**, H.D., responsable de l'inspection et de la pratique professionnelle

Comme l'indiquent le Code des professions de même que le *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, l'inspection porte notamment en plus des dossiers, sur la vérification des registres, médicaments, poisons, produits, substances, appareils et équipements relatifs à l'exercice de la profession¹².

Cet article résume donc quelques constats de l'inspection en ce qui a trait aux médicaments, produits et substances en lien avec l'exercice de la profession et rappelle la responsabilité de l'hygiéniste dentaire à ce propos. De plus, comme le comité d'inspection professionnelle (CIP) met l'accent sur l'aspect préventif et éducatif de son mandat, des exemples de ressources pouvant être utiles aux hygiénistes dentaires dans la gestion quotidienne des médicaments, produits et substances y sont suggérés.

Quelques constats en ce qui a trait aux médicaments, produits et substances en lien avec la pratique

La vérification des dossiers patients est effectuée lors de la visite d'inspection professionnelle depuis 2005. Le CIP a ainsi pu constater au fil du temps que le questionnaire médical est vérifié à chaque séance de plus en plus assidûment. Étant essentielles à l'orientation des soins et conseils donnés aux patients, des recommandations en lien avec la vérification du questionnaire de santé sont encore incluses dans un grand nombre de rapports d'inspection, étant donné l'importance de cette section du dossier patient.

L'accès à une référence pharmacologique imprimée ou électronique, autre volet indispensable de la pratique, est aussi vérifié. Comme la disponibilité et la diligence font partie des obligations déontologiques³, on s'assure également que les hygiénistes dentaires sont familiers avec l'emplacement et le contenu de la trousse de

médicaments d'urgence afin de pouvoir porter assistance en cas d'urgence. Comme de plus en plus de formations en réanimation cardiorespiratoire (RCR) incluent aussi une portion sur l'anaphylaxie, on réalise que la gestion des allergies sévères est maintenant davantage maîtrisée.

L'inspection se soucie de responsabiliser les hygiénistes dentaires sur l'efficacité de tous produits et substances utilisés, ainsi qu'à l'importance que ceux-ci soient rangés de façon sécuritaire. On encourage à consulter les instructions du manufacturier, incluant les produits d'entretien des équipements et appareils. Bien que ces instructions ne soient pas toujours conservées en lieu sûr dans le milieu de travail comme elles le devraient, elles sont heureusement facilement disponibles par recherche sur Internet. Les étiquettes et modes d'emploi de tous les produits employés doivent aussi être lus et en complément, les fiches de données de sécurité (ou *Safety data sheet*) se trouvent aussi sur Internet. La fiche de données de sécurité (FDS) remplace maintenant la fiche signalétique (FS) à la suite de l'harmonisation du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) et du Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH). Ce changement apporte une harmonisation mondiale puisqu'elle sera en vigueur dans tous les pays qui adopteront le SGH. Parmi les seize rubriques figurant sur une telle fiche, se trouvent entre autres l'identification des dangers, les premiers soins, les données toxicologiques et les informations pour l'élimination⁴. À titre d'exemple, il est essentiel de garder hors de portée des enfants plusieurs produits, tels les désinfectants et solutions enzymatiques. Par ailleurs, certains produits requièrent le port de masque, verres protecteurs et gants tout usage (ces derniers offrant une meilleure protection que les gants d'examen pour certaines manipulations).

Responsabilités de l'hygiéniste dentaire face aux produits et substances utilisés

Lorsque les inspectrices ou le service d'inspection abordent le sujet des produits utilisés pour les soins ou l'entretien des surfaces et équipements, voici ce que certains membres répondent :

« Ce n'est pas moi qui décide ou qui fais les achats de produits. »

« Un instrument ou produit semblable mais beaucoup moins dispendieux a été acheté sur Internet, je ne sais toutefois pas si l'autorisation de vente de celui-ci au Canada a été vérifiée. »

« Comme je travaille à temps partiel, je ne suis pas mandaté pour l'entretien des appareils, les tests de stérilisation ou la gestion des déchets médicaux ou biomédicaux, je fais entièrement confiance à ceux qui s'en occupent. »

Le *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*⁵ mentionne toutefois clairement les obligations suivantes :

« 19. L'hygiéniste dentaire qui détient des médicaments, des poisons et des produits ou substances dangereux doit les conserver ou s'assurer qu'ils soient conservés sous clef dans un endroit hors d'atteinte du public et des clients.

20. L'hygiéniste dentaire doit veiller à ce que tout équipement qu'il utilise soit entretenu afin d'assurer constamment son fonctionnement adéquat.

21. L'hygiéniste dentaire doit vérifier ou s'assurer que soit vérifiée toute pièce d'équipement susceptible d'être inspectée ou calibrée, et ce, aussi souvent que l'exige un fonctionnement optimum, compte tenu des spécifications de l'équipement et des normes scientifiques généralement reconnues.

22. L'hygiéniste dentaire doit garder à jour ou s'assurer que soit gardé à jour un registre contenant la date de vérification, l'identification de l'équipement, le résultat obtenu et la signature de la personne ayant procédé à la vérification. »

En résumé, chaque hygiéniste dentaire doit dans son lieu de travail, conformément aux normes scientifiques reconnues, utiliser et conserver de façon sécuritaire tous médicaments, poisons et produits ou substances dangereux **ou s'assurer que cela est fait adéquatement.**

Exemples de ressources concernant les médicaments, produits et substances

En lien avec la gestion des médicaments, produits et substances se rapportant à l'exercice de l'hygiéniste dentaire, le CIP a répertorié quelques exemples de références utiles parfois suggérées aux membres ou demandées par ceux-ci, mais qui ne sont pas dans la Boîte à outils de l'inspection.



Exemples de ressources	Remarques
Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS) de l'Association des pharmaciens du Canada⁶	<p>Une version CPS pour ordinateur et une application RxTx Mobile sont disponibles et permettent une recherche rapide par marque, fabricant, numéro d'identification de médicament (DIN) ou par numéro de produit naturel (NPN). Des mises à jour y sont régulièrement faites et les avis de Santé Canada y sont affichés.</p> <p>Un accès gratuit à la version électronique est compris dans l'adhésion à certains regroupements (p. ex. Association canadienne des hygiénistes dentaires⁷).</p>
Trousse d'urgence de base en cabinet dentaire	<p>Sur le site de l'Ordre des dentistes du Québec, trois publications de mai 2018 sont accessibles⁸:</p> <p>Trousse d'urgence de base en cabinet dentaire</p> <p>Protocoles - situations d'urgence</p> <p>Guide d'exercice - trousse et protocoles en cas d'urgence</p>
Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP) de Santé Canada⁹	<p>Ce site mis à jour quotidiennement, permet de trouver les médicaments dont la vente est autorisée par Santé Canada, incluant les désinfectants et les antiseptiques pour les mains. La recherche peut être effectuée notamment par DIN, nom d'entreprise ou de produit.</p>
Registre des médicaments et des produits de santé (RMPS) de Santé Canada¹⁰	<p>Ce registre simplifie l'accès aux renseignements sur les produits de santé, stockés auparavant dans différentes bases de données. Bien qu'il soit conçu pour le public, il peut également être utile aux professionnels qui fournissent des soins de santé. Les recherches suivantes y sont possibles :</p> <p>Médicaments</p> <p>La recherche peut y être effectuée par marque de commerce, ingrédient actif ou DIN.</p> <p>Base de données des produits de santé naturels homologués (BDPSNH)¹¹</p> <p>Ces produits ont reçu une licence de mise en marché de Santé Canada qui les a jugés sûrs, efficaces et de haute qualité dans les conditions d'utilisation recommandées. Plusieurs dentifrices et rince-bouches y sont listés et la recherche peut se faire entre autres par marque, ingrédient, nom du détenteur de la licence ou NPN.</p> <p>Liste des instruments médicaux homologués en vigueur au Canada (MDALL)¹²</p> <p>Le terme « Instruments médicaux » couvre un large éventail d'instruments, appareils, produits (p. ex. scellant) et fournitures (p. ex.: gants et masques). Santé Canada évalue leur sécurité, efficacité et qualité avant qu'ils ne soient autorisés sur le marché. Parmi les quatre classes d'instruments médicaux, la classe I est celle présentant le risque le plus faible et la classe IV, le risque le plus élevé. La recherche sur la MDALL peut porter sur le numéro de l'homologation ou le nom de l'entreprise ou de l'instrument ou produit.</p>

L'inspection générale porte sur l'ensemble de la pratique de la profession. Plusieurs aspects doivent donc en faire partie, incluant la bonne gestion des méthodes, médicaments, poisons, produits et substances utilisés, tous liés à la protection du public. En tant que professionnel, l'hygiéniste dentaire engage pleinement sa responsabilité et ne peut exclure directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité¹³. L'équipe de l'inspection considère que les hygiénistes dentaires prennent de plus en plus conscience de cette obligation envers le public et elle s'engage à toujours collaborer avec les membres par des suggestions, conseils et diverses ressources.

SERVICE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Agathe Bergeron, H.D., responsable de l'inspection et la pratique professionnelle

Jinette Laparé, adjointe administrative

Joëlle Masengu Mbanga, H.D., adjointe administrative

Carolle Bujold, H.D., inspectrice

Manon L'Abbée, H.D., inspectrice

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Véronique Dionne, H.D., présidente du comité

Jacinthe Bourcier-Duquette, H.D.

Julie Chrétien, H.D.

Marie-Josée Dufour, H.D.

Sonia Petrilli, H.D.

Références

1. QUÉBEC. *Code des professions : RLRQ, chapitre C -26, article 112, à jour au 31 décembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>
2. QUÉBEC. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec : RLRQ, chapitre C -26, r. 141, Code des professions : RLRQ, chapitre C-26, a. 90, article 1, à jour au 31 décembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20141/>
3. QUÉBEC. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec : RLRQ, chapitre C-26, r. 140, Code des professions : RLRQ, chapitre C-26, a. 87, article 14, à jour au 10 septembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20140/>
4. COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST). *La fiche de données de sécurité du fournisseur (FDS) SIMDUT 2015, mis à jour juin 2015*. <https://www.csst.qc.ca/prevention/reptox/simdut-2015/Pages/fiche-securite-fournisseur-simdut.aspx>
5. QUÉBEC. *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec : RLRQ, chapitre C-26, r. 138, Code des professions : RLRQ, chapitre C-26, a. 91, articles 19 à 21, à jour au 31 décembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20138/>
6. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS 2019)*, <https://www.pharmacists.ca/products/compendium-des-produits-et-specialites-pharmaceutiques-cps/>
7. ASSOCIATION CANADIENNE DES HYGIÉNISTES DENTAIRE et ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)*, <https://www.pharmacists.ca/products-services/cdhafr/>
8. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. *Politiques et documentation, 2019*, <http://www.odq.qc.ca/Publications/Politiquesetdocumentation/tabid/570/language/fr-CA/Default.aspx>
9. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP)*, <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp>
10. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Registre des médicaments et des produits de santé (RMPS)*, <https://hpr-rps.hres.ca/index.php?lang=fr>
11. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Base de données des produits de santé naturels homologués (BDPSNH)*, <https://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/index-fra.jsp>
12. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Liste des instruments médicaux homologués en vigueur au Canada (MDALL)*, <https://health-products.canada.ca/mdall-limh/prepareSearch-preparerRecherche.do?sessionId=F96DFE655CA02290E5B69AB2ECC38E80?type=active>
13. QUÉBEC. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec : RLRQ, chapitre C -26, r. 140, Code des professions : RLRQ, chapitre C-26, a. 87, article 20, à jour au 10 septembre 2018*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2018. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20140/>

**Vous servir.
Notre priorité.**



Obtenez une soumission dès aujourd'hui.
Découvrez notre service unique.

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/ohdq

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc.
Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

 Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise



LA CONSOMMATION DANS L'EXERCICE DE SA PROFESSION

Légalisation, certes... mais néanmoins une infraction déontologique!

- M^e **MARC-ANTOINE BONDU**, LL.B, MBA, secrétaire adjoint et conseiller juridique

Le 17 octobre dernier sont entrées en vigueur des modifications législatives importantes qui ont su alimenter de nombreuses publications dans les médias et les réseaux sociaux. En effet, la Loi sur le cannabis¹ (fédérale) et la Loi encadrant le cannabis² (provinciale) ont légalisé, sous certaines conditions et à l'intérieur d'un cadre réglementé, la distribution, la possession et la consommation du cannabis, substance qui était jusqu'alors illégale partout au pays.

Cette légalisation ne signifie toutefois pas qu'il soit désormais indiqué ou même permis de consommer du cannabis à toute occasion et en tous lieux. Ce sont ces limites à la consommation du cannabis dont il sera question dans le cadre du présent article, à commencer par celles qui se justifient par les désagréments qu'il génère pour l'entourage du consommateur, puis celles qui découlent de ses effets sur les fonctions cognitives de l'utilisateur.

Ensuite, un survol de la jurisprudence des différents conseils de discipline permettra de cerner les contraintes qui s'appliquent aux membres des ordres professionnels en matière de consommation et d'exercice de leurs activités professionnelles.

CERTAINES LIMITES À LA LÉGALISATION

La première limite à la consommation du cannabis réside donc dans la nuisance qui en émane, laquelle se compare aisément à celle du tabac, en raison de son odeur prononcée, de la fumée qu'il dégage et de l'impact que peut avoir sa fumée secondaire sur les tiers.

Il a ainsi été officiellement banni des lieux publics ou partagés, partout où il est déjà interdit de fumer du tabac, sur les terrasses, les terrains des établissements de santé et de services sociaux, les terrains des établissements collégiaux et universitaires, les aires extérieures de jeu destinées aux enfants, les pistes cyclables et les aires d'attente de transport en commun, entre autres³.

Des dispositions ont même été adoptées dans la loi provinciale⁴ pour permettre aux propriétaires de logements de modifier les conditions d'un bail en y ajoutant une interdiction de fumer du cannabis.

Puis, le cannabis sera également comparé à l'alcool qui, malgré sa légalité, a un effet perturbateur sur le système nerveux central et altère les fonctions et les capacités de son consommateur⁵. Ces propriétés aliénantes créent donc une deuxième limite à l'usage du cannabis qui, dans plusieurs circonstances, sera même dangereux.

C'est ainsi que le Code de la sécurité routière a été modifié pour instaurer des mesures de tolérance zéro interdisant à toute personne de consommer du cannabis à bord d'un véhicule routier⁶ ou d'une bicyclette⁷ ou de conduire un véhicule routier s'il y a quelque présence détectable de cannabis dans la salive⁸.

Le législateur québécois a également reconnu que la consommation de cannabis dans un milieu de travail pourrait vraisemblablement être problématique. D'ailleurs, des dispositions ont été spécifiquement prévues au projet de loi pour interdire la consommation de cannabis sur un chantier de construction⁹ ou par toute personne qui, à l'occasion de sa prestation de travail ou de services, doit assurer la garde ou autrement prendre soin d'un mineur, d'un aîné ou de toute personne en situation de vulnérabilité¹⁰. Autrement, il est loisible à tout employeur, en vertu de son droit de gérance, d'encadrer ou d'interdire toute forme d'usage du cannabis par son personnel sur les lieux de travail¹¹.

UNE INFRACTION DÉONTOLOGIQUE

Pour un professionnel régi par le Code des professions, l'exercice de ses activités sous l'influence du cannabis constitue sans contredit une infraction déontologique qui serait de nature à justifier le dépôt d'une plainte par le syndic au conseil de discipline de l'ordre concerné. La légalisation récente du cannabis ne risque pas d'apporter de changement significatif sur cette réalité, car sa consommation ne constitue pas moins une infraction déontologique.

En effet, ce n'est généralement pas exclusivement le caractère illégal de l'acte qui constitue une faute disciplinaire, mais plutôt son effet aliénant qui place le professionnel dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services. Le Code des professions¹² ainsi que les codes de déontologie de tous les ordres professionnels¹³ comportent des dispositions qui interdisent à leurs membres d'exercer dans de telles conditions. Il importe peu que l'état du professionnel soit causé par une drogue légale ou illégale ou même par un médicament sous ordonnance, justifié par son état de santé.

Par exemple, une professionnelle de la santé a été déclarée coupable d'avoir exercé sa profession dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses soins et de ses services, alors qu'elle n'était pas sous l'influence de drogues ou d'alcool, mais présentait des symptômes associés à un sevrage aigu d'alcool, la rendant inapte à travailler :

« Il est vrai que dans la présente affaire l'intimée n'était pas en état de travailler en raison d'une période de sevrage, qui en soi est louable, mais qui n'en demeure pas moins inacceptable dans le contexte où la protection du public est mise en péril par un tel comportement¹⁴. »

La jurisprudence du Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, fréquemment citée par les conseils de discipline des autres ordres professionnels pour cette catégorie d'infractions, est unanime quant à son importante gravité :

« La gravité objective du manquement reproché ne fait aucun doute. Il a été rappelé à de nombreuses reprises que le fait d'exercer sa profession alors que l'on est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services est hautement répréhensible ce qui ne peut et ne doit être toléré d'aucune manière, notamment en ce qu'il met en péril la protection du public. Inutile de rappeler que le fait de travailler alors que notre état ne nous le permet pas est en soi dangereux non seulement pour les clients mais également pour les collègues de travail, car les risques d'erreurs augmentent de manière importante¹⁵. »

Il convient de souligner que les tribunaux retiennent que le risque d'erreur ou d'omission n'a pas à se concrétiser pour que l'infraction existe et que même en l'absence de conséquence, la faute doit être sanctionnée¹⁶.

DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES

Les sanctions imposées aux professionnels déclarés coupables de ce type d'infraction sont systématiquement des radiations temporaires. La durée de cette radiation varie le plus souvent entre trois et douze mois, pour une première infraction, et ira jusqu'à deux ou trois ans dans les cas les plus manifestes ou en cas de récidive¹⁷.

Dans l'affaire *Lefebvre*¹⁸, une infirmière a été radiée temporairement pour une période de trois mois pour s'être présentée au travail alors qu'elle était encore sous l'influence d'alcool consommé la veille. Bien qu'elle n'ait pas consommé pendant son quart de travail et qu'elle se croyait apte à dispenser des soins, il n'en demeure pas moins que cette dernière a contrevenu à son code de déontologie.

Dans le dossier *Fiset*, un pharmacien qui consommait de l'alcool sur les lieux de son travail, après son quart de travail, alors qu'il se retirait dans son bureau pour faire de l'administration, a été déclaré coupable d'avoir exercé sa profession sous l'influence de l'alcool. Le Conseil de discipline note que lorsqu'il consommait dans son bureau, il avait accès aux dossiers-patients et les complétait, ce qui fait partie du travail d'un pharmacien. Une radiation temporaire de six mois lui a été imposée par le Conseil de discipline¹⁹, laquelle fut diminuée à trois mois en appel devant le Tribunal des professions²⁰ qui reproche au Conseil de ne pas avoir suffisamment accordé d'importance aux diverses démarches entreprises par le professionnel pour contrôler sa dépendance à l'alcool.

Une radiation temporaire d'une période de six mois a été prononcée dans le dossier *Roberge*²¹, à l'encontre d'un médecin vétérinaire aux prises avec une dépendance aux opiacés qui avait exercé dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services. Cette sanction était cumulée à une entente aux termes de laquelle ce dernier s'engageait à se soumettre à des tests de dépistages aléatoires pour une période de deux ans :



«L'intimé est aux prises avec un problème de toxicomanie qui est difficile à traiter et pour le Conseil, l'évaluation des risques de récidive est une tâche ardue et extrêmement délicate dans le contexte où la protection du public est directement en cause²².»

Dans l'affaire *Goupil*²³, une infirmière s'appropriait à de nombreuses reprises du Dilaudid injectable en divisant la dose de ses clients en deux, préparant une seringue pour le client et une pour elle. Elle substituait de l'eau stérile dans la seringue du patient pour que la dose manquante ne paraisse pas. L'infirmière, qui a admis avoir un problème de dépendance et accepté de faire une cure de désintoxication, s'est vue imposer une radiation temporaire d'une durée d'un an, assortie d'une limitation temporaire de deux ans au cours de laquelle elle ne pourrait accéder, manipuler ou administrer tout narcotique ou drogue contrôlée que ce soit.

Plus près de l'extrémité supérieure du spectre des sanctions se trouve une radiation temporaire de deux ans dans l'affaire très récente d'une pharmacienne qui confirmait avoir consommé des amphétamines au travail, en plus d'avoir exercé sous l'influence du cannabis et de l'alcool. L'enquête du syndic adjoint avait démontré qu'un dépistage effectué dans un contexte d'hospitalisation avait révélé chez elle la présence d'amphétamines, de cannabinoïdes (cannabis), de méthamphétamines et de MDMA (ecstasy)²⁴.

En somme, il est possible de constater que les sanctions prononcées par les conseils de discipline fluctuent en fonction des circonstances qui sont propres à chaque dossier, selon qu'il s'agisse de facteurs aggravants ou atténuants. Par exemple, une prise de conscience, un repentir sincère, l'existence de démarches et de consultations en vue d'une désintoxication ou la preuve de réhabilitation sont autant de facteurs qui militent vers une sanction plus clémentine. En revanche, le caractère répétitif des infractions reprochées, le fait qu'elles aient été commises sur une longue période, l'existence de subterfuges pour dissimuler les faits ou l'existence d'un préjudice envers le public pourront justifier une période de radiation plus longue.

De toute évidence, l'abondante jurisprudence des différents conseils de discipline en la matière démontre sans contredit que ce type d'infraction est encore beaucoup trop répandu dans le monde professionnel.

L'HYGIÉNISTE DENTAIRE NE FAIT PAS EXCEPTION

Pour l'hygiéniste dentaire, les règles ne sont bien évidemment pas différentes. L'exercice de sa profession « sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toutes autres substances pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience » est strictement interdit par son code de déontologie²⁵.

Il n'existe actuellement aucun historique jurisprudentiel en semblable matière à l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. Toutefois, il apparaît évident que si son Conseil de discipline était appelé à statuer sur une plainte disciplinaire comportant un tel chef d'accusation, il appliquerait les enseignements dégagés par la jurisprudence des autres conseils de discipline. Il s'agit en effet d'une infraction sérieuse qui déroge au comportement attendu d'un professionnel de la santé et qui ne saurait être tolérée.

Références

1. *Loi sur le cannabis*, LC 2018, c. 16.
2. *Loi encadrant le cannabis*, RLRQ c. C-5.3.
3. *Loi encadrant le cannabis*, RLRQ c. C-5.3, art. 12 et 16.
4. *Loi encadrant le cannabis*, RLRQ c. C-5.3, art. 107.
5. Santé Canada, au sujet du cannabis, sur internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/sujet.html>
Encadrement du cannabis, gouvernement du Québec, sur internet : <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/le-cannabis/effets/>
INSPQ, Dossier sur le cannabis, sur internet : <https://www.inspq.qc.ca/cannabis>
6. *Code de la sécurité routière*, RLRQ c. C-24.2, art. 443.
7. *Code de la sécurité routière*, RLRQ c. C-24.2, art. 489.
8. *Code de la sécurité routière*, RLRQ c. C-24.2, art. 202.4.(2) — cette disposition entrera en vigueur lorsque des dispositifs efficaces seront disponibles pour détecter la présence de cannabis dans la salive.
9. *Loi constituant la Société québécoise du cannabis, édictant la Loi encadrant le cannabis et modifiant diverses dispositions en matière de sécurité routière*, LQ 2018, c. 19, art. 101.
10. *Loi constituant la Société québécoise du cannabis, édictant la Loi encadrant le cannabis et modifiant diverses dispositions en matière de sécurité routière*, LQ 2018, c. 19, art. 101; *Loi encadrant le cannabis*, RLRQ c. C-5.3, art. 19.
11. *Loi encadrant le cannabis*, RLRQ c. C-5.3, art. 21.
12. *Code des professions*, RLRQ c. C-26, art. 54.
13. Voir entre autres le *Code de déontologie* des professions suivantes : Dentistes, RLRQ c. D-3, r. 4, art. 4.02.01 p) et t); Denturologistes, RLRQ c. C-26, r. 6, art. 9; Hygiénistes dentaires, RLRQ c. C-26, r. 140, art. 6 et 48 (15); Infirmières, RLRQ c. I-8, r. 9, art. 16, Médecins, RLRQ c. M-9, r. 17, art. 16 et 43; Pharmaciens, RLRQ, c. P-10, r. 7, art. 14 et 35; Techniciens dentaires, RLRQ c. C-26, r. 226, art. 3.01.03.
14. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Gagnon*, 2011 CanLII 100481 (QC CDOII), au par. 31.
15. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Gagnon*, 2011 CanLII 100481 (QC CDOII), au par. 30. (Voir aussi : *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Lévesque*, 2005 CanLII 80633 (QC CDOII), au par. 58; *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. D'Amours*, 2006, CanLII 82013 (QC CDOII), au par. 22.)
16. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Lacasse*, 2014 CanLII 13317 (QC CDOII), au par. 32; *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Joannis-Dorais*, 2013 CanLII 51429, au par. 42.
17. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Ampleman*, 2017 CanLII 24952 (QC CDOII); *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Vallée*, 2012 CanLII 68366 (QC CDOII), au chef d'accusation 5; *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Gravel*, 2010 CanLII 24326 (QC CDOII), au chef 2.
18. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Lefebvre*, 2011 CanLII 7206 (QC CDOII).
19. *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Arbach*, 2011 CanLII 631 (QC CDOPQ), aux par. 136 à 139.
20. *Fiset c. Pharmaciens (Ordre professionnel des)*, 2012 QCTP 159, au par. 74.
21. *Médecins vétérinaires (Ordre professionnel des) c. Roberge*, 2013 CanLII 27289 (QC CDOMV), chef d'accusation 3.
22. *Médecins vétérinaires (Ordre professionnel des) c. Roberge*, 2013 CanLII 27289 (QC CDOMV), au par. 34.
23. *Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Goupil*, 2017 CanLII 24575 (QC CDOII).
24. *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Bélanger*, 2018 CanLII 119655 (QC CDOPQ), chefs d'accusation 1 et 2.
25. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires*, art. 6 et 48 (15).

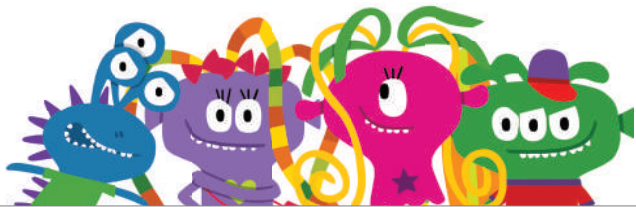


BUTLER  MD




MONSTERZ

Solutions pour votre pratique

La nouvelle gamme de produits clinique de Butler a tout ce qu'il faut pour faire sourire vos petits patients à pleines dents.



Dino, Lola, Lilly et Lenny ont très hâte de vous aider. Contactez-nous afin d'intégrer les Monsterz à votre équipe :

-  1.800.265.7203
-  can.customerrelations@ca.sunstar.com
-  www.GUMbrand.ca

* par rapport aux produits concurrents
©2018 Sunstar Americas, Inc. C18041

SUNSTAR

Vernis au fluorure

- Offert en trois saveurs attrayantes et édulcoré avec du xylitol
- Préparation sans gluten, facile à appliquer
- Séchage rapide, fini lisse et incolore
- Libération rapide et absorption élevée de fluorure*



Article	Emb.
1219P Assortiment	45/boîte

Pâte à prophylaxie

- Offerte en trois saveurs attrayantes
- Formule anti-éclaboussure
- Préparation sans gluten, teneur en fluorure de 1,23 %
- Élimination efficace des taches, mais ingrédients doux pour l'émail et la dentine
- Effet granuleux vraiment minime et se rince aisément



Article	Emb.
1220P Assortiment - grains fins	200/boîte
1221P Assortiment - grains moyens	200/boîte



G·U·M MD **Brosses à dents MONSTERZ**



Une gamme de brosses à dents de qualité, adaptée aux besoins des enfants au fil de leur croissance, pour un brossage en toute sécurité

Renseignez-vous sur nos livrets d'activités Monsterz à emporter!



213 901 902 903
NOUVEAU



RESSOURCES WEB

- LUC QUINTAL, adjoint administratif à la présidence et aux communications

CANNABIS

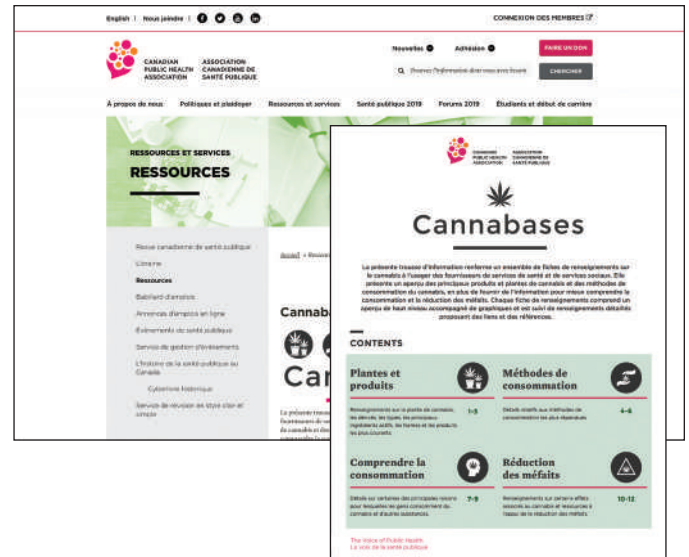
Depuis son entrée en vigueur au Canada, le 17 octobre 2018, sous réserve des restrictions provinciales et territoriales, la Loi sur le cannabis crée un cadre juridique strict pour contrôler la production, la distribution, la vente et la possession de cannabis partout au Canada. Cette Loi vise trois objectifs : garder le cannabis hors de la portée des jeunes; empêcher les profits d'aller dans les

poches des criminels; protéger la santé et la sécurité publiques en permettant aux adultes d'avoir accès à du cannabis légal. Comme pour les autres professionnels de santé, la consommation du cannabis touche de près la pratique des hygiénistes dentaires du Québec. Voici quelques suggestions de ressources disponibles afin d'être bien informé et prêt à référer au besoin.

1. Association canadienne de santé publique (Cannabases)

<https://www.cpha.ca/fr/cannabases>
<https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/cannabis/cannabasics-2018-fact-sheets-f.pdf>

Cannabases est une trousse d'information qui renferme un ensemble de fiches de renseignements sur le cannabis à l'usage des fournisseurs de services de santé et de services sociaux. Elle présente un aperçu des principaux produits et plantes de cannabis et des méthodes de consommation du cannabis, en plus de fournir de l'information pour mieux comprendre la consommation et la réduction des méfaits. Chaque fiche de renseignements comprend un aperçu accompagné de graphiques et est suivi de renseignements détaillés proposant des liens et des références.



2. Gouvernement du Canada

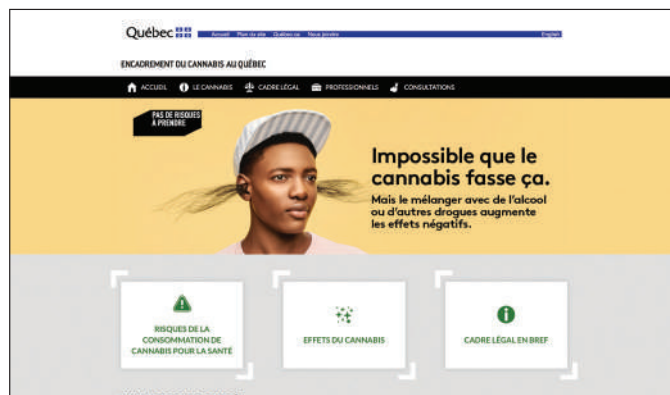
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis.html>

Le gouvernement du Canada met à la disposition du grand public cette page qui présente différents aspects liés spécifiquement à la consommation du cannabis : légalisation, effets sur la santé, dépendance, usage médical, licence industrielle, information aux consommateurs, emporter du cannabis en voyage, aborder le sujet du cannabis, et des recherches et données probantes.



3. Gouvernement du Québec <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/>

Le gouvernement du Québec est conscient de l'importance d'informer la population et de la sensibiliser à la consommation de cannabis. Il déploie les efforts nécessaires afin de rappeler que la consommation de cannabis n'est pas banale et qu'il est important de connaître les effets et les conséquences qu'elle peut entraîner. Cette page présente: le cadre légal en bref, les effets du cannabis et les risques de la consommation sur la santé.



4. Cannabis à des fins thérapeutiques, un outil d'aide à la décision (document) <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-04-12-fr-cannabis-therapeutique.pdf>

Écrit conjointement par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, Cannabis à des fins thérapeutiques se veut un outil d'aide à la décision pour celles et ceux qui « se posent les bonnes questions et qui veulent prendre les bonnes décisions ». Cet outil a été élaboré à partir des données probantes et des règlements existants en date du mois de juin 2016.



5. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) – Centre d'expertise et de référence en santé publique <https://www.inspq.qc.ca/cannabis/effets-potentiels-sur-la-sante>

Créé en 1998, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. À partir de récentes données probantes, cette page présente les effets potentiels du cannabis sur la santé.



6. Association canadienne des hygiénistes dentaires (fiche d'information) https://www.dentalhygienecanada.ca/pdfs/OralCare/Cannabis_In_the_Chair_FR_FINAL.pdf

Cette fiche d'information, « Facultés affaiblies à la chaise? – Consommation de cannabis et rendez-vous d'hygiène dentaire », préparée par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, sensibilise les professionnels en santé buccodentaire, y compris les hygiénistes dentaires, au fait que la consommation de cannabis produit plusieurs effets secondaires qui varient en fonction de la personne et de la puissance du produit. Ces effets peuvent avoir ou non des répercussions à la fois sur la santé buccodentaire et sur les soins professionnels d'hygiène dentaire. Dans certains cas il peut être nécessaire de reporter les rendez-vous d'hygiène dentaire pour minimiser les risques.





LE COMITÉ D'ADMISSION, D'HIER À AUJOURD'HUI

Portrait du service d'évaluation et de reconnaissance des compétences des personnes formées hors du Québec

- **M^E MARC-ANTOINE BONDU**, L.L.B., M.B.A., secrétaire adjoint et conseiller juridique
- **JULIE VELASCO**, responsable des communications

À l'ère des technologies de la communication et du numérique, l'échange d'informations et de connaissances devient de plus en plus propice au rayonnement international. Parallèlement, la tendance actuelle est à rendre les frontières entre les pays de plus en plus perméables au transfert des compétences de la main-d'œuvre qualifiée. D'ailleurs, plusieurs pays concluent des accords de reconnaissance de compétences en vue de favoriser l'intégration des personnes immigrantes.

Au Québec, le 7 février dernier, l'Assemblée nationale s'est saisie du projet de loi 9 intitulé «*Loi visant à accroître la prospérité socio-économique du Québec et à répondre adéquatement aux besoins du marché du travail par une intégration réussie des personnes immigrantes*», déposé par le ministre de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. L'objet spécifique de ce projet est de favoriser l'intégration de ces nouveaux arrivants.

Les ordres professionnels seront nécessairement concernés par les nouvelles mesures qui accompagneront ce projet de loi, puisque selon les informations du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), «1 immigrant économique sur 10 déposera une demande pour intégrer un des 46 ordres professionnels!». À ce propos, un récent sondage a été effectué par le CIQ auprès des dix ordres professionnels qui reçoivent plus de 80% des demandes de reconnaissance d'équivalence de formation. En moyenne, durant les cinq dernières années, 13,6% de l'ensemble des permis délivrés par ces ordres concernaient des candidats diplômés hors Québec².

Ce même sondage a également révélé que parmi les 3661 demandes d'équivalence traitées par ces dix ordres, 63% d'entre elles ont fait l'objet d'une reconnaissance partielle nécessitant de compléter une formation d'appoint. Toutefois, 34% des candidats dans cette situation ont abandonné ou échoué à cette démarche complémentaire. Le groupe de travail est parvenu à identifier plusieurs difficultés dans le cheminement de ces candidats qui expliqueraient ces résultats:

- L'insuffisance des ressources financières du candidat (67%);
- L'accès à la formation d'appoint ou à un stage (44%);
- La durée requise de la formation d'appoint et/ou d'un stage (33%);
- L'échec de la formation d'appoint ou du stage (11%);

À l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, les difficultés sont les mêmes. On constate aisément que la formation d'appoint est difficile à obtenir pour les candidats qui n'ont que très peu d'alternatives pour y parvenir. Pour parfaire les compétences identifiées par l'Ordre, les candidats doivent majoritairement s'inscrire à certains cours du

programme régulier de techniques d'hygiène dentaire. Bien que le candidat n'ait pas à suivre tous les cours du programme, acquérir ceux demandés par l'Ordre nécessitera tout de même 3 ans, soit parce que d'autres cours préalables sont requis ou parce que ceux-ci sont répartis dans différents semestres du programme.

Une autre option envisageable serait l'attestation d'études collégiales (AEC) pour dentistes formés à l'étranger, certes, mais bien que tous les établissements d'enseignement soient habilités à la dispenser, elle est actuellement offerte par trop peu d'entre eux et de nouvelles cohortes ne sont pas systématiquement ouvertes tous les ans.

De plus, ces programmes, lorsqu'ils sont offerts, sont grandement contingentés et il appartient alors aux cégeps d'établir les critères d'admission applicables.

Le groupe de travail ayant interprété le sondage susmentionné a dégagé les trois pistes de solution suivantes :

- «Augmenter l'accessibilité à la formation d'appoint et aux stages ;
- Informer adéquatement les personnes en amont de leur arrivée au Québec;
- S'assurer que les personnes candidates ont accès au financement nécessaire pour terminer le parcours de mise à niveau³;

Au cours de l'année à venir, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec verra à appliquer ces pistes de solution pour favoriser l'intégration des nouveaux arrivants tout en développant de meilleurs outils pour mesurer la compétence des candidats. Les dernières vérifications effectuées par l'Ordre ont démontré que les efforts déployés envers ces candidats n'étaient pas vains, puisqu'une fois membres de l'Ordre, ceux-ci restent majoritairement au Québec pour y exercer leur profession.





**Jocelyne Long, H.D., M.A.,
enseignante retraitée au
Cégep John Abbott
et membre du comité
d'admission à l'OHDQ**

Dès sa fondation en 1975, la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec (CPHDQ), maintenant Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, a mis sur pied un comité des équivalences. Ce comité fut alors chargé de l'évaluation des connaissances et des compétences des assistantes dentaires « formées sur le tas », qui travaillaient déjà en bureau privé depuis quelques années et voulaient être reconnues hygiénistes dentaires. Pour régulariser leur situation, une « clause grand-père » a été mise en place de façon temporaire pour leur reconnaître des droits acquis, après quoi certaines des activités qu'elles pratiquaient deviendraient illégales, à moins d'être hygiéniste dentaire.

Dès les premières années, le nombre de demandes provenant de dentistes formés à l'étranger dépassait largement celui des hygiénistes dentaires. En général, les hygiénistes dentaires formés à l'étranger proviennent de programmes de formation accrédités équivalents (ou presque) à ceux du Québec. Quant aux dentistes, la plupart arrivent de pays aux prises avec la guerre. Souvent, il leur est difficile, voire impossible, d'obtenir les documents nécessaires à l'étude de leur dossier. Le comité se voit donc dans l'obligation de procéder à des évaluations théoriques et pratiques pour vite se rendre compte que la formation de ces nouveaux arrivants dentistes comporte des lacunes importantes en matière de prévention par rapport à ce qui est enseigné aux hygiénistes dentaires. On dirige alors les candidats vers les programmes d'hygiène dentaire pour acquérir les compétences jugées manquantes. Cependant, le nombre de demandes aux programmes réguliers excède largement le nombre accepté dans les collèges, ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour eux. Tristement pour ces dentistes, certains doivent faire le deuil de leur profession, une étape difficile pour eux.

Au vu des démarches entreprises par notre gouvernement pour faciliter l'intégration des nouveaux arrivants au marché du travail, il se pourrait qu'une réflexion s'impose sur la voie empruntée par les dentistes étrangers pour la reconnaissance de leurs diplômes ou formation professionnelle au Québec.



**Maryse Quesnel, H.D.,
enseignante retraitée au
Cégep Maisonneuve
et responsable du comité
d'admission à l'OHDQ**

Je suis impliquée depuis plus de vingt ans auprès des candidats déposant des demandes d'équivalence de diplôme ou de formation à l'OHDQ. Les candidats sont majoritairement des dentistes formés à l'étranger et proviennent de divers pays. On y retrouve tout de même beaucoup de similitudes dans les parcours d'immigration, les aspirations pour le futur et trop souvent une méconnaissance de la profession d'hygiéniste dentaire, puisqu'inexistante dans leur pays d'origine. Les accompagner dans un tel processus est parfois difficile, mais combien valorisant lorsqu'un candidat complète la formation manquante et obtient un permis d'exercice de l'hygiène dentaire au Québec. Un parcours long, mais la persévérance donne d'excellents résultats.

Au cours des années, les opportunités offertes aux candidats se sont faites plus nombreuses afin de leur permettre d'acquérir les compétences requises à l'obtention d'une équivalence de formation.

Parmi celles-ci, l'AEC (Attestation d'études collégiales) permet l'acquisition des qualifications en hygiène dentaire en mode accéléré sur une période d'une année, considérant que les étudiants à ce programme possèdent déjà un certain nombre de connaissances dans le domaine dentaire.

Tous les candidats qui complètent la formation exigée par l'Ordre et obtiennent un permis d'exercice ont atteint les mêmes compétences que les finissants d'un programme d'études en Techniques d'hygiène dentaire.

Occasionnellement, des hygiénistes dentaires formés hors Canada nous déposent aussi des demandes de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de formation. La formation professionnelle de ceux-ci est assez près de la réalité québécoise. Les compétences à acquérir sont alors beaucoup moins nombreuses que celles requises pour un candidat détenant une formation de dentiste. Ainsi, le délai pour compléter la formation manquante en est réduit et l'accès à la profession plus rapide.

¹ Conseil interprofessionnel du Québec, PL9 — *Le CIO appuie la volonté gouvernementale en matière d'amélioration de l'intégration des personnes immigrantes* (7 février 2019). Repéré à <https://professions-quebec.org/actualites/projet-de-loi-no-9-ciq-appuie-volonte-gouvernementale-matiere-damelioration-de-lintegration-personnes-immigrantes/>

² Conseil interprofessionnel du Québec, *Enjeux et solutions — L'intégration professionnelle des personnes immigrantes*. Sondage des dix ordres recevant le plus de demandes de reconnaissance d'équivalence sur les enjeux reliés à l'intégration professionnelle des immigrants. Repéré à https://professions-quebec.org/wp-content/uploads/2019/02/CIQ-Brochure-du-G10_high-res.pdf

³ Conseil interprofessionnel du Québec, *Trois solutions pour favoriser l'intégration des professionnels formés à l'étranger* (12 février 2019). Repéré à <https://professions-quebec.org/actualites/trois-solutions-favoriser-lintegration-professionnels-formes-a-letranger/>

7 ÉTAPES POUR ACHETER UNE PREMIÈRE MAISON

Vous aimeriez devenir propriétaire, mais vous vous demandez par quoi commencer afin de réaliser votre projet? Cet article résume en cinq minutes de lecture toutes les étapes à franchir pour accéder à la propriété que vous convoitez.



1. Évaluez votre capacité d'emprunt

Estimez combien votre institution financière pourrait vous accorder pour acheter votre propriété. En analysant votre bilan financier, votre conseiller peut vous aider à évaluer votre capacité d'emprunt. Vous pouvez également le faire en utilisant une calculatrice en ligne.

2. Déterminez votre mise de fonds

Évaluez le montant initial que vous déposerez lors de l'octroi du prêt.

Pourquoi effectuer une mise de fonds?

La mise de fonds diminue le montant de votre emprunt et, par le fait même, réduit les intérêts à payer lors de vos versements. Il est important d'évaluer vos besoins et votre budget avant de déterminer le montant de votre mise de fonds.

De combien disposez-vous?

Si vous effectuez une mise de fonds correspondant à 20% et plus du prix d'achat de votre propriété, vous pourriez être admissible à un prêt conventionnel et éviter les frais liés à l'assurance prêt hypothécaire.

Vingt pour cent du prix d'achat vous semble hors d'atteinte? Lorsque le financement hypothécaire représente plus de 80% de la valeur de la propriété, les banques doivent en vertu de la loi souscrire une assurance prêt hypothécaire. Une prime d'assurance hypothécaire est dans ce cas exigible, et celle-ci peut être ajoutée à la somme du financement. Plus le montant de la mise de fonds est petit, plus la prime sera élevée.

Comment amasser vos fonds?

Avez-vous envisagé le régime d'accession à la propriété (RAP)? Le RAP est un programme du gouvernement fédéral destiné à faciliter l'accès des ménages à la propriété. Si vous avez des placements enregistrés (REER), vous pourriez bénéficier du RAP en retirant jusqu'à 25 000 \$ de votre REER et en l'utilisant comme mise de fonds pour votre propriété.

- Votre retrait n'est pas imposable.
- Vous commencez à rembourser la somme retirée de vos REER à partir de la 2^e année qui suit votre retrait.
- Vous avez 15 ans pour rembourser la totalité de votre retrait.

Vous ne disposez pas de 25 000 \$ dans votre REER, mais vous souhaitez profiter du RAP au maximum? Un prêt REER pourrait vous aider, parlez-en avec votre conseiller.

3. Prévoyez les coûts additionnels

Certaines dépenses supplémentaires liées à l'achat d'une maison sont à prévoir :

Les frais de transactions hypothécaires

- Les frais d'inspection et d'évaluation
- La taxe sur la prime de l'assurance prêt hypothécaire pour les propriétés du Québec et de l'Ontario

Les taxes foncières

- Les taxes municipales et scolaires
- La taxe de mutation immobilière au Québec (taxe de Bienvenue)
- L'ajustement des taxes foncières payées d'avance par votre vendeur

Autres dépenses

- Les frais de déménagement
- Les frais d'assurance habitation
- Les frais d'aménagement (peinture, décoration, etc.)
- Les frais de service (électricité, chauffage, etc.)

4. Demandez une préautorisation hypothécaire

Afin d'augmenter votre pouvoir de négociation et de donner de la crédibilité à votre offre d'achat, faites une demande de préautorisation hypothécaire en ligne ou auprès de votre conseiller avant de commencer la recherche de votre propriété. Cela vous permettra d'établir votre capacité d'emprunt, de certifier la somme de l'hypothèque que vous pouvez prendre – une fourchette de prix des propriétés accessibles sera définie pour mieux encadrer votre démarche – et même de garantir le taux d'intérêt proposé par la banque pendant 90 jours.

5. Trouvez votre propriété

Vous pouvez faire vos propres recherches ou faire appel à un agent immobilier capable de vous épauler dans la recherche d'une maison existante. Si vous achetez une maison neuve, vous devrez transiger directement avec le constructeur (ou avec ses vendeurs).

6. Faites votre offre d'achat

L'offre d'achat est un document rassemblant l'ensemble des renseignements nécessaires à la conclusion de l'entente de vente. Votre agent immobilier, votre notaire ou votre avocat se chargera de la rédiger. Le document rassemblera, entre autres, les informations suivantes :

- Le prix d'achat
- La date de transfert de la propriété
- Les biens inclus et/ou exclus dans la transaction
- Les conditions relatives à l'offre d'achat (inspection, etc.)

Vous pourriez devoir ajuster votre offre après une contre-offre du vendeur, c'est-à-dire revoir vos conditions pour que les deux parties soient satisfaites.

7. Obtenez votre prêt hypothécaire

7.1 La détermination des besoins grâce au plan hypothécaire personnalisé

Lors de votre première rencontre avec votre conseiller, vous déterminerez vos besoins et vous établirez ensemble la solution de financement hypothécaire la plus adaptée à votre budget, à votre tolérance au risque et à vos engagements financiers grâce au plan hypothécaire personnalisé.

7.2 La demande de financement

Votre conseiller rassemble les documents et les informations nécessaires pour procéder à la demande, soit :

- L'offre d'achat
- La confirmation d'emploi et de revenu
- La confirmation de la mise de fonds et des actifs
- L'évaluation des besoins d'assurance prêt
- Tout autre document requis (ex. : bail, preuves d'autres revenus...)

7.3 L'évaluation de l'immeuble

Afin de s'assurer de la valeur marchande de l'immeuble que vous désirez acquérir, il est possible que votre institution financière demande d'évaluer votre propriété. L'évaluateur agréé est mandaté par la banque et certains honoraires sont à prévoir.

7.4 L'approbation du financement

À cette étape, si toutes les conditions requises pour l'obtention de votre financement hypothécaire sont remplies, votre prêt est octroyé.

7.5 L'enregistrement par le notaire*

Les documents suivants sont transmis à votre notaire par le vendeur :

- Le certificat de localisation (il peut exister des cas exceptionnels où le certificat n'est pas fourni par le vendeur)
- Les comptes de taxe municipale et de taxe scolaire

7.6 La signature de la documentation légale

Vous rencontrez votre notaire* afin de signer les documents officiels suivants :

- L'acte de vente
- L'acte d'hypothèque
- Le document attestant l'ajustement des taxes municipales et scolaires
- La convention de crédit

7.7 Le débours du prêt hypothécaire

La banque remet les fonds au notaire afin de payer le vendeur.

7.8 Continuité du dossier

Un conseiller s'occupe de vous afin d'assurer le suivi de votre dossier et de répondre à vos besoins actuels et futurs.



Fière partenaire de





INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES DE L'OHDQ 2019-2020

Inscription au tableau des membres de l'OHDQ 2019-2020

Rappel que le formulaire de renouvellement de l'inscription au Tableau des membres est en ligne depuis le 1^{er} février. Il faut donc procéder à votre inscription et acquitter votre cotisation annuelle pour l'année financière 2019-2020 **avant la date limite du 31 mars 2019**.

- Si votre inscription a déjà été complétée, nous vous en remercions.
- Si vous n'avez pas encore procédé, ce message s'adresse alors à vous.

Consignes générales :

- L'inscription et le paiement de la cotisation (carte de crédit Visa ou MasterCard) se font uniquement par l'intermédiaire de la plateforme sécurisée de l'Ordre www.ohdq.com (section Membres, sous Mon dossier). L'option du paiement postdaté est disponible. L'échéance ne peut dépasser le 31 mars 2019. C'est une option fortement à considérer pour éviter de dépasser la date butoir (31 mars 2019) et de payer des frais de réinscription.
- Des frais administratifs de 20 \$ plus taxes s'appliquent aux demandes d'inscription à l'aide d'un formulaire papier. Transmettez votre demande de formulaire par courriel à info@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639 (sans frais 1 800 361-2996), poste 201.
- Les personnes qui désirent obtenir la version anglaise des documents (document explicatif ou formulaire d'inscription papier) doivent en faire la demande par courriel à info@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639 (sans frais 1 800 361-2996), poste 201.
- Toute demande d'inscription reçue après la **date limite du 31 mars 2019** ou jugée incomplète à cette date mènera automatiquement à votre radiation du Tableau de l'Ordre conformément au Code des professions. Des frais de réinscription de 90 \$ plus taxes s'appliqueront.

Montant de la cotisation annuelle et autres frais

Le coût de la cotisation annuelle pour l'année 2019-2020 est fixé à 374,66 \$ auquel s'ajoutent les taxes applicables, la contribution au financement de l'Office des professions du Québec (29 \$) et le coût de l'assurance responsabilité professionnelle (7,31 \$), pour un montant total de 467,07 \$.

Toute personne qui ne respecterait pas ces conditions ne peut, à compter du 1^{er} avril 2019, ni utiliser le titre ou les initiales réservés aux membres de l'Ordre, ni exercer la profession d'hygiéniste dentaire au Québec.

DÉCISION DE NE PAS SE RÉINSCRIRE AU TABLEAU

Vous avez décidé de ne pas vous réinscrire pour l'année 2019-2020 et vous n'avez pas transmis votre coupon de non-renouvellement d'inscription? Le message ci-dessous est pour vous.

Si vous ne renouvelez pas votre inscription au Tableau des membres, nous vous invitons à le faire savoir en complétant le [coupon de non-renouvellement](#), que vous retrouverez également sur la page d'accueil du [site de l'Ordre](#), et en donnant la raison. Cette information sera portée à votre dossier professionnel. Conformément au Code des professions toute personne n'acquittant pas sa cotisation avant l'échéance verra son nom radié du Tableau des membres à compter du 1^{er} avril 2019 pour cause de non-paiement de sa cotisation.

Nouveauté en 2019-2020: reçus et carte de membre

Soyez informés qu'à partir de cette année, l'OHDQ cesse d'imprimer et de transmettre par la poste vos reçus pour fins d'impôt et votre carte de membre. Vous aurez accès à ces documents dans la section « Mon dossier », sous la rubrique « Impression de la carte de membre et des reçus pour fins d'impôt » du site web de l'OHDQ.

Vous n'aurez qu'à sélectionner l'année financière désirée et à imprimer vos documents au besoin. Attention: les reçus et cartes de membres des années antérieures ne demeurent disponibles qu'en version papier. Ainsi, pour des copies des documents, il est possible de les obtenir en complétant le formulaire de commande disponible en allant au www.ohdq.com à « Notre boutique » (des frais s'appliquent).

JOURNÉE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

Le 9 avril 2019

Plus de 6 500 experts en soins buccodentaires préventifs!



MISE À JOUR DE VOTRE DOSSIER PROFESSIONNEL

Conformément au Code des professions, vous devez aviser le secrétaire de l'Ordre de tout changement dans les trente (30) jours du changement de votre lieu de résidence, de votre domicile professionnel, de votre adresse courriel ou de vos lieux d'exercice (modification, retrait ou ajout de tout lieu d'exercice).

VOTRE ADRESSE COURRIEL EST-ELLE À JOUR ?

L'article 60 du Code des professions édicte que les membres d'ordres professionnels doivent obligatoirement fournir une adresse courriel par laquelle l'Ordre communiquera avec eux. Assurez-vous que vous êtes le seul utilisateur de cette adresse courriel et qu'elle n'est pas utilisée par d'autres personnes, car l'Ordre peut vous transmettre des renseignements confidentiels par ce mode de communication.

VOUS CHANGEZ DE LIEU DE TRAVAIL ?

Nous vous rappelons que, selon l'article 60 du Code des professions, vous devez faire connaître au secrétaire de l'Ordre tous les lieux où vous exercez votre profession, dans les trente (30) jours où vous commencez à y exercer.

DOMICILE PROFESSIONNEL ?

Nous vous rappelons que selon l'article 60 du Code des professions, vous devez élire un domicile professionnel.

VOUS DÉMÉNAGEZ ?

Vous avez déménagé ou le ferez prochainement, vous devez effectuer votre changement d'adresse par Internet en allant au www.ohdq.com, puis en cliquant en haut à droite sur la section « Membres ». Dans le menu de gauche cliquez ensuite sur le sous-menu « Mes coordonnées » et procédez selon le cas.

MISE À JOUR DU DOSSIER DE FORMATION CONTINUE

Assurez-vous de mettre à jour votre dossier de formation continue pour l'exercice financier 2018-2019. Nous vous rappelons que vous avez jusqu'au 31 mars 2019 pour déclarer vos formations continues suivies durant l'exercice en cours. Par ailleurs, si vous omettez de déclarer des formations suivies durant l'exercice 2018-2019, il vous sera **impossible** de les inscrire vous-même à compter du 1^{er} avril 2019.

RAPPEL : 2018-2019, est la 1^{re} année de la période de référence actuelle de 2 ans. Un minimum obligatoire de 10 heures (**excluant** les 5 heures admissibles pour la lecture scientifique) est requis la 1^{re} année de la période de référence.



BOURSE MÉRITAS ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Afin d'encourager la relève et de souligner l'excellence académique d'étudiants en hygiène dentaire, l'OHDQ octroie chaque année la Bourse Méritas. Décernée chaque automne, cette reconnaissance offre l'occasion de découvrir de nouveaux talents, de valoriser l'excellence de leur parcours collégial et de partager leur vision personnelle de la profession.

Pour participer au concours, les étudiants devront soumettre leur dossier selon les conditions et critères suivants :

Conditions d'admissibilité

- 1) Être inscrit dans un programme d'études collégiales en techniques d'hygiène dentaire et dans sa troisième année d'études
- 2) Soumettre deux lettres de recommandation de tierces personnes en soutien à la candidature

Les candidatures retenues seront évaluées avec les critères suivants :

Critères d'évaluation

- 1) Un relevé de notes à jour et être dans la 3^e année de son parcours académique (40%)
- 2) Un texte présentant ses motivations, sa vision et son engagement envers la profession (50%)
- 3) Présentation du dossier de candidature (10%)

Pour obtenir plus de détails,
visitez notre site Web
www.ohdq.com

Journées dentaires internationales du Québec

INSCRIVEZ-VOUS EN LIGNE

Un aperçu du programme scientifique 2019 est actuellement disponible au www.odq.qc.ca/congres. Vous pourrez consulter le programme préliminaire et le formulaire d'inscription directement en ligne au www.odq.qc.ca/congres, en cliquant sur le menu Programme et Inscription ou en téléchargeant l'application mobile JDIQ 2019.



PETIT-DÉJEUNER GRATUIT !

Le lundi 27 mai et le mardi 28 mai de 8 h à 8 h 30, un petit-déjeuner continental sera gracieusement offert à tous les congressistes dans l'aire de restauration située dans la partie sud de la salle d'exposition.

BIÈRES ET VINS !

Le lundi 27 mai et le mardi 28 mai de 16 h à 17 h, bières et vins seront offerts à tous les visiteurs dans l'aire de restauration de la salle d'exposition.

ATTESTATIONS DE PRÉSENCE !

Comment obtenir une attestation de présence pour cet événement ?

Si c'est votre employeur qui vous inscrit, demandez que votre courriel personnel soit inscrit pour recevoir directement votre attestation de présence. Les attestations seront envoyées au cours de la semaine suivant le congrès. Assurez-vous d'avoir inscrit votre numéro de permis.

N.B. Assurez-vous de faire balayer (scanner) votre porte-nom dans chacune des conférences auxquelles vous assistez. De plus, une fois durant l'événement, faire balayer (scanner) votre porte-nom au salon des exposants. L'OHDQ accorde 1 heure de formation continue pour la visite des exposants.

APPLICATION MOBILE - JDIQ

Les Journées dentaires internationales du Québec vous offre une application mobile que vous pourrez télécharger à partir de votre appareil intelligent. Utilisez cette application pour préparer votre horaire, prendre des notes, marquer les sujets importants et partager vos commentaires sur Twitter.

N.B.: Pour vous aider à déclarer vos heures de formation continue faites aux JDIQ, consultez le texte à la page 70 «**Voici, en quelques clics, comment comptabiliser vos formations continues en ligne!**», du précédent numéro d'automne 2018. N'oubliez pas: tout membre est responsable de la gestion de sa formation continue et de la comptabilisation des heures d'activités de formation auxquelles il a participé. ■

FLUORURE STANNEUX

Crest[®]

ARMEZ LEURS DENTS DE LA PROTECTION DE L'AVENIR



LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DÉBUTE AVEC LA SANTÉ DES GENCIVES

Les fluorures ne sont pas tous identiques.

Visitez le www.dentalcare.ca/fr-ca pour trouver le dentifrice Crest à technologie brevetée de fluorure stanneux le mieux adapté aux besoins de vos clients



CURAPROX

 SWISS PREMIUM ORAL CARE

HYDROSONIC EASY

PERFORMANCE PURE
Incroyablement douce.
À un prix incroyable.



Conçus en polyester : ne retiennent pas l'eau, pour une performance constante, sans absorber les bactéries.

COMPATIBLE AVEC LES TÊTES EASY ET PRO

TÊTES EASY



SENSITIVE

POWER

TÊTES PRO



POWER

SENSITIVE

SINGLE



Fabriquées en Suisse

TECHNOLOGIE SONIQUE

Le biofilm est éliminé en douceur et efficacement grâce aux nombreux mouvements par minute des filaments en CUREN®.

EFFET HYDRODYNAMIQUE

Le nombre élevé de mouvements des filaments provoque des turbulences du mélange salive-eau-dentifrice dans la bouche permettant d'éliminer de nombreuses bactéries du biofilm même dans les espaces interdentaires!



3 MODES

START - 22 000 mouvements par minute
CLEAN - 32 000 mouvements par minute
SMILE - 42 000 mouvements par minute

Inclus
1x tête Sensitive Easy
1x tête Power Easy



PROMOTIONS

POUR VOTRE CLINIQUE

129,99\$ par ensemble Hydrosonic Easy. **Achetez-en 6 et obtenez 2 ensembles additionnels GRATUITS!**

POUR VOTRE UTILISATION PERSONNELLE

79,99\$ pour 1 ensemble Hydrosonic Easy.
(1 fois par personne)

Appelez-nous dès maintenant au **1 888 442.7070** pour commander ou planifier une rencontre avec notre équipe de consultantes et hygiénistes dentaires.



1 888 442.7070
www.oralscience.com