

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

Relativement au
*Mandat d'initiative - Les conditions de vie des adultes
hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*



Association des
dentistes de santé
publique du Québec

29 janvier 2014

Présentation de l'ADSPQ

L'Association des dentistes de santé publique du Québec (ADSPQ) regroupe des dentistes œuvrant dans les directions régionales de santé publique, à l'Institut national de santé publique du Québec dans des universités québécoises, en cabinet privé, à Santé Canada et dans des établissements du réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec. La quasi-totalité de nos membres détiennent une formation complémentaire, soit une maîtrise (MSc) ou doctorat de troisième cycle (PhD) en santé communautaire, en santé publique, en épidémiologie ou en pédodontie.

Notre expertise se situe au niveau de la surveillance de l'état de santé de la population, de la promotion de la santé et du bien-être, de la prévention et protection de la santé ainsi que de l'organisation et de l'évaluation des services de santé. Ces domaines s'appuient notamment sur des politiques publiques, la recherche et l'innovation, le développement et le maintien des compétences. De façon spécifique, notre préoccupation porte sur la santé buccodentaire de la population générale et des sous-populations vulnérables de tous âges. Le système de soins étant un des déterminants de la santé, l'accessibilité aux soins buccodentaires se veut une des pierres angulaires d'une santé buccodentaire optimale. Forte de l'expertise de nos membres, notre association veut apporter une contribution essentielle à la réalisation des travaux en cours concernant le *Mandat d'initiative – Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, mais également à tous travaux concernant nos domaines d'expertise.

Positions de l'ADSPQ

- La santé buccale des adultes hébergés en CHSLD est déplorable faute de soins d'hygiène buccodentaire et prothétique quotidiens et de l'absence de soins buccodentaires curatifs appropriés aux besoins et à la condition de santé de ces personnes. Au Québec, la carie dentaire affecte 47% des résidents alors que 33% ont une maladie de gencive sans compter les nombreux problèmes liés aux prothèses dentaires.
- Le nombre d'adultes ayant des dents naturelles a considérablement augmenté au cours des dernières décennies. Ainsi, non seulement l'espérance de vie augmente, mais les aînés conservent de plus en plus de dents en bouche et cette dentition nécessite des soins constants afin de demeurer saine.
- Au Québec, l'accès aux soins buccodentaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie et celles souffrant d'incapacités est extrêmement limité. Cette situation est pire en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Le coût des services buccodentaires, le manque de financement public, d'infrastructures et de ressources professionnelles qualifiées ainsi que les limites financières personnelles entravent l'accès aux soins buccodentaires.
- Les soins buccodentaires pour les adultes hébergés en CHSLD ne sont pas des soins assurés par la RAMQ. De plus très peu de dentistes et d'hygiénistes dentaires détiennent une nomination ou un poste pour œuvrer en CHSLD. Moins de 5% des retraités bénéficiant d'assurances de soins buccodentaires, il n'est pas surprenant que les personnes hébergées en CHSLD aient peu tendance à demander des soins exécutés par un professionnel dentaire. Tous les individus devraient être égaux dans l'accès aux soins de santé, incluant les services buccodentaires et ainsi préserver leur santé, leur autonomie et leur dignité.
- Le manque d'hygiène dentaire et les maladies buccodentaires peuvent entraîner de graves problèmes de santé tels que des douleurs, des abcès dentaires, des pneumonies d'aspiration, des endocardites bactériennes, des bactériémies, des problèmes de mastication, de la dénutrition, un

affaiblissement du système immunitaire, etc., sans compter les répercussions financières pour le patient et pour l'État.

- ➔ La bouche étant indissociable du corps humain, il est nécessaire, pour réduire la morbidité et la mortalité, d'intégrer les soins buccodentaires aux plans de soins des résidents et de favoriser une approche interdisciplinaire. Dans le meilleur intérêt des personnes hébergées en CHSLD, dentistes, hygiénistes dentaires, assistantes dentaires et denturologistes doivent être intégrés dans leur milieu de vie. Ce faisant, un plan de soins préventifs et curatifs permettra de répondre à leurs besoins en collaboration avec des équipes déjà présentes. Ces dernières doivent être formées, contribuer au dépistage rapide des problèmes buccodentaires et offrir des plans de soins complets.
- ➔ La modernisation du cadre réglementaire actuel régissant les ordres professionnels du domaine dentaire devrait favoriser une plus grande autonomie des hygiénistes dentaires afin que ceux-ci puissent prodiguer les soins préventifs nécessaires dans les milieux de vie des personnes souffrant d'incapacités, comme en CHSLD.

État de la situation

L'accès aux soins buccodentaires

Un accès limité en CHSLD

L'état de santé est influencé par des déterminants, notamment des facteurs biologiques, l'environnement, les habitudes de vie et le système de soin. Ce dernier occupe un pourcentage élevé des dépenses de santé. Or, les soins buccodentaires font exception, n'étant financés que très partiellement.

Au Canada, le gouvernement fédéral offre des soins buccodentaires aux anciens combattants et aux autochtones. L'Alberta, le Yukon et les territoires du Nord-Ouest offrent pour leur part des soins buccodentaires aux aînés. Quant à elle, l'Île-du-Prince-Édouard offre des services de dépistage et d'hygiène buccale aux personnes âgées résidant dans des établissements publics de soins de longue durée (Leake, 2000). Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, parmi les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), seuls les États-Unis consacrent moins d'argent que le Canada à la santé buccodentaire (Conseil consultatif sur le troisième âge, 2006).

Parmi les pays de l'OCDE, seuls les États-Unis consacrent moins d'argent que le Canada à la santé buccodentaire.

Au Québec, il existe peu de programmes gouvernementaux ou de politiques touchant la santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie et l'accès aux services buccodentaires demeure difficile. Lorsque les personnes hébergées en CHSLD sont admissibles au supplément de revenu garanti, elles peuvent obtenir, en fonction du pourcentage du supplément reçu, le défraiement d'une partie des frais liés aux besoins spéciaux tels que « soins et prothèses dentaires » par son établissement (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec 1995, Circulaire 03-01-41-03). L'établissement n'est pas tenu de payer le coût total ou partiel d'un besoin spécial si l'utilisateur concerné ne lui a pas soumis sa demande au préalable. Il appert qu'en pratique, les établissements défraient

rarement des coûts liés aux soins et services buccodentaires. Non seulement les soins buccodentaires ne sont pas des soins de santé couverts par l'État, il y a à peine 5% des personnes âgées hébergées en CHSLD qui bénéficieraient d'une assurance dentaire (Brodeur et al., 2006).

En plus du manque d'accessibilité d'ordre financier, les personnes hébergées en CHSLD sont aux prises avec des limitations physiques, intellectuelles et cognitives. Pour cette clientèle, l'accessibilité physique aux services buccodentaires préventifs, curatifs ou d'urgence représente aussi un problème. En effet, la plupart des personnes hébergées ne peuvent se déplacer à l'extérieur de l'établissement pour recevoir des soins buccodentaires en plus de manquer de la dextérité nécessaire pour assurer leur propre hygiène buccodentaire. Bien que présent dans les grands centres, ce problème est particulièrement important à l'extérieur de ceux-ci, où les cliniques dentaires sont moins nombreuses. De façon générale, les services de transport adapté impliquent des temps de déplacements importants et une gestion d'horaire complexe.

De même, la personne résidant en CHSLD dépend souvent d'un accompagnateur et de ses disponibilités pour se rendre à la clinique dentaire. Or, ce proche-aidant est souvent une personne du même âge qui peut également éprouver des problèmes de mobilité. Finalement, un transport pour une personne en perte d'autonomie peut induire de la fatigue, de la confusion et ainsi compromettre le traitement dentaire. Pour toutes ces raisons, plusieurs personnes âgées ne se déplacent pas en clinique dentaire privée.

Difficile pour les professionnels d'intervenir

Outre les considérations financières, géographiques et physiques, d'autres raisons expliquent le manque d'accessibilité aux soins buccodentaires pour les personnes hébergées en CHSLD. Ces dernières ont des problèmes de santé complexes qui nécessitent une attention particulière de la part du personnel soignant. De plus, les patients requièrent généralement plus de temps pour effectuer les traitements et la tarification à l'acte permet difficilement de moduler la facturation en conséquence. Il apparaît donc évident que le cabinet dentaire privé n'est pas l'endroit adéquat pour soigner des personnes requérant des attentions particulières.

Le cabinet dentaire doit évidemment être physiquement adapté à recevoir cette clientèle, particulièrement pour les personnes se déplaçant à l'aide d'une marchette, d'un fauteuil roulant ou sur civière. Il existe quelques rares dentistes québécois qui offrent des soins ambulatoires privés aux personnes en perte d'autonomie, principalement sur le modèle de la

clinique portable. Ceci dit, leur nombre est insuffisant pour couvrir tous les besoins actuels et leur organisation tient davantage de la couverture des soins d'urgence que du suivi régulier. Peu de centres possèdent un local dédié mis à la disposition des professionnels dentaires.

Les professionnels dentaires, surtout en mode ambulatoire, subissent de nombreuses contraintes : ils doivent régulièrement obtenir l'approbation de la famille et/ou de l'établissement avant d'effectuer des traitements et le temps de déplacement et d'installation de l'équipement portable n'est pas inclus dans la tarification traditionnelle à l'acte. De plus, les hygiénistes dentaires sont présentement limitées par le contexte légal dans les actes qu'elles peuvent poser quand un dentiste n'est pas présent sur place.

Mis à part quelques initiatives locales, les personnes en perte d'autonomie sont évaluées par les infirmières et les médecins traitants quand elles manifestent une douleur ou un inconfort dans la bouche. Dans ces cas, des médicaments pour pallier à la douleur sont souvent utilisés au lieu de traiter la cause réelle du problème, étant donné le manque d'accès aux soins buccodentaires. Le dépistage de problèmes buccodentaires ne se fait pas de façon systématique pour les clientèles souffrant d'incapacités et recevant leurs soins en établissement. Le mode de prestation de soins actuel est essentiellement du ressort du secteur privé et les soins buccodentaires aux personnes en perte d'autonomie ne sont pas encadrés par une politique gouvernementale.

Des problèmes de santé qui pèsent lourd

Un grand nombre de personnes en perte d'autonomie s'avèrent difficiles à traiter à plusieurs égards.

Premièrement, une forte proportion souffre de déficit cognitif, et cette proportion peut dépasser la moitié des patients en CHSLD (Brodeur et al., 2006).

Deuxièmement, les personnes hébergées en CHSLD peuvent parfois être agitées, dans la salle d'attente ou sur la chaise dentaire, et exiger une attention particulière. La coordination entre l'heure du rendez-vous et l'arrivée du patient en transport adapté doit aussi être gérée plus assidûment.

Troisièmement, les résidents des CHSLD constituent des populations particulières à soigner en ce qu'elles sont souvent fortement médicamenteuses, ce qui constitue un élément important à considérer lors de traitements buccodentaires.

Quatrièmement, les personnes âgées ont tendance à ne pas exprimer leurs besoins tant qu'elles ne ressentent pas une douleur importante ou n'ont pas de grande difficulté à

s'alimenter. Cette mauvaise perception et cette faible expression de leurs besoins buccodentaires sont, entre autres, influencées par la médication, le déficit cognitif, la culture médicale et dentaire personnelle ainsi que l'état de résignation morale. Il est donc difficile de leur offrir des soins tant que le patient n'en exprime pas le besoin. Les mêmes observations s'appliquent pour l'hygiène buccale quotidienne ; les personnes âgées non autonomes n'ont souvent plus la dextérité nécessaire pour prendre soin de leurs dents et de leur bouche, mais elles ne l'expriment pas.

Des soins buccodentaires pour les clientèles vulnérables

Selon les établissements, 50% à 80% des personnes âgées hébergées en CHSLD présentent des déficits cognitifs (Ministère de la santé et des services sociaux, 2003). Le déplacement de ces personnes vers des ressources externes pour des soins buccodentaires risque de les perturber et de nuire à la stabilité de leur état de santé.

Le recours à des soins buccodentaires sous anesthésie générale est souvent la conséquence d'un manque d'accès à des soins d'hygiène quotidien et à des traitements dentaires de base. Les déficits cognitifs et intellectuels sont également des motifs pour référer des patients vers des soins sous anesthésie générale. Toutefois ce type de dispensation de traitement n'est pas une solution pour tous, compte-tenu des risques que l'anesthésie générale peut comporter.

Les adultes hébergés en CHSLD peuvent également être atteint d'incapacité motrice. Ces personnes se déplacent à l'aide d'un déambulateur, un fauteuil roulant ou un fauteuil gériatrique et certains sont confinés à leur lit. Il est aisé de comprendre que l'incapacité motrice nuit au déplacement des résidents vers des ressources externes pour leurs soins buccodentaires.

Les cabinets dentaires privés sont souvent peu adaptés pour recevoir les personnes âgées en fauteuil roulant et ceux qui utilisent un déambulateur. En effet, certains ne possèdent pas de rampes d'accès ou un espace suffisant dans la salle d'attente et dans les salles de traitement. Par ailleurs, les services de transport adapté des personnes âgées ne sont pas toujours propices aux rendez-vous en cabinet dentaire.

Il est donc primordial, pour ces clientèles, d'instaurer des soins d'hygiène buccodentaire quotidiens, complets et adaptés aux besoins de chaque résident afin d'éviter tout besoin de traitement dentaire.

La santé et les besoins buccodentaires

Les conséquences du manque d'accès aux soins buccodentaires des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec sont manifestes : leur état de santé buccodentaire est désolant. La diminution des capacités physiques et cognitives d'une personne en perte d'autonomie entraîne un arrêt ou une diminution de la qualité des soins d'hygiène quotidiens pouvant causer une rapide détérioration de l'état de santé buccodentaire. En effet, quelques mois suffisent pour constater l'apparition de caries multiples et de maladies de gencive. Aussi, les personnes âgées souffrent fréquemment de xérostomie (bouche sèche), rendant leurs dents plus susceptibles de développer la carie dentaire.

Au Québec, les principaux problèmes buccodentaires répertoriés chez les personnes âgées hébergées en CHSLD sont l'édentation, les problèmes reliés au port de prothèses, la carie dentaire et les maladies de gencives. Une étude réalisée auprès des personnes résidant en CHSLD dans les régions de Montréal, Québec et de la Montérégie a démontré les besoins importants en soins buccodentaires de cette population (Brodeur et al., 2006):

- 11,5% des résidents, partiellement ou complètement édentés, ont des besoins prothétiques tels que le remplacement de prothèses, leur réparation, etc. ;
- 49,3% des résidents ayant au moins une dent présentent de la carie dentaire;
- 21,8% des résidents ayant au moins une dent ont besoin d'un traitement dentaire;
- 49,3% des résidents ayant au moins une dent nécessitent un détartrage dentaire ou un traitement chirurgical de la gencive.

Plus de 49% des aînés en CHSLD avec des dents naturelles souffrent de carie dentaire et de maladies de gencive.

Les conséquences de ces problèmes buccodentaires ne sont pas bénignes : importantes douleurs, infections telles que des abcès dentaires, problèmes de mastication, de nutrition, d'élocution, d'esthétique et d'estime de soi, mauvaise haleine, de la confusion et de l'agitation dus à la douleur, sans oublier le fardeau financier important, tant pour le patient que pour l'État.

La douleur dentaire et la perte de dents empêchent les personnes atteintes de se nourrir convenablement. Celles-ci peuvent développer des carences nutritionnelles allant jusqu'à la dénutrition, qui entraîne une perte de masse musculaire et un affaiblissement du système

immunitaire rendant ces personnes plus susceptibles aux infections de tout genre, aux chutes, aux fractures et par le fait même, plus à risque de morbidité et de mortalité.

Le manque d'hygiène buccodentaire entraîne des conséquences systémiques telles que les pneumonies d'aspiration, les endocardites bactériennes, les bactériémies, les infections, les difficultés à contrôler le diabète ou encore certaines maladies cardiovasculaires. Non seulement l'état de santé général de la personne est à haut risque de se dégrader, mais de plus, cela entraîne une augmentation des dépenses en soins professionnels de toutes sortes.

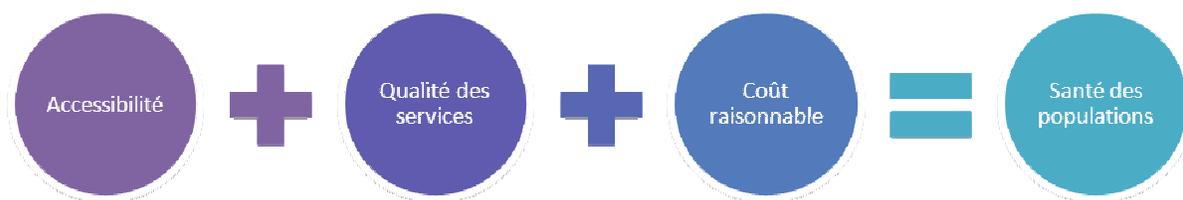
Le nombre d'adultes complètement édentés a considérablement chuté au cours des dernières décennies. Ainsi, non seulement l'espérance de vie des gens est en constante augmentation, mais ils conservent aussi de plus en plus de dents en bouche. Ces dents, qui ont reçu de nombreux soins tout au long de leur vie, nécessiteront des soins de base adaptés et constants afin de demeurer en bon état.

Éthique et santé publique

La problématique présentée plus haut montre que le mauvais état de santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie est un problème de santé publique. Un certain nombre de personnes en CHSLD sont en situation de négligence : des problèmes buccodentaires importants sont non identifiés ou non exprimés par les professionnels de l'établissement. Les maladies buccodentaires, telles que la carie dentaire et les maladies de gencive, sont fréquentes, la morbidité est importante alors que des traitements préventifs et curatifs de base ne sont pas accessibles.

D'un point de vue éthique, il convient de pallier ce problème, notamment en considérant le principe de justice sociale. Tous les individus devraient être égaux dans l'accès aux services de santé, incluant les soins buccodentaires. Ainsi il y aurait un rétablissement du principe d'équité tout en préservant la dignité des plus vulnérables. Cet important déséquilibre doit être ajusté.

De plus, il est essentiel de rappeler que l'accès à des services de qualité et à des coûts raisonnables est un des déterminants de la santé des populations.



Gestion de la situation

Afin de conserver leur état de santé général et leur dentition en bonne condition, il importe de rendre accessible, pour la personne hébergée en CHSLD, des mesures de prévention et de traitement des maladies buccodentaires avant que d'autres problèmes de santé buccodentaire et de santé générale plus importants ne fassent leur apparition (Hujoel et al., 2005 ; Mojon et al., 1998). Il y a nécessité de donner accès aux soins buccodentaires aux personnes hébergées en CHSLD à court, moyen et long terme, dans un continuum de services. Ces soins ne doivent pas se limiter aux urgences et ils doivent proposer un suivi régulier afin de bien servir cette population qui ne connaît et n'exprime que peu ses besoins.

Un certain nombre d'actions doivent donc être mises en place afin d'offrir des services buccodentaires préventifs et curatifs pour les personnes en perte d'autonomie :

1 - Modification de la pratique conventionnelle de la dentisterie :

Les professionnels dentaires doivent être sensibilisés dès maintenant à la nécessité et à la manière de soigner cette population dont les besoins augmenteront rapidement en importance au cours des prochaines années. La solution devra passer nécessairement par l'intégration des professionnels buccodentaires aux équipes soignantes des CHSLD. Cependant, les professionnels buccodentaires ne prendront ce virage en nombre suffisant que si certains facteurs clés du succès sont présents et que la démarche est exempte d'irritants importants. La présence de dentistes détenant une expertise en dentisterie gériatrique doit aussi être favorisée pour traiter les patients hébergés en CHSLD.

2 - Équipes interdisciplinaires :

Les mesures de prévention et la coordination des soins buccodentaires devraient s'insérer dans les réseaux de services intégrés. Actuellement, lorsqu'une personne est admise en CHSLD, une évaluation globale nécessite une concertation et une collaboration étroite entre les différents intervenants : un travail en équipe interdisciplinaire. Mais le médecin qui fait l'examen à l'admission du patient utilise cette approche sans toutefois inclure systématiquement un examen buccodentaire. Il en résulte un plan de soins d'hygiène quotidien incomplet et une absence de planification de besoins de soins buccodentaires préventifs, curatifs ou palliatifs.

L'intégration des soins buccodentaires dans l'ensemble des soins et services offerts en CHSLD permettrait une meilleure organisation, planification, coordination et gestion

interdisciplinaire des services. Tous les professionnels de la santé devraient être concernés par la santé buccodentaire, car cette dernière influence l'état de santé général des patients. Il en résulterait un enrichissement des connaissances des différents professionnels et un suivi plus adéquat des patients, un atout essentiel pour une meilleure qualité de vie.

3 - Financement de l'État :

L'État devrait remettre en question l'absence de financement direct des soins buccodentaires aux personnes souffrant d'incapacités afin d'assurer l'accessibilité des soins buccodentaires en CHSLD.

4 - Modification du cadre réglementaire en santé buccodentaire :

Des modifications législatives sont nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux services buccodentaires, notamment concernant l'autonomie professionnelle de l'hygiéniste dentaire. Pour le plus grand bénéfice de la population, la modernisation des pratiques en santé buccodentaire doit favoriser l'interdisciplinarité et non pas le travail en silo. L'accessibilité des soins buccodentaires aux personnes souffrant d'incapacités, dont les aînés en perte d'autonomie, en serait grandement améliorée et pourrait contribuer à réduire le coût de certains services.

Les denturologistes, quant à eux, sont déjà actifs auprès des personnes âgées en raison du taux élevé du port de prothèses de ces dernières. Ils occupent donc un rôle de premier plan auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Conclusion

Les personnes hébergées en CHSLD, peuvent être affectées par une dégradation rapide et importante de leur santé buccodentaire due, entre autres, à une perte d'autonomie et aux effets secondaires de la prise de médicaments. Elles présentent des besoins buccodentaires importants et peu pris en charge, et ces besoins seront grandement accrus au cours des années à venir.

Dans le but de prévenir des problèmes importants, tant en bouche qu'au niveau de la santé globale, il importe d'offrir les soins et services requis aux personnes vivant avec des incapacités afin de maintenir une bonne condition buccodentaire. En intervenant en amont, il est possible d'espérer des gains de santé et de conserver une bonne qualité de vie pour ces personnes.

Il est essentiel que les services buccodentaires fassent partie de l'offre de services, au même titre que les autres soins et services professionnels de base reconnus, comme les soins médicaux, infirmiers, les services de nutrition, etc. et favoriser le travail interdisciplinaire. L'étude des conditions de vie des adultes hébergés en CHSLD représente l'occasion idéale de s'attaquer à une problématique qui existe depuis longtemps et ainsi corriger un important problème d'iniquité envers certaines des personnes les plus vulnérables de notre société.

Recommandations

L'ADSPQ souhaite que la santé buccodentaire soit reconnue comme une partie intégrante de la santé générale de nos aînés. Conséquemment, le MSSS doit soutenir les interventions en dentisterie gériatrique en CHSLD et en CSSS à la hauteur des besoins des personnes en perte d'autonomie en s'engageant à :

- rendre disponibles les ressources financières et les infrastructures nécessaires aux CSSS pour intégrer les soins et les services buccodentaires aux services de base offerts en CHSLD, notamment :
 - un diagnostic buccodentaire régulier (plans de soins préventifs et curatifs);
 - des soins d'hygiène quotidiens et des services curatifs et préventifs;
 - des activités de sensibilisation des personnes âgées et de leurs proches aux actions préventives efficaces en santé buccodentaire;
 - de la formation et du soutien aux équipes interdisciplinaires au dépistage des problèmes buccodentaires, aux actions préventives efficaces et à la référence vers les professionnels dentaires.
- incorporer à la liste des médicaments fournie par le MSSS certains produits reconnus efficaces pour prévenir les problèmes buccodentaires;
- autoriser la nomination de dentistes à tarif horaire et à honoraires fixes et promouvoir l'embauche d'hygiénistes dans les CHSLD et dans les CSSS;
- permettre plus d'autonomie aux hygiénistes dentaires afin de prodiguer certains soins préventifs nécessaires dans les milieux de vie des personnes souffrant d'incapacités en réclamant de procéder rapidement à la modernisation du cadre réglementaire actuel régissant les ordres professionnels du domaine dentaire.

Références

- Brodeur et al., Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006.
- Brodeur et al., Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec. Direction de santé publique de Montréal-centre, 2006.
- Conseil consultatif sur le troisième âge, La santé au bout des dents. Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2006.
- Hujoel et al., Personal oral hygiene and chronic periodontitis : a systematic review. *Periodontol* 2000, 2005, 37: p. 29-34.
- Leake, The history of dental programs for older adults. *J Can Dent Assoc*, 2000, 66(6): p. 316-9.
- Ministère de la santé et des Services sociaux, Biens et services non couverts par la contribution des adultes hébergés, allocations pour dépenses personnelles et règles relatives aux besoins spéciaux. Circulaire 1995-010 (03.01.41.03).
- Ministère de la santé et des Services sociaux, Orientations ministérielles pour les personnes en perte d'autonomie. 2001.
- Ministère de la santé et des Services sociaux, Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSL. Orientations ministérielles, 2003: p. 7.
- Mojon et al., Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci*, 1998, 106(4): p. 827-34.