



MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ADULTES HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

19 FÉVRIER 2014

Ordre des dentistes du Québec

800, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-9248

Courriel : pres@odq.qc.ca
Site Web : www.odq.qc.ca

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec
19 février 2014

Table des matières

Introduction	4
L'Ordre des dentistes du Québec	5
Une situation préoccupante	6
L'accès aux soins buccodentaires – en faire une priorité.....	8
La nécessité de revenir à la base	10
Vers un protocole de santé buccodentaire	11
La formation des intervenants.....	12
Un travail d'équipe	13
À la recherche de solutions concrètes et concertées	14
ANNEXES	15

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Introduction

L'Ordre des dentistes du Québec soutient l'initiative de la Commission de la santé et des services sociaux sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. À la recherche d'un milieu de vie sécuritaire et sain où les services et les soins sont un défi de taille au quotidien, il est fondamental de revoir les pratiques dans une optique d'amélioration de la qualité de vie.

Les personnes qui sont hébergées en CHSLD ont un accès très limité voire inexistant à des soins buccodentaires adaptés à leur condition. Cette situation doit changer rapidement. La population vieillissante conservera ses dents naturelles et c'est une bonne nouvelle. Les soins à apporter seront de plus en plus complexes. Omettre de s'inquiéter et de s'occuper de la santé buccodentaire, c'est ignorer la dignité, la santé et la qualité de vie d'une personne.

Le mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec a pour objectif d'alerter les instances gouvernementales quant à la nécessité et à l'urgence qu'il soit reconnu de façon générale que la santé buccodentaire fait partie de la santé globale et qu'il soit prévu des mécanismes qui favorisent la mise en œuvre de cette priorité. Des conséquences graves résulteraient d'un système de santé qui en fait abstraction. Des conséquences tragiques toucheraient les adultes en CHSLD.

L'Ordre des dentistes du Québec se veut un partenaire tant de la promotion de la santé buccodentaire auprès de tous les intervenants que de la recherche de solutions en vue de donner à tous accès à un diagnostic établi par un dentiste et à un plan de traitement préventif et curatif. Il demande aux instances gouvernementales de reconnaître le droit aux soins buccodentaires dans un objectif de santé globale.

La raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population.

Composé de 4 890 membres, l'Ordre des dentistes du Québec compte 4 053 dentistes pratiquant la médecine dentaire générale partout au Québec et 519 spécialistes répartis dans dix disciplines reconnues, dont la chirurgie maxillo-faciale, la prosthodontie, la parodontie et la santé publique.

Le dentiste est le docteur qui veille sur la bouche (maboucheensante.com). Il travaille notamment en collaboration avec les médecins, les hygiénistes dentaires, les techniciens dentaires, les denturologistes et les assistantes dentaires.

La médecine dentaire inclut tous les actes qui ont pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain. Le dentiste, dans l'exercice de sa profession, est habilité à prescrire des médicaments, des radiographies et divers tests diagnostiques.

L'Ordre fait de l'accès aux soins buccodentaires un objectif principal. Il entend faire de l'accès une priorité pour la santé de tous les Québécois.

Voilà pourquoi il mettait sur pied, le 14 mars dernier, un comité sur l'accès aux soins buccodentaires dont le mandat vise à faire le point sur l'accès aux soins buccodentaires pour les populations vulnérables, notamment celles en perte d'autonomie ou à mobilité réduite, les enfants et les personnes à faible revenu ou habitant en région éloignée, ainsi que sur l'accessibilité aux blocs opératoires et aux soins buccodentaires en milieu hospitalier. Le comité a également pour mandat d'identifier les situations et les éléments qui portent atteinte au droit de ces populations d'avoir accès à des soins buccodentaires et, pour ce faire, il mène actuellement une consultation auprès de divers groupes d'intervenants des milieux visés afin de trouver des pistes de solution aux problématiques soulevées et de formuler des recommandations aux différents intervenants impliqués. Son rapport sera rendu public au printemps 2014.

L'état de la santé buccodentaire des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée est déplorable, comme en témoignent les données qui ont été acheminées à l'Ordre par de nombreuses sources, notamment par les dentistes en santé publique dont l'expertise sur le sujet est incontestable. L'Association des dentistes en santé publique du Québec a d'ailleurs permis à l'Ordre de citer des extraits d'un mémoire déposé en janvier 2014 auprès de la Commission de la santé et des services sociaux relativement au mandat d'initiative et intitulé *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée* :

« 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.

(...)

- 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.*

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 dues 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. » (Annexe 1)

Le tsunami qui guette notre système de santé en matière de santé buccodentaire est la conséquence d'une population âgée de plus en plus grandissante associée à la

décroissance rapide du nombre d'adultes complètement édentés. L'espérance de vie augmente et la population conserve de plus en plus de dents en bouche. Ces dents nécessitent des soins adaptés afin de demeurer en bon état.

L'accès aux soins buccodentaires – en faire une priorité

La présente démarche s'inscrit dans le mouvement entrepris par l'Ordre en vue de trouver des solutions au problème criant d'accès aux soins buccodentaires pour les clientèles défavorisées, dans lesquelles on retrouve les personnes visées par vos travaux.

L'Ordre est extrêmement préoccupé par les constats établis dans le cadre de cet exercice qui force une remise en question des responsabilités des professionnels de la santé et de tous à cet égard. L'Ordre est inquiet de l'absence de soins de première ligne pour les clientèles défavorisées et est heureux de constater que le gouvernement partage cette inquiétude sans peut-être avoir à sa disposition le portrait complet de la situation.

L'Ordre entend collaborer pleinement à l'élaboration de tout projet ou mesure susceptible d'améliorer la santé buccodentaire de la population, et particulièrement des personnes dont l'autonomie constitue un obstacle majeur au maintien d'une bonne santé.

Il est question ici de santé, et non seulement d'accès à des traitements. L'Ordre est conscient que l'ampleur de la démarche, si l'on veut assurer à tout un chacun des services professionnels en cas de maladie. L'Ordre a pu constater que les soins dentaires, dans leur contexte actuel, se heurtent à des obstacles majeurs en ce qui concerne les patients qui vivent dans les établissements de soins, notamment en raison d'un manque de ressources et de personnel.

L'Ordre ne prétend pas détenir de recette miracle pour résoudre le problème d'accès aux soins dentaires et il propose plutôt de revenir à la base, avant la maladie, avant la carie et la destruction qui exigent des interventions complexes et coûteuses pour des patients qui souffrent de handicaps physiques ou mentaux. C'est une question de respect, de qualité de vie et d'obligations morales à l'égard de la société. Il s'agit d'une occasion de redonner à la santé buccodentaire la place qu'elle occupe dans la santé globale.

Le maintien des soins d'hygiène de base pour les personnes qui résident en CHSLD est pour l'Ordre une question de respect et d'humanité. Il est impensable qu'à l'heure actuelle, des personnes en perte d'autonomie soient laissées sans soins d'hygiène élémentaires alors que le régime public s'est engagé à leur assurer le gîte et la sécurité.

Citons, comme il est fait dans le document de consultation, l'article 4 de la Charte des droits et libertés : « Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité (...). »

Par ailleurs, pour souligner l'importance de cette commission, l'Ordre reprend le texte du document du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : orientations ministérielles*, octobre 2003, qui énumère de façon exhaustive les services cliniques que les milieux d'hébergement doivent être en mesure d'assurer pour le bien-être quotidien des résidents. En plus des services médicaux et infirmiers, on y cite une liste impressionnante de professions liées à la santé, de l'ergothérapie à la zoothérapie, auxquelles on peut recourir, en spécifiant qu'on ne doit pas s'y limiter et qu'on doit faire appel à des ressources extérieures au besoin (annexe 2). Ce texte est repris en septembre 2013 dans le document de la présente consultation.

Or, cette liste ne fait aucune mention des soins buccodentaires. Il ne s'agit certainement pas de mépris pour la médecine buccodentaire, mais plutôt d'une interprétation de la santé où la bouche et les dents sont exclues depuis de trop nombreuses années. Cet état de fait doit changer.

L'Ordre propose de retourner à la case départ en ce qui a trait aux droits des résidents des CHSLD et d'entreprendre une démarche qui ne pourra qu'être profitable, tant aux personnes visées qu'aux instances impliquées dont la responsabilité est très grande.

L'Ordre se devait d'intervenir dans le présent dossier et d'apporter un éclairage sans complaisance sur le sort des résidents en ce qui a trait aux soins d'hygiène.

Il est nécessaire de rappeler que la bouche est l'entrée de tout le système nourricier de l'organisme. Elle a une importance aussi grande que l'œsophage et l'estomac. Les photos jointes à l'annexe 3 illustrent les problèmes que peut engendrer une hygiène buccodentaire déficiente. Or, une bouche non fonctionnelle ne peut assurer une saine alimentation.

Une bouche qui reçoit quantité d'aliments devra être nettoyée. Elle retiendra des débris alimentaires, développera de la carie, de l'inflammation, sera malade et ne pourra assumer son rôle. La seule chose qui est incontestable est que la maladie de la bouche est inévitable sans soins de base et que la santé physique en sera assurément affectée sérieusement. La carie et les maladies du parodonte sont au stade épidémique et constituent même une cause de mortalité chez les clientèles vulnérables.

Vers un protocole de santé buccodentaire

Plutôt que de penser en termes de maladie et de traitements, il serait préférable de prendre un virage santé. L'Ordre propose des mesures concrètes et simples qui s'appuient sur une modification de l'approche en santé pour y inclure la santé buccodentaire.

Si les résidents des centres d'hébergement ont un dossier médical, ils n'ont cependant pas « d'identité » dentaire. L'Ordre croit que le processus d'admission dans un centre devrait comprendre un diagnostic buccodentaire et un plan de soins. Une telle mesure permettrait de faire le point sur la condition de la clientèle visée. Cette évaluation est d'autant plus importante que, pour la plupart de ces personnes, ce nouveau milieu de vie sera leur dernier.

Un plan de soins doit donc être établi dès l'admission. Bien que l'état relatif de délabrement de la bouche ne puisse être imputable à l'hébergement, il faut néanmoins chercher à maintenir ou à rétablir la santé dentaire des résidents.

Cette procédure serait un moyen de passer en mode prévention en matière de santé buccodentaire. Elle permettrait aussi une prise de conscience de tous les intervenants quant à l'importance de la santé buccodentaire et à la mise en œuvre d'un programme de maintien susceptible de produire des résultats probants à court et à long terme.

« 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. » (Annexe 1)

Un retour à la case départ suppose d'instaurer un protocole de soins d'hygiène basé sur des soins quotidiens aux patients. Tous les intervenants doivent y être sensibilisés et suivre une formation en conséquence, y compris les préposés qui ont une tâche déjà très difficile à accomplir auprès d'une clientèle aux problématiques complexes. Si l'on veut inclure l'hygiène buccodentaire dans les protocoles de soins existants, il est important d'enrichir leurs compétences et de leur fournir des ressources additionnelles.

Il est essentiel d'impliquer toutes les professions de la santé dans cette orientation. Les médecins ont tout à gagner à collaborer avec les dentistes.

« 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. » (Annexe 1)

Il semble essentiel que les professionnels de la santé œuvrant en CHSLD soient impliqués dans ce vaste projet et qu'une place soit faite aux dentistes et aux hygiénistes dentaires.

Les hygiénistes, en particulier, doivent être présentes dans l'équipe de soins. Le fait que le diagnostic soit confié aux dentistes ne constitue en rien une contrainte ou une limitation aux activités des hygiénistes dentaires. Ces dernières détiennent une formation poussée en maintien de la santé buccodentaire et peuvent jouer un rôle actif, surtout dans le contexte qui nous intéresse ici. Un partage des responsabilités est nécessaire en vue d'assurer les meilleurs services et l'Ordre croit que la contribution des hygiénistes dentaires peut être grandement bonifiée.

À la recherche de solutions concrètes et concertées

Une initiative en ce sens menée actuellement dans la région de Sherbrooke pourrait servir de point de départ à une réforme importante. Par ailleurs, les efforts consentis sur des bases individuelles et régionales doivent être encadrés et une politique doit être adoptée pour l'ensemble du réseau.

On peut constater une volonté d'apporter des solutions concrètes et concertées à des problématiques qui ont fait l'objet de constats, d'études et de recommandations depuis de nombreuses années. Dans la foulée de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés (2007), de la Consultation publique sur l'autonomie pour tous (2013), de la consultation sur la fluoration de l'eau (2013) et de la poursuite des travaux de son propre comité sur l'accès aux soins dentaires, l'Ordre entend être partie prenante de toute mesure visant à améliorer la qualité des soins de la population.

Plus précisément, l'Ordre offre au gouvernement son entière collaboration dans l'élaboration d'initiatives et la mise en place de structures qui permettront de contribuer à la qualité de vie des résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée. L'Ordre proposera un projet en marge des travaux du comité sur l'accès aux soins buccodentaires sur les soins en CHSLD.

Mémoire de l'Association des dentistes de santé publique du Québec présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au Mandat d'initiative — <i>Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>	Annexe 1
Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD Orientations ministérielles, octobre 2003.....	Annexe 2
Photos de cas avec explications.....	Annexe 3
Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec — Consultation publique sur les conditions de vie des aînés	Annexe 4
Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec sur la fluoration de l'eau.....	Annexe 5
Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec sur la consultation publique sur l'assurance autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie.....	Annexe 6

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 buccodentaires et prothétiques 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 médicamentées, 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 liés 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 des personnes hébergées en CHSLD. 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 :
 - o un diagnostic buccodentaire régulier (plans de soins préventifs et curatifs);
 - o des soins d'hygiène quotidiens et des services curatifs et préventifs;
 - o des activités de sensibilisation des personnes âgées et de leurs proches aux actions préventives efficaces en santé buccodentaire;
 - o 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.

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD - Orientations ministérielles, octobre 2003

[...]

Pour ce qui est des services cliniques, les milieux d'hébergement doivent être en mesure d'assurer le bien-être quotidien des résidents. Pour ce faire, les services médicaux, les services infirmiers, les soins d'assistance, les services psychosociaux, les services d'ergothérapie et de physiothérapie, les services de loisir et de pastorale, les services reliés à la pharmacie et à la nutrition, etc., doivent être accessibles et de qualité. De plus, les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques ont retenu la philosophie d'intervention développée dans ce présent document et fondée sur une approche globale comme balise favorisant la réduction du recours exceptionnel des mesures de contrôle.

Pour ce qui est des services requis de façon intermittente ou encore relevant de disciplines rares ou en pénurie, d'autres façons de faire doivent être mises au point pour offrir l'accès à ces services aux résidents lorsque le besoin se fait sentir. Qu'il s'agisse de médecins spécialistes, d'orthophonistes et d'audiologistes, d'inhalothérapeutes, d'optométristes, de sexologues, d'approches alternatives (comme, la massothérapie ou la zoothérapie), de gériopsychiatres, de neuropsychologues, etc., toutes les possibilités doivent être explorées : ententes avec d'autres établissements, partage de ressources professionnelles itinérantes, achat de services auprès de professionnels œuvrant dans le privé, vidéoconférence pour accès à l'expertise professionnelle à distance, etc. Le partenariat et la collaboration entre les différents établissements et ressources du réseau de la santé devraient permettre un maillage étroit et faciliter l'accès aux services tout en minimisant les délais d'attente. Tel que mentionné dans les Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, « les réseaux de services intégrés incorporent les soins de santé et les services sociaux dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs ». (Page 15)

1. Femme âgée de 48 ans, qui est atteinte de sclérose en plaques, qui a des mouvements des bras qu'elle ne contrôle pas. Elle est en fauteuil roulant, elle ne peut plus marcher faute d'équilibre. Elle a besoin d'aide pour le brossage de ses dents. Elle est en CHSLD depuis environ 2ans. Elle avait l'habitude de brosser ses dents 2 fois/jour quand elle était chez elle et plus autonome. Présentement, elle a de grandes difficultés à effectuer ses soins d'hygiène dentaire quotidiens seule. Pour ce faire, on doit l'assister en mettant le dentifrice sur la brosse et en guidant celle-ci dans la bouche. Elle est consciente que sa bouche n'est pas en bon état, qu'elle a mauvaise haleine. Mais ne peut accéder facilement aux soins professionnels, car elle ne peut se déplacer facilement. Elle est de plus incapable d'assurer seule son hygiène buccodentaire.

(3 photos)





2. Cette femme est atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle vit en CHSLD depuis 1 an. Depuis quelques jours, elle refuse de manger des aliments durs. Elle est devenue agressive, elle crie et refuse de mettre son dentier du haut. Elle a les dents du bas mobiles, dû à une parodontite avancée. (2 photos)



3. Cette femme est atteinte d'arthrite rhumatoïde, elle a de la difficulté à se déplacer. Elle n'est plus capable de saisir sa brosse à dents et de brosser ses dents seule. Elle ne socialise plus avec les autres résidents, elle évite de parler ou discuter parce qu'elle est consciente de sa mauvaise haleine. Elle a des difficultés à se déplacer et elle ne peut résoudre ce problème seule. (2 photos)



4. Ce monsieur a eu un détartrage chez le dentiste le 8 mai 2013. Il est atteint de la maladie de Parkinson, il vit en CHSLD. Il n'est plus capable de brosser ses dents seul vu ses problèmes cognitifs et moteurs liés à sa maladie dégénérative. (3 photos)



Il a été mis à l'horaire pour restaurer des caries un mois plus tard. Il a une brosse à dents électrique dans sa salle de bain. Voici sa condition lors de sa visite de restauration de ses dents.





5. Mme Paradis a mal à la bouche, elle n'est pas capable de manger. Elle a très mal depuis quelques jours, surtout quand elle mange des aliments acides. (3 photos)



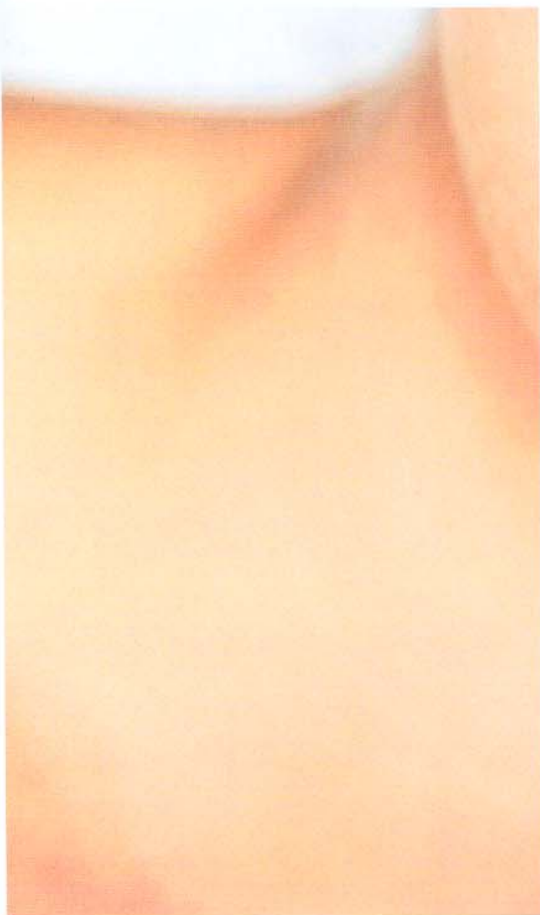


6. Homme en milieu hospitalier consultant pour douleur sous sa prothèse et non pour ses dents naturelles (2 photos)



7. Femme à domicile ne pouvant sortir de chez elle depuis environ 10 ans. Elle consultait le dentiste pour des examens et des nettoyages tous les 3 mois avant son confinement à domicile. La raison donnée pour une visite du dentiste est douleur provoquée par la mastication. (2 photos)





Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Mémoire déposé par
l'Ordre des dentistes du Québec.

Le 7 septembre 2007

Publication de

Ordre des dentistes du Québec
625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2
Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-5673
Courriel : pres@odq.qc.ca
Site Web : www.odq.qc.ca

Production

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

L'état de la santé dentaire de la population du Québec	1
La santé dentaire et son intégration dans la « santé » : un objectif à poursuivre	2
L'état de la santé dentaire des personnes âgées	2
Les difficultés d'accès aux soins dentaires	3
Dans l'anticipation des besoins futurs	4
Les prestataires des services dentaires au Québec	5
Les institutions et les membres de la profession engagés sur la voie désignée des soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie	6
Les services dentaires aux aînés dans les centres d'hébergement et la participation des dentistes	7
Les faits saillants de l'étude des HEC sur les services dentaires aux personnes en perte d'autonomie	7
Les améliorations à apporter dans le cadre de la juridiction de l'Ordre des dentistes du Québec	8
La révision de certains règlements	8
La place des soins dentaires « hors clinique » dans la formation continue	9
La vigilance constante envers la promotion de la santé dentaire	9
Recommandations	10
Documents consultés	11

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

L'Ordre des dentistes du Québec (Ordre), l'organisme qui représente officiellement les professionnels responsables des soins dentaires offerts à la population du Québec, présente une mise au point sur l'état de la santé dentaire des personnes âgées et les services qui leur sont rendus ainsi que son avis sur les mesures à considérer pour améliorer les conditions actuelles.

En matière de services de santé, la principale préoccupation des gestionnaires est de s'assurer que les services dont ils ont la commande soient disponibles à la population sans distinction. Face à leur demande en constante croissance, les services intégrés au système de santé actuel doivent être adaptés aux nouvelles exigences à l'aide des moyens pourvus par l'État. Ceux qui ne relèvent pas entièrement de ce système devront apporter les modifications requises, cette fois, à la portée de leurs propres ressources. Cette situation est celle qui prévaut actuellement dans le domaine de la santé dentaire et elle comporte des inconvénients dont les conséquences affectent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie.

La forte expansion de la population du troisième âge demande de revoir de façon systématique les conditions actuelles de la prestation des soins dentaires en usage jusqu'ici afin d'en corriger les lacunes. C'est à cette fin qu'un rappel de la situation présente observée chez les personnes âgées permettra de juger de l'envergure des directives et des efforts à mettre en action. Le présent mémoire s'attardera principalement aux cas des aînés qui peuvent difficilement utiliser les services disponibles des cliniques dentaires en raison d'incapacités physiques ou autres qui les retiennent à domicile et en résidence publique ou privée.

L'état de la santé dentaire de la population du Québec

La santé dentaire des Québécois depuis les années 1950 s'est modifiée au point que, de désastreuse qu'elle apparaissait selon les indices en usage, elle a pu atteindre aujourd'hui un niveau de satisfaction en accord avec les objectifs de l'OMS. Ces objectifs sont ceux qui s'appliquent principalement à l'état de la santé dentaire des enfants. C'est grâce à l'expansion de la profession dentaire, à la venue des hygiénistes dentaires, aux programmes de la RAMQ, aux progrès associés à la scolarisation, à une pratique plus généralisée des habitudes d'hygiène dentaire dès le jeune âge et à la fluoration de l'eau

(là où elle fut installée) que ces changements se sont opérés, mais il faut surtout noter que ce sont les plus jeunes qui en ont profité et l'éclat de leur sourire n'a pas d'écho chez ceux des générations précédentes qui n'ont pu en profiter. Quand on fait un relevé de la santé dentaire par tranches d'âge, on note que son état se détériore graduellement avec le nombre croissant des années dans les différents sous-groupes.

La santé dentaire et son intégration dans la « santé » : un objectif à poursuivre

Trop longtemps marginalisée par rapport aux autres secteurs de la santé, la santé dentaire a acquis une plus grande importance depuis que les récentes recherches ont mis en évidence leurs interrelations dans la cause et le développement de nombreuses maladies. L'accumulation de bactéries dans la plaque dentaire ou dans des foyers de parodontose et la pénétration qui s'ensuit dans la circulation sanguine peuvent causer des infections dont les conséquences extra-buccales sont des plus graves, comme les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires. Des cas de pneumonie ont été rapportés en établissements de soins prolongés où les conditions buccales ont été mises en cause avec les dysphagies auxquelles elles s'associent. On a de plus confirmé que le diabète aggrave les conditions parodontales. Les personnes âgées, surtout si elles ont abusé de tabac et d'alcool, sont exposées au cancer buccopharyngien. Des problèmes de dénutrition sont reliés à des conditions de mastication défectueuses en raison de dents insuffisantes en nombre pour en assurer l'efficacité ainsi qu'à des prothèses mal ajustées qui causent de l'inconfort ou même de la douleur au point d'entraver le choix et la quantité d'aliments pour couvrir les besoins.

L'état de la santé dentaire des personnes âgées

Il faut bien le reconnaître, la situation de la santé buccodentaire est alarmante à la grandeur du continent, surtout si l'on s'arrête particulièrement aux personnes âgées en perte d'autonomie. Contrairement aux aînés qui sont assez alertes pour accéder aux cabinets des dentistes et y recevoir les soins requis comme les autres adultes, les personnes en perte d'autonomie, autant à domicile qu'en institutions, demandent une attention spéciale pour leur procurer les soins requis.

Une publication récente sur l'état de la santé dentaire des aînés au Québec révèle que très peu de changements se sont produits depuis ce que l'on avait observé en 1980 (1). L'examen de la bouche des résidents de CHSLD et de personnes en soutien à domicile des régions de la Montérégie, Montréal et Québec indique d'abord une légère diminution dans le taux d'édentation qui passe de 83 à 60 %. Chez ceux qui ont encore quelques dents (en moyenne une douzaine dont la moitié sont atteintes de carie), on note peu de

différence. Les porteurs de prothèses conservent les mêmes habitudes et supportent les mêmes ennuis qu'auparavant. Toutefois, les cas qui nécessitent des interventions pour répondre à des besoins urgents ne se présentent qu'à un faible taux (4 %), le même qu'en 1980, ce qui ne doit pas nécessairement laisser entendre que tous les autres cas étaient sans gravité, vu les aléas des services. Cette génération aura donc complètement échappé aux améliorations d'un milieu dont ont pu profiter leurs descendants.

Les difficultés d'accès aux soins dentaires

Deux situations sont à considérer en ce qui a trait aux difficultés d'accès aux soins dentaires : l'une concerne les personnes en demande de soins qui en l'occurrence sont des personnes âgées en perte d'autonomie, l'autre à l'organisation des services dentaires, celle des cliniques à l'usage des personnes alertes; l'espace à combler entre ces deux positions demande donc des interventions réfléchies. Le degré d'incapacité motrice est le facteur qui va rendre de plus en plus difficile la réduction de cet espace. On sait, par exemple, que les troubles cognitifs atteignent 8 % de la population du Québec mais qu'il s'en trouve plus de 50 % chez les résidents des CHSLD. De façon générale on observe aussi que d'autres types de troubles de santé peuvent distraire des personnes âgées de l'attention qu'elles doivent porter aux soins de leur bouche. On rapporte aussi qu'elles ont tendance à ne pas exprimer leurs besoins tant qu'elles ne ressentent pas de douleurs importantes ou qu'elles n'éprouvent pas de difficultés à s'alimenter, d'où l'absence d'interventions tant qu'elles n'en manifestent pas le besoin. Les mêmes remarques s'appliquent à la pratique de l'hygiène buccale qui trop souvent laisse à désirer. Les personnes en perte d'autonomie n'ont souvent plus la dextérité nécessaire pour prendre soin de leurs dents et n'en font même pas mention à leur entourage. À ceci s'ajoute le manque d'intérêt des préposés à leurs soins qui trop souvent encore n'interviennent pas pour les aider.

Des difficultés majeures peuvent donc s'introduire selon le degré d'incapacité motrice dont les personnes âgées sont affectées. Celles qui sont assez alertes pour se rendre à une clinique dentaire y trouveront les services requis mais celles qui sont en résidence devront attendre que les services leur parviennent, ce qui vient compliquer la démarche. On ne saurait trop insister sur les difficultés d'accès aux soins dentaires attribuables aux impératifs de la pratique dentaire en cours dans notre société. Le dentiste pour procurer adéquatement ses traitements exige d'être entouré de son personnel et d'avoir à sa portée un équipement de plus en plus élaboré. Tout obstacle au respect de ces conditions entraîne de sérieuses complications dans la prestation des services qu'on tente de surmonter mais à des coûts contraignants.

Un autre facteur d'influence négative pour intervenir dans l'accès aux soins : celui-là en est un d'ordre économique. Le coût des soins dentaires aux adultes, sauf exceptions, n'étant pas défrayé par le système des soins de santé du Québec reste à la charge du patient. S'il est participant à un régime d'assurance privée, ses déboursés en seront allégés, ce qui est à l'avantage de 70 % de la population du Québec. Les personnes âgées sont trop souvent moins favorisées, elles n'en profitent que dans la proportion de 29 % et les résidents en centres d'hébergement seulement à 5 %. On estime toutefois que dans les CHSLD, le facteur économique intervient peu souvent, soit dans 6 % des cas où les soins en demande n'ont pu être rendus. Au sujet des besoins non couverts, il est bon de rappeler que, hélas trop souvent, c'est par manque de perception à leur endroit s'ils ne le sont pas dans 90 % des cas.

Dans l'anticipation des besoins futurs

La venue des baby-boomers dans le groupe des aînés est en voie de transformer radicalement la situation. Ayant été exposés à des degrés variables mais parfois influents sur l'état de leur santé dentaire, ils en ont acquis un plus grand souci et, par là, ont retenu en bouche un plus grand nombre de dents, ce qui entraîne une augmentation de soins à leur procurer selon les normes en cours. Les prévisions d'ici vingt ans portent le nombre des aînés au double de ce qu'il est actuellement en maintenant une proportion sensiblement la même de personnes en perte d'autonomie. S'il est vrai que le nombre de jeunes aura diminué alors d'un important pourcentage (de 24 à 20 % de l'ensemble de la population), réduisant d'autant les besoins, ceux des aînés seront bien plus importants. L'augmentation des besoins en soins dentaires par individu a été estimée en tenant compte de l'accroissement du nombre de dents retenues (27 %), des effets de la scolarisation prolongée et de son influence sur les habitudes d'hygiène (6 %) avec le résultat que cette augmentation s'établit à 150 % au-delà de la situation de 2006, et ce, sans tenir compte des soins parodontaux intimement associés à la présence des dents, du remplacement des obturations qu'elles auront déjà reçues ainsi que des interventions liées aux implants dont le poids de la multiplication courante est encore imprévisible.

Ce rapide aperçu des conditions de la santé dentaire qui prévalent chez les aînés démontre la dimension et la complexité des moyens à prendre pour atteindre un objectif conforme aux normes établies. La profession dentaire consciente de sa mission envers la population du Québec demeure à la recherche de moyens de raccourcir et à la fois d'élargir les avenues pour couvrir les besoins réels des aînés et fournir les services qui leur sont dus. Un examen de ses engagements dans cette voie est à considérer en premier.

Les prestataires des services dentaires au Québec

La profession dentaire du Québec compte aujourd'hui dans son effectif 4 500 dentistes inscrits au tableau de l'Ordre. De ce nombre, un peu moins d'une centaine sont affectés à des fonctions qui les écartent d'un engagement substantiel dans la pratique dentaire au Québec (enseignement, administration, Forces armées, etc.). Environ 10 % des praticiens se distribuent à l'intérieur des huit spécialités, les 4 000 autres oeuvrent dans le bassin des généralistes. La profession dentaire au Québec se démarque par sa proportion en éléments féminins en voie d'atteindre très prochainement 40 % du total. La profession se répartit dans les régions du Québec à des taux influencés par le potentiel socio-économique prévalent. En général, dans les régions périphériques, le ratio dentiste/population se maintient près de 3,5 par 10 000 de population, alors que dans les grands centres urbains, Montréal et la Capitale nationale, il s'élève à 6,0 et 5,3 respectivement. Les régions avoisinant ces centres maintiennent des ratios de 4 à 5 dentistes par 10 000 de population. Même si ce ratio est considéré comme un indice d'évaluation assez grossier de l'accès aux soins dentaires, on reconnaît en général qu'un ratio de 5/10 000 correspond à une main-d'œuvre capable de couvrir les besoins courants.

La profession compte sur la relève que lui assurent les facultés dentaires des universités Laval, McGill et de Montréal dont le nombre de diplômés annuels est d'environ 150 ce qui, jusqu'à présent, a entretenu sa croissance à un rythme correspondant à l'augmentation de la demande des services de la population du Québec.

De plus en plus de dentistes se regroupent en équipes de travail où se retrouve un personnel d'auxiliaires qui appuient le dentiste dans ses fonctions professionnelles : les hygiénistes, les assistantes et les réceptionnistes. Les hygiénistes dentaires assument une large part de la prestation des soins préventifs à la clientèle. Ces professionnels en grande majorité sont du sexe féminin et leur nombre en totalité se situe près de celui des dentistes. Ils jouent aussi un rôle important au sein du personnel des CLSC comme attirés à la promotion de la santé dentaire. Les pratiques de groupe en plus de rentabiliser les investissements onéreux d'un cabinet bien organisé se prêtent à une plus grande ouverture aux soins à rendre à la clientèle, qu'il s'agisse d'urgences ou de rendez-vous en fin de semaine, (encore faut-il que les patients puissent s'y rendre). On estime à environ 1 500 la moyenne des patients traités par dentiste dans le cours d'une année, mais la proportion de ceux qui en traitent plus de 2 000 atteint 29 %. Les possibilités d'expansion de la clientèle avec l'effectif actuel demeurent encore très confortables (2).

Quand se pose la question de la disponibilité au plan individuel pour les traitements à procurer aux personnes en perte d'autonomie à domicile ou en résidence, on ne trouve que 2,5 % des répondants qui le font sur une base régulière, 25 % occasionnellement et 40 % préfèrent s'en abstenir. Cette dernière situation serait celle du professionnel qui s'adonne à la pratique privée soumise aux conditions d'un marché variable et dont la formation reçue l'oblige à rendre des services de la plus haute qualité en vue du maintien de la santé dentaire. Ce conditionnement est en voie de se modifier par l'insertion dans les programmes de formation d'éléments de responsabilisation pour familiariser les étudiants aux besoins des groupes de population en difficulté de soins à recevoir.

Les institutions et les membres de la profession engagés sur la voie désignée des soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie

L'Ordre reconnaît ici le mérite des initiatives prises pour faciliter un plus grand accès aux soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie. À titre d'exemple, les facultés dentaires ont depuis déjà quelques années introduit dans leurs programmes des stages de services qui leur sont réservés. L'Université Laval inclut dans son programme de premier cycle des périodes de soins à leur rendre par les étudiants de quatrième année. La faculté a en plus innové en créant un programme de certificat en gérontologie où peuvent se perfectionner ses récents diplômés dans ce type de services réclamés. Le « Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement », une entreprise conjointe de l'Université Laval et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), se donne le mandat de faire avancer « les connaissances en matière de santé buccodentaire aux aînés par ses recherches mais aussi développer et soutenir la mise en œuvre de l'organisation et de l'accès aux soins pour maintenir et améliorer la santé buccodentaire des personnes âgées de plus de 65 ans et plus ». Le centre regroupe autour de lui un ensemble de personnes ressources dans les secteurs de la santé adjacents à la médecine dentaire (3).

À l'Université de Montréal, les efforts ont porté sur leurs programmes de formation professionnelle. La faculté a introduit dans son programme de certificat de résidence multidisciplinaire des périodes réservées aux soins à des personnes à domicile avec les services de maintien des CLSC. L'équipement mobile nécessaire à ces traitements, acquis grâce à des subventions du MSSS, a permis aux étudiants d'acquérir une expérience des plus valorisante. De plus, au premier cycle, les périodes inscrites au programme de deuxième année permettent à ces étudiants d'accompagner le dentiste en charge du service dans sa visite des patients, de consulter leur dossier médical, de faire des examens de la bouche et de procurer des soins préventifs. Ce programme a pu se réaliser avec la collaboration de l'Institut de gériatrie de l'Université de Montréal (4).

La faculté dentaire de l'Université McGill tire plein d'avantages du fait que ses cliniques sont logées au Montreal General Hospital de sorte que, dans son cas, ses étudiants sont ainsi mis en contact avec des patients de toute catégorie sans distinction.

Les services dentaires aux aînés dans les centres d'hébergement et la participation des dentistes

Trop souvent laissés au gré des circonstances pour procurer des soins aux personnes en difficulté d'accès aux soins dentaires, plusieurs dentistes ont pris des initiatives qui sont devenues des réussites à leur crédit. Leur détermination à s'engager dans des projets ardues et à les mener à point en a fait des modèles à suivre. Des réalisations comme celles du CSSS de Québec Nord au CHSLD de Saint-Augustin de Beauport et de ceux qui les ont imités comme les deux CHSLD de Montréal : Maimonides et Mont-Sinai inspirent confiance; sans compter les cliniques mobiles du secteur privé qui sont en opération. Celle qui dessert le Centre régional de santé mentale de Shawinigan et d'autres centres de la région est un exemple à retenir. La participation de l'équipe des dentistes spécialisés en santé publique est à souligner; elle compte pour beaucoup dans l'élaboration des projets en voie de se matérialiser dans plusieurs régions. La concertation qui s'organise à l'intérieur du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* visant les aînés alimente beaucoup d'espoirs.

Les faits saillants de l'étude des HEC sur les services dentaires aux personnes en perte d'autonomie

Parmi les moyens à la disposition de l'Ordre pour promouvoir des améliorations des services dentaires se trouve l'aide de sa Fondation pour subventionner ses recherches. Une étude telle que celle que l'Ordre a chargé l'école des HEC de réaliser apporte un éclairage judicieux sur les stratégies à développer pour atteindre une plus grande proportion de personnes âgées en perte d'autonomie. Les résultats rapportés font état des besoins à venir d'ici 2026 en tenant compte des changements anticipés dans la population et des orientations à prendre dans les politiques d'institutionnalisation. En plus des conditions à modifier pour attirer davantage de professionnels dans le secteur des soins aux aînés, l'étude explore les possibilités de rapprochement du dentiste vers la clientèle à l'aide d'équipements mieux adaptés aux conditions d'un accès plus facile aux personnes âgées. Dans la planification des activités devant produire un important volume de services orientés spécifiquement aux personnes en perte d'autonomie, plusieurs approches devraient être considérées en fonction du degré d'incapacité présente. Les cas où seulement la mobilité est en cause (ce qui est la situation des

personnes en soins à domicile) constituent un premier groupe qui correspond à 60 % de l'ensemble. Les cas de personnes en résidences avec une mobilité beaucoup plus réduite sont estimés à 25 % et les cas lourds des CHSLD (qui obligent à procurer des soins sur place) à 15 %. La catégorisation des personnes en perte d'autonomie selon ces trois « degrés » permet ainsi de déterminer l'approche la mieux adaptée en tenant compte de leur proportion dans l'ensemble, du type des services requis, de leurs coûts de même que des voies d'accès aux patients. Par exemple, dans le cas des personnes à mobilité réduite dont le prototype est le plus léger (celles retenues à domicile et dont les soins leur sont rendus régulièrement avec le concours d'un CLSC), les soins dentaires leur seraient rendus sur place par une équipe mobile munie d'un équipement adapté à la prestation des soins les plus courants (curetage, détartrage, obturations, chirurgie mineure etc.). Les coûts estimés à 16 millions de dollars aujourd'hui atteindraient 45 millions de dollars en 2026 alors que leur proportion croissante dans les estimations passerait de 60 à 75 %. Pour compléter en détail les pistes de solution afin de remédier aux problèmes de la mobilité réduite des patients, l'étude propose des modèles d'affaires axés sur les entreprises privées intéressées à ce marché.

Les améliorations à apporter dans le cadre de la juridiction de l'Ordre des dentistes du Québec

La révision de certains règlements

Il est de la juridiction de l'Ordre d'intervenir là où sa raison d'être est mise en scène : la protection du public. Ceci implique qu'il doit veiller à ce que la qualité et la pertinence des soins rendus par ses membres répondent aux besoins de la population. L'application des soins préventifs doit prévaloir dans toutes les situations et la profession assume l'obligation de la généraliser à l'ensemble de la population sans distinction avec les moyens dont elle dispose. À ce jour, les dentistes, avec la coopération des hygiénistes dentaires peuvent rappeler avec fierté la place occupée par les soins préventifs dans la pratique courante des cliniques dentaires et les bienfaits qui en découlent pour la clientèle qui les visite. Les constatations rapportées plus haut indiquent qu'une proportion importante des aînés reste encore en marge de cette réalité.

Pour assurer un progrès tangible dans la recherche de solutions à cette situation se pose d'abord la présence d'un personnel accru pour la prestation des soins préventifs dans les milieux où se trouvent privés de soins les patients marginalisés. Il arrive que dans le cadre actuel des réglementations d'exercice des deux types de professionnels, les solutions aux problèmes signalés ne peuvent se montrer efficaces. Les deux professions s'entendent sur la nécessité d'une modernisation dans la constitution des équipes pour arriver à un niveau de productivité plus avancé et une mobilité assouplie. Sans préjuger

des résultats de cet examen déjà amorcé, on peut en attendre des résultats bénéfiques à l'endroit des principaux intéressés dont font partie les aînés laissés pour compte dans bien des cas.

La place des soins dentaires « hors clinique » dans la formation continue

L'Ordre, au cours de ces dernières années, a accordé une attention toute spéciale à son engagement de maintenir à jour de la compétence de ses membres. En plus des structures internes auxquelles il fait régulièrement appel comme sa publication mensuelle (le Journal de l'Ordre des dentistes du Québec), son congrès annuel (les Journées dentaires internationales du Québec), les enquêtes et les sondages à l'interne comme dans le public, il maintient par son programme de formation continue et avec la collaboration des sociétés dentaires régionales un circuit de conférences pour que ses membres soient informés des avancées de la recherche et de leur application immédiate. C'est à l'intérieur de ce programme que la situation particulière des personnes en perte d'autonomie en institutions leur a été rappelée. L'Ordre n'en est pas resté là, il poursuit son objectif de faciliter les contacts avec les dentistes devenus familiers avec cette pratique « nouveau genre » en incluant dans son Annuaire des dentistes, mis à jour régulièrement, une liste renfermant les renseignements qui les concernent. En apprenant où ces dentistes exercent, il devient possible de leur adresser les patients qui nécessitent des soins spéciaux avec des ressources appropriées.

La vigilance constante envers la promotion de la santé dentaire

Dans ses responsabilités à l'endroit du public, l'Ordre suit de près l'évolution qui se produit dans la pratique des mesures préventives au niveau individuel. Le pourcentage des patients qui se soumettent à un examen annuel est un indice fiable des changements éventuels. À ce jour, on estime à 70 % la proportion de la population qui s'adonne à cette pratique, ce qui laisse entendre qu'une personne sur trois s'y soustrait. Cette situation est coûteuse à la société en ce sens que toute négligence au maintien de la santé dentaire peut prédisposer à des troubles sérieux maintenant que l'on sait combien est étroite la relation entre la santé dentaire et la santé systémique. L'Ordre, à la dimension de ses moyens, entend continuer par le contact de ses membres avec les organismes dont le rôle est d'améliorer les conditions de vie des citoyens, de véhiculer ce message et, par là, contribuer significativement à l'atteinte de leurs objectifs.

Recommandations

Au terme de cet exposé l'Ordre entend souligner son appui à des améliorations souhaitées dans le parcours des constatations précédentes.

1. La présente consultation compte parmi ses objectifs de rapprocher, par des regroupements élargis, les institutions et les personnes informées des besoins des aînés, et dans notre cas, ceux qui nous concernent particulièrement : les aînés en perte d'autonomie. Dans le processus des avis et des propositions qui seront exprimés, l'Ordre des dentistes du Québec demande d'être admis par ses représentants aux échanges qui porteront sur les services de santé aux aînés en rapport avec les conditions qui appellent à des changements importants en termes de coûts et de personnel. Il demande qu'on lui accorde une place prioritaire parmi les améliorations envisagées au bénéfice des aînés en perte d'autonomie.
2. L'Ordre attire l'attention du gouvernement sur le fait que la santé dentaire de la population du Québec ne soit pas tenue en considération au même titre que les autres aspects de la santé systémique. Il est impérieux que les interventions de son ministère de la Santé et des Services sociaux pour promouvoir les mesures de prévention de la maladie intègrent la pratique de l'hygiène dentaire selon les méthodes prescrites applicables à la population dans tous ses quartiers. Il sollicite aussi son appui dans la poursuite de recherches pour rendre plus accessibles par des innovations appropriées les services dentaires d'accès encore difficile.
3. De l'aveu des professionnels qui oeuvrent dans les centres d'hébergement, des difficultés éprouvées dans la surveillance et la pratique des mesures d'hygiène dentaire aux personnes en perte d'autonomie sont associées à l'indifférence et à l'incapacité du personnel de soutien à procurer les soins les plus élémentaires pour assurer la santé dentaire des aînés en résidence. Cette situation généralement admise requiert l'apport de correctifs à inclure dans la formation professionnelle des équipes de soins, ce qui implique une volonté ferme de porter à leur connaissance ce que requiert le maintien de l'hygiène dentaire individuelle. L'Ordre, avec le concours de ses membres qualifiés, pourrait contribuer à des projets de nature pédagogique.

Documents consultés

Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec, CORBEIL, P, BRODEUR, J-M. et ARPIN, Sophie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006

La profession dentaire au Québec en 2006, Rapport du sondage de l'Ordre des dentistes du Québec, mars 2007

Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement ; Mandat et mécanismes de travail, Université Laval Faculté de médecine dentaire, octobre 2006

Soins dentaires des personnes du troisième âge en perte d'autonomie, KANDELMAN, D., DUROCHER, J., RUEL, D.F., OUTMEZGUINE, J., MATALLIANO, K. et ASSELIN, M-E., Journal dentaire du Québec, 2002

Les soins dentaires des personnes âgées en perte d'autonomie : portrait et stratégies de réussite, ABGRALL, K., BOURRELLIS, R., GIRARD, M., LE CORRE, V. et VANDAMME, B., HEC Montréal, 2006



MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

SUR LA FLUORATION DE L'EAU

Ordre des dentistes du Québec

625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2

Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-5673

Courriel : pres@odg.qc.ca
Site Web : www.odg.qc.ca

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec
17 avril 2013

L'Ordre des dentistes n'a pas l'intention de reprendre ici la démonstration de l'efficacité et de la pertinence de la fluoration de l'eau potable comme mesure de prévention de la carie dentaire. Cette démonstration a été faite par de nombreuses études scientifiques rigoureuses et la fluoration a reçu l'appui des plus prestigieux organismes nationaux et internationaux reliés à la santé, dont l'Organisation mondiale de la santé. Le « Center for Disease Control and Prevention » la considère comme une des dix plus importantes mesures de santé publique du XX^e siècle¹.

S'il est encore aujourd'hui nécessaire de se questionner sur les mérites d'un avancement aussi important en termes d'accès à la santé pour les populations, c'est que tous les efforts déployés depuis plus de 60 ans sur la planète l'auront été en pure perte pour ce qui est du Québec.

Malheureusement, s'il est une société qui aurait pu profiter de la fluoration c'est bien la nôtre. Alors que nos voisins américains et canadiens s'en sont prévalus avec des résultats probants, la province de Québec s'est forgé un historique peu enviable en matière de santé dentaire. Les Québécois sont les Nord-Américains les plus affectés par la carie et les maladies périodentaires, ils sont les édentés, les porteurs de dentiers. Il est plus que temps de faire en sorte que nos enfants ne soient pas victimes de cet héritage.

Les pouvoirs publics doivent prendre des dispositions énergiques pour renverser le cycle carie-édentation qui distingue le Québec de si mauvaise façon. L'ajout de fluor à l'eau de consommation est un premier pas élémentaire dans une démarche qui se veut crédible.

¹ Voir document déposé à l'annexe 1 du présent mémoire.

L'Ordre des dentistes du Québec

L'Ordre des dentistes est une coalition de 4808 dentistes, 56 spécialistes en dentisterie pédiatrique et 15 spécialistes en santé publique. La raison d'être de l'Ordre des dentistes est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population du Québec. À ce titre, il doit se prononcer sur les grands enjeux qui concernent la santé buccodentaire des Québécois.

L'opposition à la fluoruration a atteint des sommets dans le mépris des intérêts communs, particulièrement en ce qui touche les enfants. L'Ordre des dentistes dénonce avec véhémence ces oppositions et ces procédés démagogiques qui tentent de faire planer un climat de peur et d'incertitude auprès du public. Il est inacceptable de constater que la population du Québec est prise en otage alors qu'une mesure aussi simple, efficace et économique réduirait de façon spectaculaire les dommages que cause la carie chez les enfants et la population en générale. Ceci est d'autant plus décevant lorsque l'on constate que le principe de la fluoruration est légalement reconnu.²

Ailleurs

Les bienfaits de la fluoruration des eaux de consommation ont été reconnus de par le monde et mis de l'avant par des organismes réputés dont la crédibilité n'a pas à être remise en question.

Forts de l'appui d'un nombre imposant d'organismes de santé publique, les états américains ont ainsi mis sur pied des programmes de fluoruration des eaux qui ont donné des résultats tangibles. Les autorités politiques ont pris des décisions qui ont profité à l'ensemble des citoyens.

Alors que moins de 3% de Québécois ont accès à l'eau fluorée, on compte 72 % pour les Américains et 76 % pour nos voisins ontariens.

² Voir extrait de la loi déposé à l'annexe 2 du présent mémoire.

Qu'il y ait encore aujourd'hui des questionnements et des hésitations quant à la mise en application d'une mesure de santé publique, la plus pertinente et sûrement la plus indiquée dans le contexte historique québécois, étonne.

Carie dentaire et santé globale

De tout temps, les Québécois ont souffert de carie dentaire probablement plus que de tout autre affection ou maladie.

La carie dentaire est une atteinte destructrice de l'appareil masticatoire et ses effets sont irréversibles. Les atteintes carieuses doivent être traitées sans attendre.

Le programme gouvernemental est restreint en termes de couverture des soins de santé en ce qui concerne les soins dentaires. Cette décision économique ne change en rien le fait que la santé buccodentaire fait partie à part entière de la santé globale. À ce titre, l'Ordre des dentistes est d'avis que le gouvernement devrait intervenir pour à tout le moins tenter de réduire le besoin de soins et limiter les effets néfastes de la carie. La fluoruration est élémentaire.

Tous les professionnels de la santé reconnaissent que la bouche est l'entrée unique du système, que toute alimentation passe par elle, que les aliments doivent y être préparés en vue de la digestion et l'absorption, que les dents sont essentielles à cette fonction, qu'il est évidemment contre-indiqué que les aliments soient incomplètement broyés, ingérés en compagnie de bactéries ou d'agents pathogènes, que la présence d'infection en bouche présente un risque permanent pour tous les autres organes du corps humain, que la bouche se situe à proximité du cerveau, des sinus, des oreilles, qu'elle a une communication directe avec le système respiratoire, qu'une infection présente en bouche peut être ainsi transmise aux poumons.

De nombreux cancers ont été reliés à des irritations dues à des dents non restaurées, à des prothèses mal ajustées. Des mâchoires ont été ouvertes pour traiter des lésions d'origine dentaire et des anesthésies générales ont été requises.

Les coûts sociaux

Le seul fait que des maladies systémiques puissent être causées ou reliées à des problèmes dentaires devrait forcer toutes les instances à s'interroger collectivement sur les coûts sociaux de la carie et de l'absence de mesures préventives.

Les soins dentaires représentent une dépense importante pour les familles. Les chiffres disponibles présentement permettent d'extrapoler et de faire une estimation de quelque trois milliards de dollars annuellement pour le Québec. Ces coûts répartis sur l'ensemble des familles peuvent présenter des obstacles majeurs pour les parents qui ne peuvent parfois assumer les soins de base requis pour leurs enfants.

Dans l'estimation des coûts sociaux, mentionnons les soins fournis par le système public pour les maladies causées ou reliées aux maladies buccodentaires, en plus des répercussions non quantifiables, mais réelles, tels la malnutrition, la fatigue, l'absentéisme, la perte d'estime de soi.

La carie est un phénomène irréversible lorsqu'elle a atteint le stade de cavitation. Une dent qui a connu la carie ne retrouvera jamais son état original. Elle sera à jamais une dent restaurée, qui aura possiblement besoin d'être retraitée à plusieurs reprises au cours de la vie de son propriétaire. De son côté, le fluor permet, ceci avant même l'apparition des dents en bouche, de donner une meilleure qualité à l'émail dentaire et ainsi d'empêcher l'apparition de cette première carie. En outre, les effets du fluor continuent à être bénéfiques tout au long de la vie de la personne. Il contribue à la reminéralisation des atteintes superficielles de l'émail, appelées décalcifications, par sa seule présence dans la salive et au niveau de la plaque dentaire. Il a été aussi démontré que le fluor réduit l'incidence des lésions au niveau des racines chez les personnes plus âgées.

Nos enfants et les enfants de nos enfants

La société ne peut tolérer que des enfants connaissent leurs premières caries avant l'âge de deux ans, que des enfants voient leur croissance mise en péril par des problèmes santé dentaire et d'infection au niveau des os des mâchoires, que des enfants doivent subir des soins majeurs sous anesthésie générale, intubés, endormis

pour ensuite poursuivre leur développement avec des dents dévitalisées, couronnées d'acier ou absentes.³

Une publication récente de la Société canadienne de pédiatrie sur les soins buccodentaires des enfants est plus que révélatrice.

« La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants, y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage. Les processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire.

La CaPE est une maladie chronique multifactorielle influencée par des facteurs biomédicaux (régime alimentaire, bactéries, hôtes) et par les déterminants sociaux de la santé. Des pratiques alimentaires inadéquates auprès des nourrissons (p. ex., alimentation prolongée et fréquente au biberon et consommation excessive de jus) sont un facteur important de formation de CaPE. Le processus carieux peut être contrôlé grâce à la mise en oeuvre de mesures communautaires, professionnelles et individuelles, telles que la promotion d'une bonne alimentation, l'amélioration du régime alimentaire, la fluoration de l'eau, l'utilisation accrue de fluor topique et de scellants dentaires par les dispensateurs de soins de première ligne et l'utilisation de dentifrice fluoré.

La fluoration de l'eau est une réalisation à la fois importante et rentable de la santé publique, et c'est la mesure la plus efficace pour prévenir la carie. Pourtant, seulement 45,1 % des réserves d'eau des collectivités du Canada sont fluorées. De plus, 76 % de la population de l'Ontario ont accès à de l'eau fluorée, par rapport à seulement 1,5 % de celle de Terre-Neuve-et-Labrador.

³ Voir photos déposées à l'annexe 3 du présent mémoire.

Des données probantes irréfutables démontrent que l'utilisation de fluor topique réduit le taux de caries chez les enfants, y compris une récente analyse Cochrane sur le vernis fluoré. D'après des lignes directrices probantes, il est recommandé d'appliquer du vernis protecteur tous les six mois aux populations à haut risque, y compris les enfants des Premières nations.[39] Il est également démontré que l'utilisation régulière de rinçage-bouche fluoré réduit la carie dentaire chez les enfants plus âgés, quelles que soient les autres sources de fluor.[40] L'Association dentaire canadienne appuie la fluoration de l'eau et l'utilisation topique de fluor.⁴

Le *statu quo* n'est plus une option.

Il est possible de faire en sorte que les générations futures atteindront l'âge de trente ans avec des dentitions saines, ceci sans égard aux conditions de vie qui auront défini leur enfance et leur adolescence, qu'ils auront eu moins de caries, moins de restaurations, de couronnes, de traitements de canaux, moins d'extractions et ne seront pas la clientèle du marché lucratif des prothèses et des implants dentaires.

Le temps d'agir

Il est temps de permettre aux citoyens présents et à venir de profiter d'une mesure de santé publique qui a fait ses preuves.

L'Ordre des dentistes n'a pas de mots assez forts pour dénoncer cette situation intolérable qui fait entre autres qu'il faille encore débattre en 2013 de la preuve scientifique et plaider devant les autorités gouvernementales les droits des citoyens à une meilleure santé dentaire, ainsi que rappeler que le Québec a reconnu l'importance de la fluoration dans sa propre loi de santé publique.

Les opposants à la fluoration n'ont d'arguments que leurs principes de liberté de choix. Les droits et libertés qui doivent être prises en compte dans un tel contexte sont les droits des enfants et des citoyens d'être assurés que les autorités publiques prennent

⁴ Voir document de principe déposé à l'annexe 4 du présent mémoire.

les dispositions pour leur assurer les meilleures conditions de vie possibles, compte tenu de leurs besoins et des moyens dont on dispose.

Des études ont démontré que chaque dollar investi en fluoration se traduit par une réduction de 38 \$ à 60 \$ des dépenses en soins dentaires. Il est logique d'extrapoler que la réduction de la carie chez un individu et une collectivité réduit de façon tangible les coûts reliés aux traitements requis par les suites d'une mauvaise condition buccodentaire et réduit l'absentéisme et autres phénomènes reliés à la présence de maladies systémiques.

La question du fluor n'est plus un débat de société. Nous partageons ensemble et maintenant la responsabilité de placer le Québec au diapason de 2013 et pour cela il faut adopter des mesures profiteront à tous immédiatement et à toutes les générations futures. Les résultats seront visibles à long terme mais ensemble nous aurons le sentiment d'avoir fait un geste pour faire avancer la qualité de vie des citoyens.

1. **FORTIN, C.**, « Document destiné à la Commission d'accès à l'information » octobre 2011.
2. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., Chapitre S-2.2 (Extrait de :)
3. Photos prises de la clinique dentaire de l'Hôpital de Montréal pour enfants
4. **ROWAN-LEGG, A** ; « Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action » [en ligne] *Société canadienne de pédiatrie*, Document de principes, janvier 2013. Disponible sur : < <http://www.cps.ca/fr/documents/position/soins-buccodentaires-des-enfants> > (Consulté le 2013-03-27)

Document destiné à la Commission d'accès à l'information (CAI)

Objet : Dossier CAI 10 11 78 ; Requête de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) demandant de refuser ou de cesser d'examiner une demande de révision pour refus de répondre à une demande d'accès à l'information (Parent et all.) sur la fluoruration de l'eau.

Mise en contexte :

Afin de bien documenter la position de l'ODQ relativement à la fluoruration de l'eau potable et de démontrer le bien fondé de la requête faite à la CAI par ses procureurs, l'ODQ aimerait soumettre à la CAI certains éléments d'informations généraux ainsi que certaines rectifications relativement aux arguments énoncés dans la demande initiale et dans un deuxième envoi de M. Parent, daté du 20 juillet 2011, afin de rejeter la requête soumise par l'ODQ pour le dossier cité en objet.

Fluoruration de l'eau de consommation

1. Problématique et enjeux généraux:

La carie dentaire est un important problème de santé publique

La carie dentaire affecte la très grande majorité de la population. La carie dentaire est une maladie chronique, infectieuse et transmissible. D'origine bactérienne, elle est aggravée par des comportements alimentaires et des comportements d'hygiène buccodentaire déficients. Plus souvent qu'autrement, la carie dentaire cause des dommages irréversibles aux dents. La restauration des dents cariées ralentit la progression de la maladie, mais les récurrences sont malheureusement fréquentes. La carie dentaire nécessite des traitements de plus en plus perfectionnés, onéreux (donc moins accessibles) et comportant des risques pour certaines personnes dont l'état de santé est fragilisé. La carie dentaire peut provoquer des douleurs, infections et autres affections buccales qui nuisent grandement au développement des enfants, à la qualité de vie et à la santé globale des personnes atteintes.

Les dernières enquêtes sur la santé buccodentaire menées au Québec montrent que, en général, les enfants québécois ont de 40 % à 50 % plus de caries que les autres écoliers nord-américains du même âge. Trois adultes québécois sur quatre ayant au moins une dent naturelle en bouche souffrent de maladies parodontales, et plus de la moitié de leurs dents ont déjà été cariées. Quant au taux d'édentation complète (perte de toutes les dents) de la population québécoise, il figure parmi les plus élevés au Canada. En 2007-2009, 13 % des Québécois de 45 à 64 ans et 40 % des 65 ans et plus étaient complètement édentés, alors que respectivement 5 % et 20 % des Ontariens l'étaient.

La carie dentaire est une maladie coûteuse. Avec les maladies cardiovasculaires, les traitements de la carie dentaire et de ses complications sont parmi les soins de santé qui engendrent le plus de dépenses au Canada. En effet, au pays, les services dentaires représentent un fardeau de plus de 13 milliards de dollars par année, soit une moyenne de 380 \$ par Canadien. Pour le Québec seulement, compte tenu du faible taux de fluoruration de l'eau potable, des hauts taux de carie dentaire et d'édentation, il est possible, selon la répartition démographique, d'estimer ces coûts à environ trois milliards de dollars par année.

Ces données sont d'autant plus décourageantes que les professionnels des réseaux de santé publique et privé du Québec déploient de nombreux efforts depuis plus de 30 ans contre la carie dentaire. Le programme public québécois comprend notamment des actions préventives en milieu scolaire menées par plus de 300 hygiénistes dentaires. Les enfants à risque élevé de carie dentaire visés par le programme font l'objet d'un suivi individuel pour l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire et d'alimentation ainsi que pour l'application de fluorures topiques et d'agents de scellement dentaire afin de protéger leurs dents. De plus, des soins dentaires curatifs de base sont assurés par l'État pour les enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de neuf ans, ainsi que pour les prestataires d'aide financière de dernier recours. Donc, force est de constater que même les interventions ciblant directement les individus, aussi bonnes soient-elles, ne réussissent pas à produire des résultats comparables à ceux d'une mesure populationnelle comme la fluoruration de l'eau de consommation.

Un environnement suffisamment riche en fluorures, plus spécifiquement grâce à de l'eau de consommation adéquatement fluorée, permet de prévenir la carie dentaire de façon particulièrement efficace

La fluoruration de l'eau potable est une mesure de prévention de la carie dentaire reconnue et considérée comme sécuritaire, efficace et économique selon de nombreuses études et revues de littérature scientifique rigoureuses (voir la bibliographie ci-jointe). La fluoruration peut réduire jusqu'à 64 % la prévalence de la carie dentaire chez certains groupes, et ce, en fonction de la gravité de l'atteinte carieuse initiale de la population et de son exposition globale aux fluorures. Les connaissances actuelles permettent d'estimer que l'implantation de la fluoruration au Québec apportera une diminution de la carie dentaire de 20 % à 40 % selon les régions. Il est bien connu que les fluorures augmentent la résistance des dents à la carie et neutralisent l'action des bactéries cariogènes. Il est

aussi clairement établi que la fluoration de l'eau agit en complément des autres mesures préventives. En effet, la fluoration de l'eau permet un effet systémique pré et post éruptif, et elle optimise l'effet topique des produits d'hygiène fluorés. La fluoration permet également aux adultes et aux personnes âgées de développer moins de caries de racines et de conserver leurs dents plus longtemps. Ainsi, grâce à la fluoration, la santé buccodentaire globale de la population est améliorée, et cela se reflète sur l'état de santé général des individus, ceux-ci présentant une meilleure mastication et une meilleure alimentation.

La consommation d'eau fluorée à la concentration recommandée est sécuritaire et n'a pas d'effets néfastes sur l'état de santé général

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs attribue à la fluoration de l'eau potable une cote de niveau A, soit la cote la plus élevée. Cette cote est attribuée selon des critères de données scientifiques suffisantes démontrant que la fluoration est la mesure la plus efficace, la plus équitable et la plus efficiente de prévention de la carie coronaire et radiculaire. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié, en juin 2007, un avis scientifique intitulé *Fluoruration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*. Cet avis est un résumé des connaissances actuelles sur l'innocuité et l'efficacité de la fluoration de l'eau potable auprès des populations. Actuellement, aucune donnée scientifique ne permet d'associer un problème de santé quelconque à la fluoration de l'eau à la concentration recommandée, qui varie de 0,6 mg/l à 1,2 mg/l. Une veille scientifique et une mise à jour périodique de l'avis scientifique de l'INSPQ permettra, notamment, une analyse et une critique objective des nouvelles études relatives à la fluoration de l'eau et à l'exposition aux fluorures. La fluorose dentaire est souvent associée à la fluoration de l'eau. Les études démontrent toutefois qu'elle y est faiblement liée. La fluorose dentaire est un problème essentiellement cosmétique qui est la plupart du temps imperceptible. Quant à la fluorose osseuse, elle n'est nullement associée à la fluoration de l'eau à la concentration recommandée.

La communauté médicale et scientifique reconnaît l'efficacité de la fluoration, qui est mise de l'avant depuis plus de 65 ans. La fluoration reçoit l'appui de plus de 90 organismes nationaux et internationaux, dont les associations médicales et dentaires canadiennes et américaines, les associations pédiatriques canadiennes et américaines, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Fédération dentaire internationale, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé. Les CDC considèrent la fluoration comme l'une des dix plus importantes mesures de santé publique du 20^e siècle avec la vaccination de masse, la pasteurisation du lait, etc. Actuellement, moins de 3 % de la population québécoise a accès à de l'eau fluorée, comparativement à 72 % pour les résidents des États-Unis, à 75 % pour les résidents de l'Alberta, à 73 % pour les résidents du Manitoba et à 76 % pour les résidents de l'Ontario. Cela n'est sûrement pas étranger au fait que la santé buccodentaire des Québécois n'est pas aussi bonne que celle des Canadiens ou des Américains.

La fluoration de l'eau est un moyen peu coûteux de prévenir la carie

Chaque dollar investi pour fluorer l'eau réduit les coûts de soins buccodentaires de 60 \$ à 100 \$. Cela renforce la pertinence de la fluoration. Pour une famille québécoise de quatre personnes, la fluoration peut représenter des économies de 320 \$ par année sur les soins buccodentaires, mais aussi des économies par rapport à tous les autres coûts associés à un meilleur état de santé général. En plus d'être économique pour chaque personne, la fluoration est bénéfique pour l'ensemble de la société, car elle permet l'allègement des fardeaux du régime public de santé et des individus devant assumer les coûts des soins et des assurances privées. Les soins de santé buccodentaires étant toujours l'une des principales causes d'absentéisme à l'école et au travail, il faut aussi voir dans la fluoration un gain en matière de productivité et de qualité de vie. Selon les résultats de la dernière Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2,3 millions de journées d'école et 4,1 millions de journées de travail sont perdues chaque année relativement à des consultations pour des soins buccodentaires. La fluoration de l'eau permet de réduire les coûts directs et indirects associés à la carie dentaire et aux besoins de soins qu'elle engendre.

La fluoration de l'eau est une mesure équitable qui contribue à réduire les inégalités sociales de santé

La carie dentaire, comme la plupart des problèmes de santé, affecte plus fortement les individus ayant des caractéristiques socio-démocratiques de faible revenu et de faible scolarité. La fluoration de l'eau est une mesure de santé publique qui est particulièrement avantageuse pour la population présentant ces caractéristiques de risque et n'ayant pas les ressources financières nécessaires pour se prévaloir de soins buccodentaires. De plus, cette même population à risque a aussi souvent beaucoup de difficultés à adopter les comportements souhaitables. En effet, selon les dernières données de l'Institut de la statistique du Québec, plus de 25 % des enfants âgés de cinq à huit ans se brossent les dents une fois ou moins par jour malgré les nombreux efforts déployés depuis des années pour promouvoir de sains comportements d'hygiène buccodentaire. Également, la soie dentaire est utilisée régulièrement par moins de 30 % de la population, et à peine 50 % des individus interrogés visitent le dentiste annuellement pour des soins préventifs. Une étude récente portant sur la pauvreté et l'accessibilité aux soins buccodentaires a démontré que 24 % des Québécois de 35 à 44 ans dont le revenu annuel est de 15 000 \$ ou moins étaient complètement édentés, alors que cette proportion baisse à 6 % chez les personnes ayant un revenu de 75 000 \$ ou plus par année. Plus ou moins 30 % des Québécois disent avoir de la difficulté à se payer les soins buccodentaires requis. Cet écart dans la santé buccodentaire entre les riches et les pauvres se manifeste dès le plus jeune âge. On trouve en effet plus de deux fois plus de caries dentaires dans la bouche des enfants de cinq à six ans dont les parents gagnent moins de 30 000 \$ par année que dans celle des enfants dont les parents ont un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus. Au Canada, 20 % des adultes âgés de 20 à 79 ans ont en moyenne 3 caries non traitées. Les personnes à faible revenu sont deux fois plus nombreuses à avoir des caries non traitées que celles plus nanties. Toutefois, les personnes socio-économiquement défavorisées qui vivent

dans des régions où l'eau est fluorée présentent une meilleure santé buccodentaire que celles de même situation socioéconomique qui ne sont pas exposées à de l'eau fluorée.

Les effets limités des activités d'éducation et de promotion de la santé sont bien documentés et ne sont pas uniques à la santé dentaire. La meilleure campagne de promotion du lavage de mains n'aura jamais l'impact positif d'une campagne de vaccination massive pour prévenir la grippe. L'ajout d'iode au sel pour prévenir le goitre, l'ajout de la vitamine D dans le lait pour prévenir le rachitisme et l'addition de certaines vitamines et de certains minéraux aux aliments sont d'autres exemples de l'utilité et de l'efficacité des mesures populationnelles et universelles de prévention.

Certains principes relatifs à l'éthique et à l'acceptabilité sociale commandent d'agir en fonction du bien-être de la majorité et des plus démunis. Lors d'un récent sondage mené au Québec en 2010, la fluoration de l'eau recevait l'appui de 62 % de la population, même si, en général, celle-ci considère que la santé buccodentaire relève principalement de comportements individuels. Cela confirme une certaine acceptabilité sociale, bien que les problèmes liés à la carie dentaire soient fort peu connus de la population.

La fluoration de l'eau n'a pas d'impacts sur l'environnement

Les fluorures sont omniprésents dans l'environnement. Les fluorures se trouvent dans le sol, les minerais, l'air, l'eau et, par conséquent, les plantes et les animaux. C'est un élément utilisé dans divers procédés industriels et dans la composition de produits d'hygiène et de certains médicaments. Lorsqu'il est utilisé pour ajuster la teneur en fluorures de l'eau de consommation, le fluorure n'est pas considéré comme un médicament, mais comme un minéral ou un élément naturel contribuant à la formation et à la santé des dents. Les fluorures utilisés pour la fluoration de l'eau sont d'origine naturelle et proviennent surtout de l'apatite, un minéral très présent dans la croûte terrestre.

La concentration naturelle de fluorure varie selon la source de l'eau : l'eau de mer contient environ 1,4 mg/l (ou 1,4 ppm) de fluorure, et l'eau douce au Canada en contient de 0,01 à 11 mg/l. Plusieurs études ont démontré que fluorer artificiellement l'eau à la concentration recommandée de 0,6 à 1,2 mg/l n'avait pas d'impacts écologiques. La fluoration augmente, de façon générale, la concentration totale de fluorures dans les cours d'eau d'à peine 0,001 à 0,002 mg/l. Cette élévation est sous le seuil de la détection des fluorures dans l'eau.

Toute démarche de fluoration de l'eau doit être réalisée selon le taux de fluorures contenus dans les sources naturelles d'approvisionnement de l'eau potable et les autres sources potentielles d'exposition (aliments, habitudes culturelles, etc.). Au Québec, toute démarche de fluoration de l'eau doit aussi respecter les objectifs environnementaux de rejets aux effluents pour la protection de la faune du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP).

Ailleurs dans le monde, nombre de personnes ont accès à de l'eau fluorée

Plus de 400 millions de personnes dans 60 pays consomment de l'eau naturellement fluorée (50 millions de personnes dans 27 pays) ou volontairement ajustée (350 millions de personnes dans 33 pays) à un taux optimal situé entre 0,6 mg/l et 1,2 mg/l. En Chine, plus de 200 millions de personnes consomment de l'eau naturellement fluorée à un taux égal ou plus élevé que le taux optimal. En 2004, 31 pays procédaient à l'ajustement de la teneur en fluorures de l'eau de consommation pour améliorer la santé buccodentaire de leur population respective.

Pour plusieurs autres pays, dont certains très peuplés, les données ne sont pas disponibles. Cependant, il est bien connu que la teneur en fluorures de l'eau potable de ces pays est naturellement très élevée, dont l'Inde, le Népal, le Tibet, le Pakistan et plusieurs pays d'Afrique. Il est ainsi possible d'affirmer que plus de 600 millions de personnes dans le monde consomment de l'eau fluorée à plus de 0,7 mg/l en toute sécurité et pour leur bien-être.

ASSISES LÉGALES

La Loi sur la santé publique « a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (art. 1).

La Loi sur la santé publique contient une section sur la fluoration de l'eau potable, section formée des articles 57 à 60. Selon l'article 59, « le programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau ». Le présent document se veut une réponse à cette exigence.

Le 14 janvier 2004, dans la *Gazette officielle du Québec*, le gouvernement du Québec a fixé, pour l'application de l'article 57 de la Loi sur la santé publique, la concentration optimale de fluorures dans l'eau potable à 0,7 mg/l.

En lien avec l'article 58 de la Loi, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) assure, par l'entremise du Laboratoire de santé publique du Québec, la surveillance de la qualité de la fluoration de l'eau potable au Québec en vérifiant la qualité des produits sources d'ions fluorures, la teneur en ions fluorures dans les réseaux de distribution d'eau potable et la performance analytique des municipalités.

L'ordre des dentistes du Québec a pour mission la protection du public et la promotion de la santé buccodentaire. Pour ce faire, l'Ordre fait en sorte que la population connaisse et ait accès aux meilleures mesures de prévention possibles et reconnues scientifiquement.

2. Commentaires spécifiques relativement aux principaux arguments évoqués dans la demande de rejet de la requête de l'ODQ.

Au Québec, le déploiement de la fluoration de l'eau éprouve des difficultés. Les activistes anti-fluoruration, quoique peu nombreux, sont bien organisés et structurés. Ils sont très actifs dès que les pourparlers avec une municipalité sont engagés. Leurs arguments ne sont pas appuyés par des évidences scientifiques et ils portent généralement sur les dangers potentiels pour la santé, la qualité des produits servant à la fluoruration, l'éthique, la liberté de choix et autres. Depuis peu, les activistes procèdent par intimidation en faisant des demandes d'accès à l'information très exhaustives auprès des municipalités engagées dans la fluoruration, de celles qui considèrent s'y engager et des divers organismes de santé et autres qui en font la promotion. Ils profitent de ces demandes d'accès pour véhiculer un discours alarmiste comme dans celle envoyée à l'ODQ. Pour un profane, les arguments et commentaires sont tellement nombreux et accablants, qu'il peut être porté à croire qu'il n'y a pas de fumée sans feux. En semant le doute, leur objectif est alors atteint. Qu'en est-il réellement relativement aux nombreuses affirmations et inquiétudes soulevées?

Risque à la santé :

La fluoruration de l'eau de consommation est la reproduction d'un phénomène naturel ayant toujours existé. **L'eau contient toujours du fluorure** et elle représente le mode de distribution idéal pour profiter de ses bienfaits, c'est-à-dire de petites doses prises régulièrement. La concentration du fluorure varie selon la source de l'eau; l'eau de mer en contient environ 1,4 mg/l (ou 1,4 ppm), l'eau douce au Canada en contient de 0,01 à 11 mg/l. Le fluorure est omniprésent dans la nature (eau, sol, air, plantes, aliments, animaux). C'est le treizième élément naturel le plus abondant de la croûte terrestre. D'ailleurs, l'OMS considère que les fluorures font partie des 14 minéraux essentiels à la santé humaine.

À la concentration recommandée, aucune donnée scientifique n'associe la fluoruration à un problème de santé particulier. Associer la fluoruration de l'eau à des problèmes de santé n'est foncièrement qu'une tactique alarmiste.

Concernant la fluorose dentaire invoquée, les études rapportent qu'elle est faiblement associée à la fluoruration de l'eau et qu'il ne s'agit que d'un problème essentiellement cosmétique la plupart du temps imperceptible par la population. Elle est plutôt associée à une ingestion excessive de fluorures d'autres sources pendant la période de formation de la dent se situant plus ou moins entre l'âge de un à trois ans. La fluorose dentaire légère se présente habituellement comme une coloration blanchâtre à peine perceptible sur les dents et est principalement associée à une mauvaise utilisation de produits dentaires comme les dentifrices. Loin d'être un problème, il est démontré que les dents présentant ce type de fluorose résistent mieux à la carie

Le taux de fluorure dans l'eau est réglementé au Canada et la concentration maximale permise en fluorure est de 1,5 mg/l. Cette norme est établie en fonction des personnes les plus vulnérables à la fluorose dentaire, soit les jeunes enfants de 22 à 26 mois. Au Québec, la concentration optimale utilisée pour la fluoration est de 0,7 mg/l, soit près de la moitié de la concentration maximale. Des études récentes ont démontré qu'à ces taux, les cas de fluorose dentaire indésirable sont anecdotiques au Québec et au Canada (moins de 0,3 %) et sont causés par d'autres mauvaises habitudes, comme l'utilisation d'une trop grande quantité de dentifrice en bas âge.

Produits servant à la fluoration :

La fluoration de l'eau vise à réduire la prévalence de la carie dentaire. Des effets bénéfiques découlent à la fois d'une exposition topique et d'une exposition systémique au fluorure. Le niveau maximal de réduction de la carie dentaire est atteint quand du fluorure est intégré avant l'éruption des dents (exposition systémique) à toutes les étapes de la formation des dents et après l'éruption (exposition topique) à la surface des dents. La fluoration de l'eau offre les deux genres d'exposition.

La fluoration de l'eau s'effectue par l'intégration d'un additif concentré qui libère des ions fluorures, comme de l'acide fluoro-silicique ou d'autres composés de fluoro-silicate, à l'eau pendant le traitement. L'eau potable fluorée n'est pas une source d'exposition à ces composés puisque ces derniers se décomposent complètement par hydrolyse quand ils sont ajoutés à l'eau pour libérer des ions fluorures.

La *Loi sur les aliments et drogues* donne une définition du terme « drogue », tandis que le Règlement qui accompagne la Loi décrit le pouvoir de réglementation de Santé Canada concernant la vente de drogues destinées à la consommation humaine. À titre d'exemple, Santé Canada a un pouvoir de réglementation pour ce qui est d'autoriser la vente d'une drogue dans sa forme pharmaceutique finale comme des produits d'hygiène fluorés "anticaries" à des fins d'utilisation personnelle (dentifrice, rince-bouche, etc.).

Le fluorure utilisé dans la fluoration de l'eau n'est pas défini comme un médicament mais comme un supplément minéral (comme le fer et le calcium ajouté aux céréales) et, par conséquent, n'est pas soumis à *Loi sur les aliments et drogues* de Santé Canada. Tout comme l'ajout de vitamine D dans le lait, d'iode dans le sel ou encore d'acide folique dans la farine, l'ajout de fluorures dans l'eau est une mesure de santé publique permettant à la majorité de la population de profiter de ses nombreux bienfaits.

C'est le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) qui s'assure que les produits utilisés pour la fluoration de l'eau potable répondent à des normes optimales de sûreté et de qualité dans ce domaine. Les normes et directives sur la fluoration du MSSS demandent que chaque lot de produit soit analysé, par le LSPQ, afin de s'assurer, préalablement à son utilisation, qu'il réponde aux normes gouvernementales. Les municipalités qui procèdent à la fluoration doivent également faire des analyses quotidiennes de la concentration en fluorure dans l'eau potable et faire parvenir régulièrement des échantillons au LSPQ pour des fins de contrôle de qualité.

Tous les produits fluorés utilisés au Québec pour la fluoration de l'eau doivent être testés par un laboratoire indépendant certifié afin de rencontrer les normes de concentration et de pureté émises par l'American Water Works Association (AWWA), qui est un organisme américain non gouvernemental dédié à la qualité de l'eau. Ce sont les normes adoptées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les exigences pour les concentrations en contaminants de l'AWWA sont beaucoup plus sévères que celles de Santé Canada pour les produits naturels et les médicaments. Par la suite, le LSPQ reconduit ces tests pour tous les lots de fluorures utilisés au Québec.

Les normes pour les produits servant à fluorer sont supérieurs en terme de pureté relativement au contenu en métaux lourds que les normes servant à l'homologation des produits naturels et des médicaments. Le contrôle de la qualité des produits utilisés pour la fluoration de l'eau au Québec est particulièrement efficace. En voici en résumé, les principaux éléments :

- Dans l'appel d'offres annuel pour les produits chimiques : tous les produits livrés doivent notamment respecter les normes B701, 702 et 703 de l'American Water Works Association (AWWA) et être certifiés NSF/ANSI Standard 60.
- Contrôle de la qualité du produit chimique au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) : Un échantillon de chaque nouveau lot de livraison d'un produit fluoré doit être acheminé par la municipalité avant son utilisation au LSPQ à des fins de contrôle de la qualité. Le LSPQ analyse les produits selon les normes de l'AWWA (B701, 702 et 703).
- Contrôle de la qualité interne : À des fins de contrôle de la qualité de la fluoration de l'eau, des échantillons d'eau sont prélevés quotidiennement sur le réseau de distribution et analysés par la municipalité.
- Contrôle de la qualité externe : À des fins de contrôle de la qualité de la fluoration de l'eau, des échantillons d'eau sont prélevés hebdomadairement sur le réseau de distribution par la municipalité et ils sont acheminés au LSPQ pour analyse et contrôle de conformité avec les données municipales.
- Contrôle de la qualité analytique : Le LSPQ expédie mensuellement trois échantillons fantômes à chaque municipalité. Le personnel de la municipalité responsable des analyses de fluorures doit en déterminer la teneur et transmettre les résultats au LSPQ afin de s'assurer de la justesse des tests effectués.

Les exigences de l'AWWA pour les additifs dans l'eau portent sur 11 minéraux en plus de la radioactivité (qui n'a jamais été détectée jusqu'à maintenant). Par exemple, l'arsenic contenu dans les médicaments et les produits naturels est fixé à un maximum de 10 µg/jour alors que la norme permise dans les additifs de fluorures est de 1 µg/L. De même, la norme pour le mercure est fixée à 20 µg/jour pour les produits naturels comparativement à 0.2 µg/L pour les additifs de fluorures.

Par ailleurs, le National Sanitation Foundation (NSF) a effectué des tests sur les concentrations de contaminants de tous les produits chimiques utilisés pour la fluoration de l'eau qu'ils ont enregistrés et certifiés durant la période des années 2000 à 2006. Des tests furent donc effectués sur 245 échantillons de ces produits dilués dans l'eau à une

concentration correspondant à 1,2 mg/l d'ion fluorure, soit la norme américaine en vigueur au moment des tests. Leurs analyses ont démontré systématiquement qu'à cette dilution, les concentrations de contaminants, quand ceux-ci étaient présents, étaient bien en dessous du niveau de 10 % de la concentration maximum acceptable (CMA) requise par les règlements en vigueur au Canada et au Québec. Ces concentrations, à peine détectables par les processus analytiques actuels, sont tellement infimes qu'elles ne posent aucun risque connu pour la santé. Diluées pour obtenir la concentration optimale de 0,7mg/l réglementée au Québec par rapport à 1,2 mg/l aux États-Unis, les concentrations en contaminants déjà infimes auraient été encore réduites de presque la moitié.

Faire état de tests de toxicologie pour les produits servant à fluorer l'eau potable est un faux problème. En effet, ces produits après dilution se dissocient complètement en ions. Il n'y a aucune évidence scientifique établissant un lien entre une concentration optimale en fluorure dans l'eau et des problèmes de toxicité quelconques. La fluoration est sécuritaire pour la santé humaine. Nous disposons de plus de 65 ans de connaissances relativement à cette mesure préventive, incluant de très nombreuses études et révisions par des comités d'experts. La fluoration reçoit l'appui de plus de 90 organismes nationaux et internationaux dont la **Society of Toxicology**.

Impact environnemental :

Malgré les nombreuses recherches ayant démontrées l'absence d'impact environnemental de la fluoration de l'eau, un rapport de 1978 préparé par M. P.J. Morin, un des demandeurs, est cité en référence pour évoquer des dangers potentiels. Voici quelques éléments d'information relativement à ce rapport :

Le rapport intitulé « Les fluorures, la fluoration et l'environnement » et préparé par les Services de protection de l'environnement (SPE) a été déposé auprès du Ministère de l'Environnement de l'époque. Appelé au Québec « Livre rouge » par son auteur, le rapport diffusé en 1979 a vite été rejeté par le Ministère des Affaires sociales (MAS). Il est important de clarifier que ce rapport est aussi connu aux États-Unis comme « The Quebec Study ».

Le *Quebec Study* a fait l'objet de nombreuses critiques négatives au sujet de son contenu ou de l'interprétation de données. Les critiques des réviseurs américains sont cinglantes. On parle de fausses affirmations, de naïveté ou de manque de connaissances dans le domaine de la chimie, de suppositions sans fondement, de conclusions erronées, etc. Les études présentées sur le lien avec le cancer (Yiamouyiannis) ne sont pas crédibles et ont depuis longtemps été rejetées par l'ensemble de la communauté scientifique.

Le Minnesota Department of Health conclut que les auteurs font preuve d'un manque d'objectivité évident et que le rapport n'a aucune valeur scientifique. L'Université du Minnesota, le Department of Health Education and Welfare, l'American Dental Association, le CDC, le National Cancer Institute, l'Institut national du cancer du

Canada, le National Institute of Health, de même que l'Association dentaire canadienne, ayant tous révisé le rapport, abondent dans le même sens.

Depuis ce rapport, M. Morin est demeuré un activiste anti-fluoruration très actif, comme le démontre cette demande.

Conclusion :

Il importe de tenir au préalable pour acquis que personne ne remet en question le fait que la carie dentaire est un problème de santé important, très onéreux, qui touche l'ensemble de la population et qui est toujours très présente chez beaucoup de Québécois.

Tellement bien campé scientifiquement, il est difficile d'imaginer que la fluoruration, une simple mesure de santé publique qui devrait aller de soi, puisse soulever un pareil vent de controverses et d'émotions chez certains.

Nonobstant le respect de l'opinion des personnes qui s'opposent à la fluoruration, il importe de traiter avec rigueur les messies autoproclamés qui sciemment et à répétition, répandent toujours des énormités et des faussetés pour alarmer et embrigader des disciples vulnérables contre la fluoruration.

Le débat sur la fluoruration comporte deux volets. Un volet scientifique, sec et académique, dans lequel la population se perd, et un volet socioculturel, volatil et émotif, tous deux très facilement exploitables par les opposants.

Donc, considérant que:

- La position du Ministère de la santé et des services sociaux de supporter et de faire la promotion de la fluoruration de l'eau potable se base sur l'ensemble des connaissances scientifiques actuelles portant sur le fluor, les fluorures, la fluoruration de l'eau, etc.;
- L'état des connaissances sur les différents aspects reliés à la fluoruration est régulièrement mis à jour par différents organismes tels Santé Canada, l'INSPQ, l'OMS, les CDC, etc. Pour avoir accès à la très grande majorité des publications portant sur le fluor, nous vous référons au site internet *National Library of Medicine* (NLM) (Pubmed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Vous y trouverez 40 436 références portant sur le thème « Fluoride » et 5 734 références portant sur le thème « Water fluoridation »;
- La Loi d'accès à l'information n'oblige pas à fournir de l'information déjà disponible et accessible entre autres via internet;
- La majorité des demandes initiales soumises a déjà été répondue par Santé Canada, voir les réponses aux pétitions présentées sur le site suivant : <http://www.fptdwg.ca/francais/f-fluoruration.html>

- Bon nombre des demandes soumises relèvent de la compétence d'autres organismes dont le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, Santé Canada, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'American Water Works Association, le National Sanitation Foundation, l'Ordre des pharmaciens du Québec et autres ;
- Bon nombre des demandes est de nature frivole notamment pour tout ce qui touche à l'aspect des supposés homologations, des tests de toxicité, de la responsabilité et de l'éthique professionnelle, de la légalité, des listes de produits contenant des fluorures, etc.;
- Plusieurs demandes n'en sont pas réellement et sont plutôt, de toute évidence, soumises de façon à présenter un point de vue alarmiste et non-conforme aux connaissances scientifiques actuelles;
- La forme générale et la nature du document accompagnant les demandes n'ont manifestement pour objet que de tenter de désinformer et intimider le lecteur;
- Sommairement, nous sommes en présence d'inquiétudes non fondées scientifiquement, d'une parfaite méconnaissance et incompréhension des mécanismes de contrôle entourant la fluoration volontaire et sécuritaire de l'eau de consommation et des mécanismes d'action des fluorures en général;

Il m'apparaît évident que les demandes soumises sont démesurées, non pertinentes pour la plupart et basées sur de simples inquiétudes ou des jugements de valeur. Colliger les réponses à ces demandes si elles existaient ou simplement en justifier la non pertinence, exigerait de la part de tout intervenant ou organisme, un travail colossal de rédaction et de recherches que les demandeurs ne semblent pas vouloir faire eux-mêmes. D'ailleurs, ils n'ont même pas fait l'exercice d'identifier et de s'adresser aux organismes les plus susceptibles d'avoir certaines informations demandées.

Document préparé par
Christian Fortin, DMD, M.Sc.

BIBLIOGRAPHIE

- BRITISH FLUORIDATION SOCIETY. *One in a Million: The facts about water fluoridation*, [En ligne]. [www.bfsweb.org/onemillion/onemillion.htm].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Recommendations for Using Fluoride to Prevent and Control Dental Caries in the United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, [En ligne], vol. 50, n° RR-14, 2001, p. 1-42. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Ten Great Public Health Achievements – United States, 1900-1999", *Morbidity and Mortality Weekly Report: Weekly*, [En ligne], vol. 48, n° 12, 1999, p. 241-243. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm].
- CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. *A Systematic Review of Public Water Fluoridation*, [En ligne], University of York, 2000. [www.york.ac.uk/inst/crd/fluores.htm].
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec : résultats du sondage*, [En ligne], Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995. [collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57363].
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juin 2011*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
- GOVERNMENT OF IRELAND. *Forum on fluoridation, 2002*, [En ligne]. [www.dohc.ie/publications/pdf/fluoridation_forum.pdf?direct=1].
- GROUPE SCIENTIFIQUE SUR L'EAU. *Fiche Fluorures*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 2004. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/198-CartableEau/Fluorures.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Fluoration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 2007. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/638-FluorationEau.pdf].
- MCDONAGH, M. S., et autres. "Systematic review of water fluoridation", *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7265, 7 octobre 2000, p. 855-859.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, [En ligne], ministère de la

Santé et des Services sociaux, 1999.

[publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-268.pdf].

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *A Systematic Review of the Efficacy and Safety of Fluoridation*, [En ligne], Australian Government, 2007. [www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/eh41syn.htm].

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, [En ligne], U.S. Department of Health and Human Services, 2000. [www.surgeongeneral.gov/library/oralhealth/].

SANTÉ CANADA. *Les fluorures et la santé humaine*, [En ligne], Santé Canada, 2010. [www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/envIRON/fluor_f.html].

SANTÉ CANADA. *Observations et recommandations du groupe d'experts sur le fluorure (janvier 2007)*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/2008-fluoride-fluorure/index-fra.php].

TRUMAN, B. I., et autres. "Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, n° 1, supplement 1, 2002, p. 21-54.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, FDI WORLD DENTAL FEDERATION et INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH. *Call to action to promote dental health by using fluoride*, [En ligne], 2006. [www.who.int/oral_health/events/oral%20healthc.pdf].

chapitre S-2.2

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE I OBJET DE LA LOI

1. La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

2001, c. 60, a. 1.

2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13.

3. D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.

Elles visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu.

2001, c. 60, a. 3.

4. Certaines mesures édictées par la présente loi visent enfin à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés.

Les dispositions de la présente loi qui concernent la surveillance continue de l'état de santé ne s'appliquent pas aux activités de recherche ou de développement des connaissances effectuées, notamment par l'Institut national de santé publique du Québec, dans le domaine de la santé ou des services sociaux.

2001, c. 60, a. 4.

5. Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en général et elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.

2001, c. 60, a. 5.

6. La présente loi lie le gouvernement, ses ministères et les organismes mandataires de l'État.

2001, c. 60, a. 6.

SECTION II

FLUORATION DE L'EAU POTABLE

57. Tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui procède à la fluoration de l'eau qu'il distribue doit surveiller la qualité de cette fluoration de manière à ce qu'elle atteigne la concentration optimale en fluor fixée par règlement du ministre pour prévenir la carie dentaire.

2001, c. 60, a. 57.

58. Le ministre peut, par règlement, fixer des normes sur la façon de surveiller la qualité de la fluoration de l'eau potable.

2001, c. 60, a. 58.

59. Le programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau.

2001, c. 60, a. 59.

60. Le ministre peut, dans la mesure qu'il estime appropriée, verser une subvention à tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui lui en fait la demande, afin de couvrir les coûts d'achat, d'aménagement, d'installation ou de réparation d'un appareil de fluoration, de même que le coût du fluorure utilisé.

Il peut assujettir l'octroi de cette subvention aux conditions qu'il estime appropriées.

2001, c. 60, a. 60.

Bienvenue
dans notre
Québec sans
fluor

2012 Hôpital de Montréal pour Enfants

- ▣ Plus de 110 enfants traités sous anesthésie générale
- ▣ Plus de 250 enfants sur la liste d'attente
- ▣ Plus de 250 enfants redirigés vers des cliniques privées d'anesthésie générale
- ▣ Plus de 400 urgences par année pour cause de caries dentaires

Une image vaut mille mots

Les photos suivantes ont été prises par les dentistes de la clinique dentaire de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Elles pourraient choquer certaines personnes sensibles.

Enfant de 20 mois



Enfant de 2 ans



Enfant de 3 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 12 mois



Enfant de 3 ans intubé pour l'anesthésie générale



Enfant de 4 ans



Enfant de 9 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 3 ans



Ado de 15 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 2 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 3 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans





\$\$\$\$\$\$\$\$

Anesthésie générale?

Visites aux urgences?

Jours de travail manqués pour les familles?

Lequel d'entre vous se
lèvera pour défendre
ceux qui n'ont pas la
parole aujourd'hui...
comme les enfants, les
personnes malades ou en
perte d'autonomie?

Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action

Anne Rowan-Legg; Société canadienne de pédiatrie
Comité de la pédiatrie communautaire
Paediatr Child Health 18(1):44-50

Résumé

La santé buccodentaire est un élément fondamental de la santé globale. Tous les enfants et les adolescents devraient avoir accès à des soins dentaires préventifs et thérapeutiques. Les enfants canadiens continuent de présenter un taux élevé de maladie dentaire, et ce fardeau est représenté de manière disproportionnée chez les enfants provenant de familles défavorisées, de communautés autochtones ou de familles de nouveaux arrivants. Au Canada, la proportion du financement gouvernemental affectée aux soins dentaires est à la baisse. Cette pression financière touche surtout les familles à faible revenu, qui sont également moins susceptibles de disposer d'une assurance dentaire. Les régimes d'assurance dentaire financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux à l'intention des enfants canadiens sont limités et offrent une protection très variable. Selon des données probantes solides, les visites préventives chez le dentiste améliorent la santé buccodentaire et réduisent les frais subséquents, et selon de bonnes données probantes, la fluorothérapie réduit le taux de caries dentaires, particulièrement dans les populations à haut risque. Les pédiatres et les médecins de famille contribuent énormément à déterminer quels enfants sont très vulnérables à une maladie dentaire et à prôner des soins dentaires plus complets et plus universels pour les enfants.

Mots-clés : *Aboriginal communities; Early childhood caries; Fluoride; Immigrants; Oral health; Prevention; Public health policy; Social determinants*

La santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé globale des enfants. Le présent document de principes contient une évaluation de la situation actuelle sur le plan de la santé buccodentaire en pédiatrie au Canada, y compris les éléments suivants :

- Le fondement structurel et économique du système de prestation de soins dentaires au Canada
- Les écarts actuels en matière d'accès aux soins buccodentaires
- Les secteurs où la défense de la santé buccodentaire des enfants s'impose le plus

Le présent document de principes, qui se veut un appel à l'action, fournit des orientations et des stratégies pour élaborer une politique publique en santé buccodentaire plus complète et plus accessible pour les enfants et adolescents canadiens.

Historique

La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants, y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage.^{[1][4]} Les processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire.^[1] Les troubles dentaires s'associent à une diminution importante de l'assiduité scolaire et des jours de travail des parents.^{[4][5]} Des données probantes récentes relient les maladies buccodentaires à d'autres problèmes de santé, tels qu'un faible poids à la naissance,^{[6][8]} une naissance prématurée^[6] et une carence en fer.^[9]

La carie dentaire chez les enfants est un problème de santé publique important. D'après les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, la carie dentaire est la principale maladie infantile chronique, cinq fois plus courante que l'asthme chez les enfants de cinq à 17 ans.^[10] L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2010

signale que 57 % des enfants canadiens de six à 11 ans ont eu des caries, pour une moyenne de 2,5 dents atteintes.^[11] Le taux de caries augmente chez les enfants de deux à quatre ans.^[12]

La carie de la petite enfance (CaPE) se définit comme la présence d'au moins une dent primaire cariée, absente (à cause de caries) ou obturée chez un enfant d'âge préscolaire.^[13] Dans les régions urbaines du Canada, la prévalence de CaPE oscille entre 6 % et 8 % chez les enfants d'âge préscolaire,^[1] mais dans certaines communautés autochtones défavorisées, la prévalence de caries dépasse les 90 %.^[14] Les formes avancées de CaPE exigent souvent des interventions importantes de restauration sous anesthésie générale. Dans la plupart des hôpitaux pédiatriques canadiens, c'est la principale intervention chirurgicale à être exécutée chez les enfants d'âge préscolaire.^[15]

En 2000, les États-Unis ont admis leur propre crise en santé buccodentaire dans un rapport historique du *Surgeon General*.^[10] Depuis, les soins buccodentaires ont été qualifiés de besoin de santé non satisfait le plus prévalent chez les enfants des États-Unis^[16] et ont fait l'objet de nombreuses recherches et formulations de politiques. On ne s'est jamais beaucoup intéressé à la santé buccodentaire dans les débats publics au Canada,^[17] et celle-ci ne faisait pas partie du rapport final de la Commission Romanow sur *L'avenir des soins de santé au Canada* en 2002.^[18] Plusieurs mesures ont été prises sur la scène nationale depuis, soit la création du Bureau du dentiste en chef,^[19] l'élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire^[20] et la commission sur l'accès aux soins buccodentaires de l'Académie canadienne des sciences de la santé^[21], mais il reste encore beaucoup à faire.

Un aperçu du système de prestation de soins dentaires au Canada

Par le passé, les soins dentaires n'étaient pas considérés comme faisant partie intégrante des soins de santé. Ils ne sont donc pas soumis aux principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, la transférabilité, l'accessibilité et l'intégralité.^[23] Contrairement aux services fournis par les médecins ou dispensés en milieu hospitalier, qui sont surtout financés par les gouvernements, les Canadiens sont en grande partie responsables du financement de leurs propres soins dentaires.

Les Canadiens paient leurs soins dentaires de quatre façons différentes : par une assurance par un tiers (prestations dentaires liées à l'emploi), une assurance dentaire privée, le paiement direct par les particuliers ou des programmes financés par le gouvernement (p. ex., les Services de santé non assurés [SSNA] des Premières nations ou le ministère des Anciens combattants).

Soixante-deux pour cent des Canadiens possèdent une assurance dentaire privée (personnelle ou fournie par

l'employeur), 6 % ont droit à l'assurance publique et 32 % n'ont pas d'assurance dentaire.^[11] Les familles au revenu le plus faible (les travailleurs à faible revenu) sont le groupe le plus marginalisé par le système de soins buccodentaire actuel.^{[24][27]} En effet, 50 % des Canadiens de cette tranche de revenu n'ont pas d'assurance dentaire.^[11] C'est cette population qui a le moins accès aux soins buccodentaires et qui ploie sous le plus grand fardeau de maladies non traitées.^[26]

La plupart des programmes de santé dentaire en pédiatrie offerts par le secteur public au Canada ne comprennent que les traitements d'urgence ou de base et ne couvrent que des soins limités pour les prestataires d'aide sociale ou les enfants de familles à faible revenu. L'étendue de ces programmes diffère considérablement entre les provinces et les territoires pour ce qui est du type de services couverts, des limites d'âge et de la fréquence des visites dentaires (tableau 1).^[28]

Au Canada, les services dentaires publics ont tendance à faire appel à une échelle de remboursement moins élevée que les prestations privées (p. ex., de 50 % à 60 % des taux contenus dans le guide des honoraires de l'*Ontario Dental Association*). Une étude américaine a révélé qu'en raison des écarts entre les taux de remboursement public et privé, les dentistes n'acceptent peut-être pas tous aussi facilement les patients qui proviennent du secteur public.^[29]

Les tendances économiques des soins buccodentaires au Canada

Les problèmes de santé buccodentaire sont l'une des maladies les plus coûteuses au Canada. Ils se comparent au cancer et aux maladies cardiovasculaires en matière de coûts, mais leur financement public est exagérément faible.^[1] Parmi les pays faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Canada arrive en avant-dernière place pour ce qui est du financement public des soins buccodentaires.^[30] Les soins buccodentaires financés par le gouvernement s'élèvent actuellement au maigre pourcentage de 4,9 % des dépenses dentaires totales,^[31] un fléchissement de 7,7 % par rapport à 1995 et un recul par rapport au pic de 20 % du début des années 1980.^[32] Les soins buccodentaires financés par les fonds publics oscillent entre 1,5 % en Ontario et 77 % au Nunavut.^[33] Les dépenses du gouvernement canadien en matière de traitements dentaires *per capita* sont passées de 11,00 \$ en 1975 à seulement 19,54 \$ en 2010, tandis que les dépenses du secteur privé ont presque triplé pendant la même période (de 135 \$ à 379 \$ *per capita*).^[34]

Dans les familles à faible revenu, la part du budget affectée aux soins buccodentaires augmente régulièrement depuis les années 1980, ce qui reflète la diminution généralisée du financement gouvernemental des soins buccodentaires et le coût croissant des traitements. D'après cette tendance, les familles canadiennes à faible revenu éprouvent encore plus

de difficultés qu'auparavant à accéder aux soins buccodentaires.^[32]

Cependant, malgré les investissements publics à la baisse, les Canadiens sont attachés à l'idée de soins buccodentaires financés par le gouvernement, et ils la soutiennent.^[35]

Les soins de santé préventifs en pédiatrie : les données probantes

La CaPE est une maladie chronique multifactorielle influencée par des facteurs biomédicaux (régime alimentaire, bactéries, hôtes) et par les déterminants sociaux de la santé. Des pratiques alimentaires inadéquates auprès des nourrissons (p. ex., alimentation prolongée et fréquente au biberon et consommation excessive de jus) sont un facteur important de formation de CaPE. Le processus carieux peut être contrôlé grâce à la mise en œuvre de mesures communautaires, professionnelles et individuelles, telles que la promotion d'une bonne alimentation, l'amélioration du régime alimentaire, la fluoruration de l'eau, l'utilisation accrue de fluor topique et de scellants dentaires par les dispensateurs de soins de première ligne et l'utilisation de dentifrice fluoré.^[36]

La fluoruration de l'eau est une réalisation à la fois importante et rentable de la santé publique, et c'est la mesure la plus efficace pour prévenir la carie.^[36] Pourtant, seulement 45,1 % des réserves d'eau des collectivités du Canada sont fluorées. De plus, 76 % de la population de l'Ontario ont accès à de l'eau fluorée, par rapport à seulement 1,5 % de celle de Terre-Neuve-et-Labrador.^[37]

Des données probantes irréfutables démontrent que l'utilisation de fluor topique réduit le taux de caries chez les enfants,^{[38][40]} y compris une récente analyse Cochrane sur le vernis fluoré.^[38] D'après des lignes directrices probantes, il est recommandé d'appliquer du vernis protecteur tous les six mois aux populations à haut risque, y compris les enfants des Premières nations.^[39] Il est également démontré que l'utilisation régulière de rince-bouche fluoré réduit la carie dentaire chez les enfants plus âgés, quelles que soient les autres sources de fluor.^[40] L'Association dentaire canadienne appuie la fluoruration de l'eau et l'utilisation topique de fluor.^[41]

Les caries dentaires se forment selon un processus de maladie infectieuse non classique.^[13] La transmission verticale de *Streptococcus mutans* (l'organisme le plus associé à la CaPE) entre la personne qui s'occupe du nourrisson et celui-ci est bien étayée.^[42] La transmission horizontale s'observe également dans les milieux de garde.^[43] D'après certaines données probantes, la fenêtre d'infectiosité du *S. mutans* chez les enfants se produit tôt dans la petite enfance, soit entre 19 et 31 mois de vie.^[42] Puisque la modification de la flore dentaire de la personne qui s'occupe du nourrisson avant que celui-ci soit colonisé peut avoir d'importantes répercussions

sur le nombre de caries de l'enfant, l'intervention précoce et les conseils opportuns constituent d'importantes stratégies de promotion de la santé buccodentaire.^[44]

Les enfants ayant des antécédents de CaPE sont plus vulnérables à de futures caries des dents permanentes.^[45] Les enfants qui ont profité de visites dentaires préventives dès un jeune âge étaient plus susceptibles de faire appel à des services préventifs par la suite et à engager moins de frais dentaires au fil du temps.^{[46][47]}

Les disparités en matière de santé buccodentaire et d'accès aux soins buccodentaires

Une grande partie du fardeau des maladies dentaires est concentrée chez les personnes défavorisées : familles à faible revenu, enfants autochtones, nouveaux arrivants et enfants ayant des besoins particuliers. En plus de présenter un taux plus élevé de maladies dentaires, ces populations marginalisées ont souvent un accès limité, sinon inexistant, aux soins buccodentaires.^[26]

À l'instar de la santé globale, la santé buccodentaire est fortement influencée par la situation socioéconomique. Une étude canadienne a démontré que le taux de caries des enfants des familles aux revenus les plus faibles est deux fois et demie plus élevé que celui des familles aux revenus plus élevés.^[48] Une autre étude a révélé que la probabilité de recevoir des soins buccodentaires au cours d'une année augmente de manière considérable et indépendante, proportionnellement à l'assurance dentaire, au revenu familial et au niveau de scolarisation.^[49] Les Canadiens au revenu plus élevé étaient trois fois plus susceptibles de consulter un dentiste que le groupe au revenu le plus faible.^[50] Même si les prestations d'assurance réduisent cet écart, les personnes assurées des groupes à faible revenu ou au niveau de scolarisation moins élevé n'étaient pas aussi susceptibles que les personnes ayant un revenu plus élevé d'avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédente, ce qui démontre l'importance de ces déterminants sociaux de la santé sur l'accès aux soins buccodentaires.^[50]

Les travailleurs à faible revenu sont particulièrement vulnérables, car leur situation d'emploi les rend souvent non admissibles aux soins buccodentaires en vertu des programmes gouvernementaux, tandis que les emplois qu'ils exercent sont rarement assortis d'une assurance-maladie. Les travailleurs dont le revenu est restreint ont d'autres besoins, comme la nourriture, les vêtements et le logement, et peuvent considérer les visites chez le dentiste comme un luxe.^[24] Dans ce groupe, les factures dentaires peuvent même menacer la sécurité alimentaire.^[51]

Dans une étude menée en Nouvelle-Écosse, l'accès à un programme gouvernemental d'assurance dentaire universelle

n'a pas éliminé les écarts des taux de caries selon la situation socioéconomique.^[52] D'après cette observation, on ne peut réduire les écarts en matière de santé buccodentaire en se fiant seulement à l'accès universel aux soins buccodentaires. Il faut donc orienter des efforts vers la compréhension des déterminants sociaux et comportementaux plus vastes de la santé buccodentaire.

La santé buccodentaire des enfants autochtones du Canada constitue une crise de santé publique.^{[14][53]} Ces populations font face à des obstacles financiers, géographiques et socioculturels en matière de soins buccodentaires. La prévalence et le taux de caries des enfants autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux de la population pédiatrique générale.^{[54][59]} Ainsi, les indices de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAOD) peuvent atteindre 13,7 (indice maximal de 20) dans certains peuples des Premières nations du nord du Manitoba ^[58], où le taux de CaPE se situe entre 50 % et 97 %.^[59] Même si cet écart est plus visible chez les enfants des communautés éloignées inuites et des Premières nations, il est également évident chez les enfants autochtones des centres urbains.^[14] Les enfants des Premières nations des communautés du Grand Nord présentent un taux extraordinairement élevé d'interventions de restauration.^[60] Malheureusement, seul un enfant sur trois de moins de quatre ans ayant droit aux SSNA va chez le dentiste une fois par année,^[14] probablement en partie à cause de l'absence de spécialistes de la santé buccodentaire dans de nombreuses communautés.

Plusieurs études confirment les écarts entre les enfants néocanadiens et leurs camarades nés au Canada, tant pour ce qui est de l'état de santé buccodentaire que de l'utilisation des services dentaires.^{[61][63]} De nombreux enfants immigrants proviennent de pays sans soins buccodentaires. À leur arrivée au Canada, les immigrants se heurtent à des obstacles linguistiques et culturels, ne connaissent pas le système de santé et n'ont pas de ressources financières, ce qui nuit encore davantage à leur accès à des soins buccodentaires convenables.^[61]

La mauvaise santé buccodentaire est courante chez les enfants ayant des besoins particuliers.^[16] Au sein de cette population, l'accès aux soins buccodentaires peut être écarté en raison des coûts, de la distance d'un centre pédiatrique de soins tertiaires et de la pénurie de dentistes pédiatriques formés pour soigner les enfants ayant des besoins médicaux complexes. Les délais à accéder à des soins buccodentaires chez les enfants ayant des besoins particuliers peuvent retarder une transplantation d'organe ou de moelle osseuse ou d'autres opérations essentielles.^[26]

Les programmes de soins buccodentaires gouvernementaux destinés aux enfants et aux adolescents

Les prestations de soins buccodentaires sont de compétence provinciale et territoriale.^{[28][32]} Les enfants de familles à faible revenu (qu'elles soient sur l'aide sociale ou non) ont généralement droit à un certain soutien pour accéder aux services dentaires. Souvent, des dispositions plus ciblées de la législation portent sur les enfants ayant des incapacités et les enfants en foyer d'accueil. Les prestations prévues par les divers programmes varient énormément et ont tendance à être axées sur les soins thérapeutiques plutôt que préventifs (tableau 1). Il est à souligner que le tableau 1 ne tient pas compte des prestations aux enfants de familles sur l'aide sociale, pour lesquelles l'ensemble des provinces et des territoires prennent certaines dispositions.

L'extraction dentaire en pédiatrie

Les interventions buccodentaires liées à la CaPE sont les principales interventions que subissent les enfants d'âge préscolaire en consultations externes dans la plupart des hôpitaux pédiatriques et hôpitaux généraux du Canada.^[15] Les coûts d'hospitalisation et de transport, ainsi que les risques de l'anesthésie générale, sont importants.^[64] Malheureusement, l'apparition de nouvelles caries est courante dans les mois suivant la réparation sous anesthésie générale. De nombreux enfants ont besoin d'être opérés à répétition en raison de maladies évolutives,^[60] notamment au sein des peuples des Premières nations.^[53]

Le Bulletin de L'Alliance sur les temps d'attente (de juin 2010) contenait une compilation des temps d'attente de chirurgie pédiatrique dans 15 centres universitaires de santé pédiatrique. La dentisterie pédiatrique, notamment les interventions d'extraction dentaire, obtenait la note la plus faible (D), reflétant le fait que seulement 50 % à 59 % des patients étaient traités dans un délai médicalement acceptable.^[65]

L'affiliation à un dentiste

En 2005, l'Association dentaire canadienne a publié un document de principes dans lequel elle recommandait une évaluation dentaire des nourrissons dans les six mois suivant l'éruption de leur première dent et pas plus tard qu'à un an.^[66] Dans le document de principes de la section de la dentisterie pédiatrique de l'*American Academy of Pediatrics* rédigé en 2003, on préconise la même période pour établir une « affiliation » à des soins dentaires.^[67] Dans le Relevé postnatal Rourke, il est recommandé que la première visite chez le dentiste se produise entre l'âge de neuf et 15 mois.^[68]

Des données probantes appuient « l'affiliation » à des soins dentaires dès l'âge d'un an.^[69] On se fie à une intervention professionnelle précoce pour effectuer un examen et une

évaluation du risque et pour donner des conseils préventifs aux parents, afin de prévenir la maladie. Les interventions professionnelles entreprises plus tard (p. ex., entre trois et cinq ans) n'ont pas réussi à prévenir la colonisation bactérienne précoce de la bouche ou ses effets cariogéniques.^[69]

Malgré la position de l'Association dentaire canadienne sur la première visite chez le dentiste, l'effet de cette recommandation est limité chez les dentistes,^[70] et bien des enfants canadiens continuent de se passer d'évaluation dentaire jusqu'à ce qu'ils soient beaucoup plus âgés.^[13]

TABLEAU 1
Programmes de soins dentaires pour enfants financés par les provinces et les territoires

Province ou territoire	Programme	Admissibilité	Services garantis
Colombie-Britannique	<i>Healthy Kids</i>	Enfants et adolescents de 0 à 19 ans de familles à faible revenu qui reçoivent une aide pour les cotisations au régime des services médicaux	– 1 400 \$ pour 2 ans de services dentaires de base – 1 000 \$ par année pour les frais d'anesthésie générale (hôpital ou établissement privé) – Traitement d'urgence pour soulager la douleur (au-delà de la limite de 1 400 \$) – Pas de traitements orthodontiques
	Programme de prestations dentaires pour enfants et adolescents en foyer d'accueil	Enfants et adolescents en foyer d'accueil, prestations pouvant atteindre 700 \$ par année	– Soins de base, d'urgence et d'orthodontie
Alberta	Prestation pour la santé des enfants de l'Alberta	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans provenant de familles à faible revenu	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
	Soutien des familles pour les enfants ayant une incapacité	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans ayant une incapacité	Traitement dentaire de base, certains soins orthodontiques (liés directement à l'incapacité de l'enfant et approuvés par un comité de révision des soins dentaires) – Couvre une partie des frais dépassant la protection d'assurance dentaire du tuteur OU, si le tuteur ne possède pas d'assurance dentaire, des coûts supérieurs à 250 \$ par année
	Familles d'accueil	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans en foyer d'accueil	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
	Revenu assuré pour les personnes gravement handicapées	Enfants de parents ayant une incapacité et qui sont incapables de travailler	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
Saskatchewan	Prestations de santé familiale	Enfants de 0 à 18 ans de familles à faible revenu	Protection de base
	Prestations supplémentaires en santé	Enfants en foyer d'accueil	Services diagnostiques et préventifs, restauration, chirurgie buccodentaire
	Clinique dentaire des services de santé publique (Régie régionale de la santé de Saskatoon)	Enfants de 0 à 16 ans dont la protection dentaire est limitée ou inexistante	Services préventifs et thérapeutiques

Manitoba	Programme de soins dentaires pour enfants	Enfants de moins de 18 ans qui ont une incapacité ou qui sont des pupilles de l'État, prestations pouvant atteindre 500 \$ par année	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire
	Programme SMILE plus (Office régional de la santé de Winnipeg)	Enfants à risque de la région de Winnipeg	Protection de base : prévention ou thérapie
	Partenariat intersectoriel <i>Sourire en santé, enfant heureux</i>	Nourrissons et enfants d'âge préscolaire à risque ainsi que leur famille	Promotion de la santé buccodentaire à l'aide d'approches de développement communautaire
	Programme de gratuité de la première visite (Association dentaire du Manitoba)	Enfants de moins de 36 mois	Dépistage précoce des problèmes dentaires
Ontario	<i>Beaux sourires</i>	Enfants et adolescents de moins de 18 ans si le revenu net de leur famille est inférieur à 20 000 \$ par année – Aucun accès à d'autres soins buccodentaires	Protection de base : prévention ou thérapie
	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (Régime de soins dentaires spéciaux)	Enfants et adolescents à charge (moins de 18 ans) qui vivent avec un parent ayant une incapacité	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire – Anesthésie générale et sédation
	Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave	Enfants et adolescents de moins de 18 ans habitant dans leur famille, laquelle est à faible revenu – L'enfant doit avoir une grave incapacité	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire
	Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE)	– Enfants et adolescents de moins de 18 ans ayant besoin des soins buccodentaires urgents ou essentiels – Parents sans assurance dentaire OU – Le coût du traitement entraînerait des difficultés financières (sans vérification du revenu)	– Diagnostic, prévention, restauration, services prosthodontiques ou endodontiques, chirurgies buccodentaires et services connexes tels que l'anesthésie générale et la sédation consciente – Prestation unique, pas de soins continus
Québec	Régie de l'assurance maladie du Québec : Services dentaires pour les enfants	Tous les enfants de moins de 10 ans	Protection de base : diagnostic, restauration, chirurgie buccodentaire – N'inclut ni le nettoyage ni l'application de fluor
		Enfants de familles à faible revenu	Protection de base : diagnostic, restauration, chirurgie buccodentaire – Plus de 12 ans : nettoyage annuel – 12 à 15 ans : application annuelle de fluor

Nouveau-Brunswick	Soins dentaires pour les familles à faible revenu	Enfants de moins de 18 ans de familles à faible revenu	Examen, diagnostic de base, extractions et certains traitements préventifs – Jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année
Nouvelle-Écosse	Programme de santé buccodentaire pour les enfants du Régime d'assurance médicale	Enfants de moins de 10 ans – Les familles doivent d'abord recourir à leurs prestations privées	Services diagnostiques (examen dentaire), préventifs (une application de scellants) et thérapeutiques (obturations, application de fluor dans certains cas.) – Anesthésie générale incluse en milieu hospitalier seulement
	Programme pour les personnes ayant une déficience intellectuelle	Enfants ayant une incapacité (pas de limite d'âge) – Les familles doivent d'abord recourir à leurs prestations privées	Services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques – Anesthésie générale incluse en milieu hospitalier seulement
Île-du-Prince-Édouard	Programmes de soins dentaires pour enfants (thérapeutiques)	Enfants de 3 à 17 ans – Frais d'inscription annuels de 15 \$ par enfant, jusqu'à concurrence de 35 \$ par famille (suspendus pour les familles à faible revenu) – Les parents paient 20 % du coût du traitement, à moins que leur revenu annuel soit inférieur à 30 000 \$ par année	Protection de base : diagnostic et thérapie
	Programmes de soins dentaires pour enfants (préventifs)	Tous les enfants d'âge scolaire de 3 à 17 ans	Formation en santé buccodentaire, dépistage, détartrage, fluor topique, scellants
	Programme de services dentaires pédiatriques spécialisés	Enfants ayant des besoins médicaux et financiers – Frais d'inscription annuels de 15 \$ par enfant	Services diagnostiques et thérapeutiques et certains services préventifs
	Clinique de services d'orthodontie préventifs	Enfants de familles à faible revenu	Services orthodontiques préventifs mineurs
	Programme de soins dentaires pour la petite enfance	Bébés de 15 et 18 mois aux cliniques de vaccination de santé publique	Dépistage, évaluation du risque par des hygiénistes dentaires
Terre-Neuve-et-Labrador	Programme de soins dentaires pour enfants	– Tous les enfants de 0 à 12 ans – Les familles doivent d'abord utiliser leurs prestations privées – Adolescents de 13 à 17 ans de familles à faible revenu ou prestataires de l'aide sociale	Élément lié aux enfants : services diagnostiques, préventifs, périodontiques, de restauration (c.-à-d., examens, nettoyages, obturations, application de fluor, extractions, scellant) Élément lié à l'aide sociale : examens, obturations, extractions et traitements d'urgence
Nunavut et Territoires du Nord-Ouest	Services de santé non assurés	Indiens inscrits des Premières nations et Inuits	Services d'urgence, diagnostiques, de restauration, endodontiques, périodontiques, prosthodontiques, de chirurgie buccodentaire et orthodontiques
Territoire du Yukon	Programmes de soins dentaires pour enfants (Santé et services sociaux du Yukon)	Deux programmes :	– Services préventifs, de restauration, périodontiques et de chirurgie buccodentaire – Services d'urgence (accidents) non inclus dans le régime des enfants d'âge scolaire

		– Enfants d'âge préscolaire – Tous les enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 8^e année (ou la 12^e année), selon le lieu de résidence	
--	--	--	--

La formation sur la santé buccodentaire aux dispensateurs de soins de première ligne

Puisqu'à l'ordinaire, les enfants rencontrent un médecin de famille ou un pédiatre avant d'aller chez le dentiste pour la première fois, les dispensateurs de soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé buccodentaire chez les enfants.^[22] Ils doivent connaître la cariologie dentaire et la prévention, être en mesure de dépister les enfants à haut risque de maladie dentaire et donner des conseils préventifs aux familles. Souvent, ils doivent également affronter les complications systémiques des caries dentaires non traitées.

La plupart des pédiatres interrogés croient avoir un rôle important à jouer à l'égard des problèmes de santé buccodentaire des enfants.^{[71][72]} Cependant, l'absence d'information et de connaissances à jour et la difficulté qu'éprouvent les pédiatres à aiguiller les patients vers des soins dentaires professionnels sont souvent citées comme des obstacles à leur efficacité.^[65] Un récent sondage canadien a permis d'établir que près du quart des pédiatres et des médecins de famille affirmaient n'avoir reçu aucune formation en santé buccodentaire à la faculté de médecine ou en résidence. Ainsi, 79 % des pédiatres et 89 % des médecins de famille déclaraient avoir reçu moins de trois heures de formation sur le sujet pendant cette période de leurs études. Ces deux groupes de praticiens répondaient plutôt mal à des questions sur les connaissances de la CaPE.^[72]

Il existe des documents de principes sur les interventions préventives et les conseils préventifs en santé buccodentaire conçus pour aider les dispensateurs de soins de première ligne.^{[22][36][73]}

La collecte et la surveillance de données pédiatriques

Il est essentiel se doter de politiques et pratiques probantes pour dispenser des soins buccodentaires de qualité. Il est capital de disposer de données probantes pour appuyer des interventions et traitements particuliers. Au Canada, les systèmes publics d'information sur les soins buccodentaires sont peu développés. Ils assurent une surveillance minimale des maladies et une évaluation minimale des programmes.^[32] Une stratégie de collecte et d'analyse des données sur la santé buccodentaire pédiatrique s'impose dans l'ensemble du système pour comprendre toute l'ampleur de ce problème de santé publique et pour mesurer l'efficacité des interventions

actuelles et futures. De plus, il n'existe pas de données sur les effectifs (p. ex., le nombre, le type et la répartition des dispensateurs).^{[20][32]}

Les nouvelles initiatives

Depuis dix ans, plusieurs initiatives positives ont visé à améliorer la santé buccodentaire au Canada. Le Bureau du dentiste en chef a été créé en octobre 2004 afin de fournir des compétences et de donner des conseils sur les politiques.^[19] Il n'existe pas de poste de leadership comparable pour représenter les besoins buccodentaires des enfants et des adolescents sur la scène fédérale.

Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire a préparé la Stratégie canadienne de santé buccodentaire (SCSB) en 2004, après des consultations auprès des professionnels de la santé, d'organisations connexes et de représentants ministériels. Cette stratégie visait à établir des buts et stratégies de promotion de la santé buccodentaire, d'accès aux soins buccodentaires et de surveillance de ces soins. La SCSB a établi des objectifs pour 2010 qui incluait l'ensemble des provinces et territoires disposant d'un programme de santé buccodentaire auprès des enfants de familles à faible revenu et offrant des programmes scolaires de prévention axés sur la santé buccodentaire.^[20] Depuis, la plupart des territoires de compétence ont pris des dispositions pour les enfants de familles à faible revenu, mais les prestations assurées par ces programmes varient.

L'Académie canadienne des sciences de la santé, une association qui donne des conseils d'experts dans les disciplines liées aux sciences de la santé, a commandé une étude pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins de santé buccodentaire.^[21]

L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, lancée en 2004, a été élaborée par Santé Canada pour combler l'écart entre les enfants des Premières nations qui habitent dans les réserves ou les enfants inuits et la population générale canadienne.^[74]

La formulation de politiques

Les soins buccodentaires, tout comme les soins de santé, sont un service essentiel, et tous les paliers du gouvernement doivent s'engager à dispenser des soins buccodentaires de qualité à chaque jeune Canadien. Les pédiatres sont en position idéale pour prôner des programmes et services visant

à réduire les disparités et à promouvoir une meilleure santé buccodentaire.

Les cinq secteurs pour lesquels la formulation de politiques est la plus pressante s'établissent comme suit :

1. S'assurer d'un leadership en matière d'élaboration de politiques de santé buccodentaire pédiatrique sur les scènes provinciales, territoriales et fédérale.
2. S'assurer de la prestation de services buccodentaires en vertu des principes de la Loi canadienne sur la santé, en s'attardant sur les populations marginalisées.
3. Compiler (et tenir à jour) des données sur l'état de santé buccodentaire des enfants et des adolescents.
4. Élargir les programmes et politiques buccodentaires conformément aux pratiques probantes.
5. S'assurer d'une évaluation convenable des programmes existants.

Recommandations

Puisque la santé buccodentaire en pédiatrie est un élément fondamental de la santé globale, les services et programmes de soins buccodentaires devraient être soumis aux mêmes normes d'accessibilité, d'universalité et d'intégralité que les autres responsabilités établies en vertu de la Loi canadienne sur la santé. C'est pourquoi la Société canadienne de pédiatrie recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral prennent les mesures suivantes :

- S'assurer que tous les enfants de leur territoire de compétence respectif profitent du même accès aux soins buccodentaires thérapeutiques et préventifs de base, quel que soit leur lieu de résidence ou la situation socioéconomique de leur famille.
- S'assurer qu'à un an, tous les enfants soient affiliés à un dentiste afin de recevoir des soins buccodentaires. (Catégorie B)
- Soutenir les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association dentaire canadienne en matière de suppléments de fluorure. (Catégorie A)
- Créer des postes de leadership pour représenter les intérêts particuliers des enfants et des adolescents à l'égard des enjeux liés à la santé buccodentaire.
- Mettre au point un système de surveillance continu pour saisir les données clés et refléter l'état de la santé buccodentaire en pédiatrie.
- Prioriser les recherches sur les pratiques dentaires pédiatriques probantes et les effets à long terme des déterminants sociaux sur la santé buccodentaire.

Les catégories de recommandation se fondent sur le Groupe d'étude Canadien sur les soins de santé préventifs (www.canadiantaskforce.ca).

La SCP recommande également les mesures suivantes :

- Donner aux dispensateurs de soins pour enfants un enseignement et une formation continue convenables en santé buccodentaire, faisant ressortir l'évaluation du risque précoce et la dispensation de conseils préventifs.
- Élaborer une approche multidisciplinaire des soins de santé buccodentaire en pédiatrie, à laquelle participent les médecins, les dentistes, les hygiénistes, les infirmières et les écoles.

Remerciements

La section de la santé buccodentaire en pédiatrie de la Société canadienne de pédiatrie a révisé le présent document de principes, qui est approuvé par l'Académie canadienne de dentisterie pédiatrique. Nous tenons également à remercier la docteure Jeanne-Nicole Faille, qui a révisé la version française.

Références

1. Locker D, Matear D; Community Health Services Research Unit, Faculty of Dentistry, University of Toronto. Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life: A summary of recent research evidence. 2000. www.utoronto.ca/dentistry/facultyresearch/dri/cdhsru/health_measurement/7.202020%20No%2017.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
2. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21(6):325-6.
3. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* 1996;20(3):209-12.
4. Jackson SL, Vann WF Jr, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health* 2011;101(10):1900-6.
5. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992;82(12):1663-8.
6. Zachariasen RD, Dennison DK. Periodontal disease and preterm low birth weight deliveries. *J Gt Houst Dent Soc* 1998;70(4):16-9.
7. Offenbacher S, Katz V, Fertik G et coll. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67(10 Suppl):1103-13.
8. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998;3(1):206-12.
9. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent* 2006;28(3):254-9.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General. Rockville (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr (consulté le 26 novembre 2012)

11. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009. www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-Fsumm.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
12. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G et coll. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 11(248). 2007. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_248.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
13. Association dentaire canadienne. Report on early childhood caries, avril 2010. www.jcda.ca/uploads/pdf/ccsa/ECC-Report-FINALApril2010_for-jcda-website.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
14. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatr Clin N Am* 2009;56(6):1481-99.
15. Schroth RJ, Morey B. Providing timely dental treatment for young children under general anesthesia is a government priority. *J Can Dent Assoc* 2007;73(3):241-3.
16. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2000;105(4):760-6.
17. Birch S, Anderson R. Financing and delivering oral health care: What can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc* 2005;71(4):243a-243d.
18. Romanow RJ; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada - Rapport final. 2002. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf> (consulté le 26 novembre 2012)
19. Santé Canada. Bureau du dentiste en chef. www.hc-sc.gc.ca/ahcasc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/index-fra.php (consulté le 21 juin 2012)
20. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. La stratégie canadienne de la santé buccale 2005-10. www.fptdwg.ca/francais/f-cohs.html (consulté le 26 novembre 2012)
21. Académie canadienne des sciences de la santé. Prospectus en vue d'une importante évaluation sur la façon d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des Canadiens. Mars 2008. www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/CAHS_OralHealth_f.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
22. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008;122(6):1387-94.
23. Ministère de la Justice du Canada. Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6). <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/TexteCompleet.html> (consulté le 26 novembre 2012)
24. Muirhead VE, Quiñonez C, Figueiredo R, Locker D. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(3):199-208.
25. Leake JL. Why do we need an oral health care policy in Canada? *J Can Dent Assoc* 2006;72(4):317.
26. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000;284(20):2625-31.
27. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Acad Pediatr* 2009;9(6):415-9.
28. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. www.fptdwg.ca/francais/f-access.html (consulté le 26 novembre 2012)
29. Bisgaier J, Cutts DB, Edelstein BL, Rhodes KV. Disparities in child access to emergency care for acute oral injury. *Pediatrics* 2011;127(6):e1428-35.
30. Quiñonez C, Figueiredo R, Azarpazhooh A, Locker D. Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(2):152-8.
31. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010. https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
32. Quiñonez C, Locker D, Sherret L, Grootendorst P, Azarpazhooh A, Figueiredo R. An environmental scan of provincial/territorial dental public health programs. Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto. Retrieved Feb 26, 2010: www.fptdwg.ca/assets/pdf/environmental_scan.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
33. Institut canadien d'information sur la santé, octobre 2010. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010. https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
34. Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa, avril 2011. Putting our money where our mouth is: The future of dental care in Canada. www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2011/04/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
35. Quiñonez CR, Locker D. Canadian opinions on publicly financed dental care. *Can J Public Health* 2007;98(6):495-9.
36. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2004;26(4):315-25.
37. Rabb-Waytowich D. Water fluoridation in Canada: Past and present. *J Can Dent Assoc* 2009;75(6):451-4.
38. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 3. Art. no CD002279.
39. Azarpazhooh A, Main PA. Fluoride varnish in the prevention of dental caries in children and adolescents: A systematic review. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(1):73-9.
40. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3):CD002284.
41. Association dentaire canadienne. Position de l'ADC sur L'utilisation des fluorures dans la prévention des caries, révisé en avril 2010. www.cda-adc.ca/_files/

- position_statements/Fluoride-French-2010-06-08.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
42. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(5):1043-66, vi.
 43. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Duncan M, Smith DJ. Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 2001; 39(6):2313-6.
 44. Köhler B, Andréen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and *Lactobacilli* in their children. *Arch Oral Biol* 1984;29(11): 879-83.
 45. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: A longitudinal study. *Pediatr Dent* 2003;25(2):114-8.
 46. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr. Early preventive dental visits: Effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004;114(4):e418-23.
 47. Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC, Quiñonez RB. Effectiveness of preventive dental treatments by physicians for young Medicaid enrollees. *Pediatrics* 2011;127(3):e682-9.
 48. Brodeur JM, Payette M, Bedos C. Association des variables socioéconomiques avec l'intensité de la carie dentaire chez les écoliers québécois de deuxième et sixième année en 1989-90. *Can J Public Health* 1998;89(4):274-9.
 49. Bhatti T, Rana Z, Grootendorst P. Dental insurance, income and the use of dental care in Canada. *J Can Dent Assoc* 2007;73(1):57.
 50. Millar W, Locker D. Dental insurance and the use of dental services. *Health Rep* 1999;11(1):55-67.
 51. Snow P, McNally ME. Examining the implications of dental treatment costs for low-income families. *J Can Dent Assoc* 2010;76:a28.
 52. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001;132(3):295-303.
 53. Irvine D, Holve S, Krol D, Schroth R; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis; American Academy of Pediatrics, comité de la santé des enfants autochtones américains. La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones. *Paediatr Child Health* 2011;16(6):358-64. www.cps.ca/fr/documents/position/sante-buccodentaire-autochtones (consulté le 11 décembre 2012)
 54. Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old First Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *J Can Dent Assoc* 2004;70(6):382.
 55. Schroth RJ, Smith PJ, Whalen JC, Lekic C, Moffatt ME. Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. *J Can Dent Assoc* 2005;71(1):27.
 56. Lawrence HP, Leake JL. The U.S. Surgeon General's report on oral health in America: A Canadian perspective. *J Can Dent Assoc* 2001;67(10):587.
 57. Leake JL, Main PA. The distribution of dental conditions and care in Ontario. *Ont Dent* 1996;73(6):18-22.
 58. Schroth RJ, Moore P, Brothwell DJ. Prevalence of early childhood caries in 4 Manitoba communities. *J Can Dent Assoc* 2005;71(8):567.
 59. Santé Canada. Rapport de L'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008 - 2009 : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_oral-bucco/index-fra.php (consulté le 26 novembre 2012)
 60. Schroth RJ, Smith WF. A review of repeat general anesthesia for pediatric dental surgery in Alberta, Canada. *Pediatr Dent* 2007;29(6):480-7.
 61. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(3): 177-81.
 62. Lee AJ. A comparison of the dental health of Toronto's ethnic groups. *Can J Community Dent* 1987;2(2):8-12.
 63. Abramson A, Heimann MD. A comparison of dental disease between Windsor Essex County children and recent immigrant children. *Can J Community Dent* 1997;12(1): 22-5.
 64. Milnes AR, Rubin CW, Karpa M, Tate R. A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21(5): 253-60.
 65. L'heure est encore à la vigilance : bulletin sur les temps d'attente au Canada. Juin 2010. www.waittimealliance.ca/media/2010reportcard/WT2010-reportcard_f.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
 66. Canadian Dental Association. Position on First Visit to the Dentist, February 2005. www.cda-adc.ca/_files/position_statements/first_visit.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
 67. Hale KJ; American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003;111(5 Pt 1):1113-16.
 68. Nowak AJ. Rationale for the timing of the first oral evaluation. *Pediatr Dent* 1997;19(1):8-11.
 69. Stijacic T, Schroth RJ, Lawrence HP. Are Manitoba dentists aware of the recommendation for a first visit to the dentist by age 1 year? *J Can Dent Assoc* 2008;74(10):903.
 70. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J. Update on well-baby and well-child care from 0 to 5 years: What's new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician* 2010;56(12):1285-90.
 71. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics* 2000;106(6):E84.
 72. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* 2006;11(3):151-7.
 73. American Academy of Pediatrics, Bright Futures Steering Committee. Promoting oral health. In: Hagain J, Shaw J, Duncan P, ds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*. 3e éd. Elk Grove Village, IL: AAP; 2008, 155-68.

74. Santé Canada. Initiative en santé buccodentaire des enfants 2004. www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php#cohiisbde (consulté le 26 novembre 2012)
75. Godel J; Société canadienne de pédiatrie, comité de nutrition. Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants. *Paediatr Child Health* 2002;7(8):579-82 www.cps.ca/fr/documents/position/recours-au-fluor (consulté le 26 novembre 2012)

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE DE LA SCP

Membres : Carl Cummings MD (président); Sarah Gander MD; Barbara Grueger MD; Larry B Pancer MD; Anne Rowan-Legg MD; Ellen P Wood MD (représentante du conseil)

Représentante : Ruth B Grimes MB, section de la pédiatrie communautaire de la SCP

Auteure principale : Anne Rowan-Legg MD



**CONSULTATION PUBLIQUE SUR L'AUTONOMIE POUR TOUS
LIVRE BLANC SUR LA CRÉATION
D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE**

Ordre des dentistes du Québec

800, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-9248

Courriel : pres@odq.qc.ca
Site Web : www.odq.qc.ca

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec
13 novembre 2013

Table des matières

Introduction	4
L'Ordre des dentistes du Québec	5
La santé buccodentaire au Québec : un survol.....	6
L'importance de la santé buccodentaire sur la santé globale	8
Le droit à un diagnostic buccodentaire	10
Conclusion	11

Introduction

L'Ordre des dentistes du Québec soutient les fondements du projet d'assurance autonomie, soit améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et services dans un contexte de vieillissement de la population ainsi que respecter le choix des personnes quant à leur lieu de résidence. Il est aussi d'accord avec le fait qu'une lecture commune des enjeux est nécessaire et que chacun doit être partie prenante des décisions qui s'imposent. Un projet de société novateur doit comprendre une véritable modernisation des soins, dont les soins buccodentaires.

Les personnes qui seraient admissibles à l'assurance autonomie sont malheureusement celles qui, à l'heure actuelle, ont un accès très limité à des soins buccodentaires adaptés à leur condition. Cette situation doit changer rapidement. La population vieillissante conservera ses dents naturelles et c'est une bonne nouvelle. Les soins à apporter seront de plus en plus complexes.

Le mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec a pour objectif d'alerter les instances gouvernementales quant à la nécessité et à l'urgence qu'il soit reconnu que la santé buccodentaire fait partie de la santé globale et qu'il soit prévu des mécanismes qui favorisent la mise en œuvre de cette priorité. Des conséquences graves résulteraient d'un système de santé qui en fait abstraction.

L'Ordre des dentistes du Québec se veut un partenaire tant de la promotion de la santé buccodentaire auprès de tous les intervenants que de la recherche de solutions en vue de donner à tous accès à un diagnostic établi par un dentiste et à un plan de traitement préventif et curatif. Il demande aux instances gouvernementales de reconnaître le droit aux soins buccodentaires dans un objectif de santé globale.

La raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population.

Composé de 4 898 membres, l'Ordre des dentistes du Québec compte 4 058 dentistes pratiquant la médecine dentaire générale partout au Québec et 519 spécialistes répartis dans dix disciplines reconnues, dont la chirurgie maxillo-faciale, la prosthodontie, la parodontie et la santé publique.

Le dentiste est le docteur qui veille sur la bouche (maboucheensante.com). Il travaille notamment en collaboration avec les médecins, les hygiénistes dentaires, les techniciens dentaires, les denturologistes et les assistantes dentaires.

La médecine dentaire inclut tous les actes qui ont pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain. Le dentiste, dans l'exercice de sa profession, est habilité à prescrire des médicaments, des radiographies et divers tests diagnostiques.

L'Ordre fait de l'accès aux soins buccodentaires un objectif principal. Il entend faire de l'accès une priorité pour la santé de tous les Québécois.

Voilà pourquoi il mettait sur pied, le 14 mars dernier, un comité sur l'accès aux soins buccodentaires dont le mandat vise à faire le point sur l'accès aux soins buccodentaires pour les populations vulnérables, notamment celles en perte d'autonomie ou à mobilité réduite, les enfants et les personnes à faible revenu ou habitant en région éloignée, ainsi que sur l'accessibilité aux blocs opératoires et aux soins buccodentaires en milieu hospitalier. Le comité a également pour mandat d'identifier les situations et les éléments qui portent atteinte au droit de ces populations d'avoir accès à des soins buccodentaires et, pour ce faire, il mène actuellement une consultation auprès de divers groupes d'intervenants des milieux visés afin de trouver des pistes de solution aux problématiques soulevées et de formuler des recommandations aux différents intervenants impliqués.

La santé buccodentaire au Québec : un survol

La promotion de la santé buccodentaire est un défi, et ce, particulièrement au Québec, la province canadienne qui compte le plus grand nombre de personnes partiellement ou complètement édentées. Il vaut la peine d'investir des efforts pour renverser la situation.

Heureusement, depuis les années 1950, la santé buccodentaire des Québécois s'est améliorée au point d'atteindre aujourd'hui les objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la santé. Ces objectifs visent principalement l'état de santé dentaire des enfants, sur lequel l'accent est mis, et ce, tant au chapitre de la prévention que des soins (couverture par la RAMQ jusqu'à 10 ans). Les Québécois vieillissent de plus en plus avec leurs dents en bouche.

Les progrès en santé dentaire au Québec sont dus aux efforts liés à la prévention et au dépistage, mais également aux avancées de la science et de la technologie qui ont permis de meilleurs diagnostics et des plans de traitement performants. La couverture des soins par l'État (pour les enfants quant à certains actes) et par les régimes d'assurance privés, la scolarisation accrue, l'adoption plus répandue de saines habitudes d'hygiène dentaire et la fluoration de l'eau (dans les municipalités qui ont choisi de le faire) sont autant d'éléments qui ont contribué à une meilleure santé buccodentaire. Il reste cependant beaucoup à accomplir.

En effet, malgré les progrès notés, force est de constater que 50 % de la population ne fréquente pas les cabinets dentaires. Les raisons sont multiples, mais l'éducation relative à l'importance de la santé buccodentaire, la peur du dentiste et le coût des soins constituent des obstacles majeurs. On observe un état de santé buccodentaire plus pauvre chez certains groupes, dont les clientèles âgées, en perte d'autonomie ou non, celles atteintes d'une incapacité physique ou mentale et les travailleurs à faible revenu.

Au Québec, l'accès aux soins buccodentaires pour ces groupes de personnes est très limité. Le manque de ressources professionnelles qualifiées dans les milieux traditionnels, dont les hôpitaux, le coût des services dentaires, le manque de financement et d'infrastructures ainsi que les ressources financières limitées des personnes sont autant d'obstacles à l'accès.

Peu de dentistes visitent les clientèles en centres d'hébergement ou se rendent au domicile des personnes dont la mobilité est réduite. L'état de santé buccodentaire de ces clientèles est préoccupant : les soins d'hygiène dentaire étant rarement inclus dans les plans d'intervention en CHSLD, plusieurs résidents ont des problèmes liés à la carie dentaire et aux maladies des gencives.

Bien qu'à l'heure actuelle, et sans modification législative, les hygiénistes dentaires puissent faire du dépistage, enseigner les principes d'hygiène et broser les dents, elles sont quasi absentes des CHSLD. Toutefois, diagnostiquer et traiter cette clientèle lourde et atteinte de problèmes de santé physique et mentale nécessite une approche et une formation particulière.

Dans un contexte plus global, il est important d'être conscient que grâce aux avancées en santé buccodentaire, les Québécois seront de plus en plus nombreux à vieillir en conservant leurs dents. Cet état de fait, qui en soi est une bonne chose dans une perspective de santé globale, doit se poursuivre lorsqu'une personne devient incapable de veiller à sa propre hygiène. Les besoins sont toutefois toujours les mêmes et vont parfois en augmentant. Dans ce contexte, des plans préventifs et curatifs sont essentiels.

La santé comporte plusieurs facettes; considérées dans leur ensemble, ces facettes peuvent contribuer à améliorer la santé globale à meilleur coût.

L'importance de la santé buccodentaire sur la santé globale

Trop longtemps marginalisée par rapport aux autres secteurs de la santé, l'importance de la santé dentaire a été prouvée par des études qui ont démontré son interrelation dans les causes de nombreuses maladies.

Des liens ont été établis entre la santé buccodentaire et la santé globale, et prendre en compte la première a un impact positif significatif sur la seconde.

La littérature scientifique établit que plusieurs problèmes de santé sont liés à une santé buccodentaire déficiente, dont certaines maladies cardiovasculaires, des maladies pulmonaires, des bactériémies, des infections et un diabète non contrôlé. Plusieurs conditions, comme la dénutrition, les troubles du sommeil et une faible estime de soi, en découlent. En effet, en situation de perte d'autonomie, une personne doit aussi pouvoir sourire et manger, il en va de sa qualité de vie.

Le manque d'hygiène buccodentaire augmente également les risques de développer des maladies buccodentaires souvent très douloureuses. Les personnes atteintes ont notamment des problèmes de mastication, de nutrition et d'élocution. Une personne qui souffre de problèmes cognitifs sera très agitée et plus confuse si elle souffre d'un problème buccodentaire. Parce que la bouche n'est pas examinée par un dentiste, il se passera souvent de nombreux jours avant que l'on découvre l'origine du mal, et il est alors trop tard. L'extraction des dents sera la seule solution, avec tous les problèmes additionnels que cela entraînera.

L'absence de carie dentaire et de maladies des gencives est essentielle au maintien de la santé buccodentaire. L'inflammation, qui provoque les maladies de gencives, peut atteindre tous les tissus qui soutiennent les dents. Ainsi, l'absence d'une bonne hygiène permet à la plaque (film bactérien collant) de s'accumuler et de durcir. Sans un brossage quotidien et l'usage de la soie dentaire, la plaque se transforme en tartre, qui favorise l'infection.

Malheureusement, les personnes en perte d'autonomie qui vivent en CHSLD ou à domicile risquent davantage de souffrir de complications découlant d'une santé buccodentaire déficiente. Ceci est attribuable à leur état de santé par ailleurs fragile, à la sécheresse de la bouche qu'engendre souvent la prise de médicaments et au fait que ces personnes doivent compter sur des tiers pour maintenir une hygiène buccale adéquate.

Ces personnes en perte d'autonomie ne bénéficient pas d'un examen de la bouche lors de leur admission dans un centre adapté. Leurs problèmes de santé buccodentaire passent alors inaperçus, jusqu'à ce qu'apparaissent des symptômes aigus de douleur et d'infection.

Ne pas se préoccuper des maladies des gencives, c'est accepter la perte des dents, pourtant essentielles à une bonne nutrition par la mastication, et augmenter les risques de problèmes de santé plus importants, dont les maladies respiratoires. Les bactéries que renferme la plaque peuvent voyager de la bouche aux poumons et causer une pneumonie par aspiration ou aggraver une affection déjà présente. Les personnes qui souffrent de diabète sont également susceptibles d'avoir des complications, si elles sont atteintes de maladies des gencives.

Les maladies des gencives et du parodonte ainsi que la carie constituent une épidémie silencieuse et méconnue. Elles peuvent porter atteinte à la vie.

L'Ordre est conscient que ce fléau ne touche pas seulement les personnes visées par l'assurance autonomie et plaide ainsi en faveur d'une conscientisation accrue. Les aînés en perte d'autonomie de même que les enfants et les adultes aux prises avec les mêmes problèmes ne doivent pas être oubliés.

La situation médicale des personnes en perte d'autonomie est souvent complexe. Une planification adéquate des soins à leur apporter doit s'appuyer sur tous les besoins liés à la santé, dont ceux qui concernent la bouche.

Le médecin et le dentiste doivent collaborer afin d'établir tous les diagnostics propres à une personne pour assurer une prise en charge par une équipe multidisciplinaire qualifiée, mais surtout informée des soins à fournir en fonction des besoins particuliers à une personne.

Le droit à un diagnostic buccodentaire

L'accès aux soins de santé buccodentaire est un droit, au même titre que l'accès aux soins qui concernent les autres parties du corps. D'un point de vue éthique et social, nous ne pouvons plus nous permettre d'ignorer son importance.

Moderniser les pratiques dans le domaine buccodentaire appelle au droit fondamental de toute personne à un diagnostic et à un plan de traitement établis par un dentiste. Un plan de soins préventifs et curatifs est essentiel au maintien de la santé. Un suivi et l'exécution de certaines des composantes du plan de traitement pourront être facilement réalisés par des professionnels formés pour le faire, dont les hygiénistes dentaires. Une ordonnance faite à une hygiéniste par un dentiste est l'outil privilégié.

Le recours aux services de dentistes détenant une expertise notamment en dentisterie gériatrique doit être favorisé auprès des CSSS. Il est aussi nécessaire de former les préposés et le personnel soignant aux techniques de brossage quotidien des dents.

Le détartrage des dents d'individus qui ont des problèmes de santé et qui sont traités par une médication souvent complexe ne peut se faire sans le diagnostic préalable d'un dentiste. Ce dernier considérera tous les éléments médicaux avant d'établir un plan de soins qui dépassera souvent le stade préventif.

L'accès à un diagnostic serait grandement facilité par l'implantation d'infrastructures propices à recevoir les patients (chaise et matériel dentaire) et d'une logistique de prise de rendez-vous adaptée aux besoins des clientèles visées. La main-d'œuvre dentaire est disponible, mais il faut lui fournir les moyens nécessaires pour faire son travail.

Une bonne santé buccodentaire est essentielle à une bonne santé globale. Les personnes en perte d'autonomie ou non autonomes sont affectées par des problèmes de santé buccodentaire qui peuvent entraîner la mort, s'ils ne sont pas traités.

Il importe que, dès à présent, des soins et des services en santé buccodentaire soient fournis à la clientèle visée par le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*.

Les dentistes sont des professionnels de première ligne formés pour diagnostiquer des maladies dont certaines peuvent être graves, telles que le cancer de la bouche. Leur expertise et leurs services doivent faire partie du panier des soins de santé. Le Dossier Santé Québec doit inclure les dentistes sans tarder. Enfin, toute initiative de santé globale doit comprendre la santé dentaire.

Les dentistes sont prêts à s'investir dans les solutions. Des initiatives sont déjà mises en place : des recommandations seront faites en avril 2014 au terme des travaux du comité sur l'accès aux soins buccodentaires et la Fondation de l'Ordre des dentistes s'implique pour favoriser l'accès aux soins pour les clientèles les plus vulnérables.

Cependant, aucun de ces efforts ne sera vraiment porteur sans une volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux et de nos élus de faire de la santé buccodentaire un enjeu de santé globale.

Certaines solutions sont à notre portée. L'Ordre des dentistes croit que dès à présent, les résidents en CHSLD devraient bénéficier d'un diagnostic buccodentaire à leur arrivée en hébergement, et ce, pour prévenir des affections plus graves, voire des hospitalisations. Non seulement les résidents seront plus en santé, mais des dépenses importantes pourront être évitées. Les soins d'hygiène devraient être repensés en veillant à offrir au personnel et aux professionnels des formations appropriées pour ce type de clientèle. La sensibilisation des médecins aux enjeux de santé buccodentaire peut être accrue par un travail de collaboration avec le dentiste.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec sur la consultation publique sur l'autonomie pour tous « Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie pour la commission parlementaire sur la santé ».

Addenda

Statistiques du milieu de la santé

Les prévisions démographiques

Les prévisions démographiques indiquent que le nombre de personnes de 65 ans et plus augmentera d'environ un million d'individus dans les 20 prochaines années. Le groupe des 75-84 ans doublera pour atteindre 800 000 individus, alors que le groupe des 85 ans et plus augmentera de 170 000 individus pour atteindre 300 000 dans 20 ans. Plus de 80 % des personnes de 65 ans et plus vivent à domicile. L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) indique que 26,1 % des 65 ans et plus, et que 59,1 % des 85 ans et plus ont une incapacité qui peut nécessiter des soins professionnels. Dans le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, on estime que près de 725 000 personnes hors institution et que 90 000 personnes en institution ont une incapacité qui demandera des soins et des services professionnels. D'ici 20 ans, ce nombre devrait augmenter rapidement en raison du vieillissement des baby-boomers.

Statistiques de la santé buccodentaire des 65 ans et plus

Au Québec, 37,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont consulté un dentiste dans la dernière année. La plus récente étude dentaire québécoise menée auprès des personnes âgées en perte d'autonomie en institution et à domicile (Corbeil et collab., 2007) nous indique que 37,1 % et 60 % d'entre elles, respectivement, sont totalement édentées.

D'après l'étude de Corbeil, 61 % des personnes dentées en institution et 41,7 % nécessitant un soutien à domicile avaient des dents cariées, avec une moyenne respective de 2,21 dents et de 0,83 dent atteintes/individu. Ainsi, en présumant que l'étude de Corbeil est juste, à l'heure actuelle, environ 20 367 personnes en institution auraient 45 000 dents cariées à réparer alors que 92 198 personnes de 65 ans et plus hors institution auraient 76 524 dents cariées à traiter. Avec l'accroissement de la population des personnes de 65 ans et plus, on observerait dans 20 ans un accroissement de 73 758 personnes ayant de la carie avec 61 219 nouvelles dents cariées à traiter ($1\,000\,000 \times 26,1 \% \times 47,1 \% \times 0,60 \times 0,83$ dent cariée/pers.). On présume ici qu'il n'y aurait aucune augmentation des places en hébergement d'ici 20 ans et qu'ainsi, le nombre de personnes atteintes de caries ne varie pas pour ce groupe. On observerait donc dans 20 ans un nombre total de 182 744 dents cariées à traiter à un moment donné chez les 65 ans et plus en perte d'autonomie, tant à domicile qu'en institution.

Toujours selon Corbeil, 14,3 % des personnes dentées en institution et 16,7 % des personnes nécessitant un soutien à domicile avaient besoin d'extraction dentaire avec une moyenne respective de 0,38 dent et de 0,33 dent par individu. Environ 4 775 personnes âgées en institution auraient 1 814 dents à extraire, et 32 690 personnes âgées nécessitant un soutien à domicile auraient 10 788 dents à extraire. Avec l'accroissement de la population, ce nombre serait porté dans 20 ans à 21 232 dents. On doit comprendre que les motifs d'extraction les plus fréquents sont la présence d'un abcès dentaire, d'une fracture dentaire et de mobilité dentaire importante.

Plus de sept aînés en perte d'autonomie sur dix portent une prothèse complète au maxillaire et près de la moitié au maxillaire inférieur. Les prothèses dentaires de cette population ont en moyenne environ 13 ans, alors que la recommandation pour les fréquences de remboursement prothétique, tant par la RAMQ que par les assurances dentaires privées, est de cinq à huit ans. Plus de 10 % des prothèses dentaires ont plus de 30 ans. Comme ces recommandations et ces fréquences de remboursement sont liées à une durée de vie normale de ces prothèses, on peut donc penser à l'inadéquation d'un nombre important des appareils qui sont présentement portés par les aînés. Plus de 70 % des prothèses dentaires inférieures de cette population ont été jugées instables lors d'un examen par un professionnel (Corbeil et collab., 2007).

Bien que près de 85 % des aînés disent avoir reçu des soins d'hygiène dentaire ou prothétiques quotidiens (Corbeil et coll., 2007), une étude qui consistait à observer les préposés lors de la toilette du matin indique que seulement 50 % du temps, ces soins sont effectivement effectués (Tardif, 2006).

La santé buccodentaire de nos aînés les plus démunis reste déplorable, bien que certaines améliorations se soient produites depuis 1980. 60 % présentent des caries, 15 % nécessitent des extractions, plus de la moitié ont des atteintes du parodonte (gencive et os de soutien de la dent), le tiers souffre d'affections de la muqueuse et 30 % à 40 % souffrent de problèmes ou douleurs dans la bouche. Enfin, 10 % des prothèses dentaires ont plus de 30 ans.

Ces chiffres sous-estiment la réalité de la santé buccodentaire de cette population en perte d'autonomie à l'échelle de la province. Seules les régions très urbanisées à haute densité de population sont représentées dans l'étude de Corbeil, menée en 2004. Ces régions ont une proximité et une organisation de services meilleures que les régions moins densément peuplées. De plus, les sujets admissibles à participer à l'étude devaient pouvoir comprendre les divers éléments de l'étude, donner un consentement éclairé, répondre aux questionnaires et subir un examen buccodentaire. Ainsi, une proportion de 21 % de toute la population des CHSLD seulement correspondait aux critères d'inclusion de l'étude (Corbeil et collab., 2007). Plus de 90 % des sujets rejetés en raison de critères d'inclusion non respectés présentaient un déficit cognitif. Ces études ont donc exclu tous les patients présentant une perte d'autonomie cognitive modérée à importante et chez qui on a le plus de difficulté à effectuer des soins en raison d'un manque de coopération. On peut donc supposer que les soins d'hygiène quotidiens et que le recours à des services dentaires ont été moindre que pour la population à l'étude. Une étude américaine a démontré qu'une population âgée de 65 ans et plus souffrant de démence avait un taux de caries coronaires et radiculaires respectivement de trois et sept fois plus élevé que celui observé au sein d'une population autonome comparable (Jones et collab., 1993).

Capacité actuelle de traiter la population en perte d'autonomie

Présentement, au Québec, entre 50 et 70 dentistes œuvrent au sein de CHSLD ou de centres hospitaliers et voient des patients en perte d'autonomie. Ces dentistes pratiquent en moyenne une journée par semaine, ce qui ne suffit pas pour faire face à la demande croissante provenant de la clientèle. Il serait donc très difficile dans le contexte actuel, et sans modifier le modèle de prestation de soins, d'augmenter rapidement les soins et les services dentaires dans les CHSLD.

Actuellement, peu de professionnels dentaires ont accès à cette clientèle, et ce, pour plusieurs raisons : manque d'infrastructures et d'organisation des soins, peu d'équipements fixes et mobiles disponibles, peu de postes offerts dans les établissements du secteur public, grille tarifaire peu adaptée à cette population et manque de formation sur la gestion des patients en perte d'autonomie.

Un recensement des cliniques dentaires publiques indiquait que seulement 23 (soit 9 %) des CHSLD avaient une clinique dentaire présente dans leurs murs. Dans les centres d'hébergement privés seulement trois établissements (soit 0,5 %) ont une clinique dentaire.

Capacité de traiter la population en perte d'autonomie

Dans l'optique où l'infrastructure fixe et mobile deviendrait disponible. La capacité de traiter cette population en perte d'autonomie serait possible.

Si seulement la moitié des 4 058 dentistes qui pratiquent la médecine dentaire générale consacraient, dans une structure publique, aussi peu que quatre heures par mois à cette population, cette dernière aurait droit à 97 392 heures par année de diagnostic et de traitement par un dentiste.

Que représente cette quantité d'heures? D'une façon conservatrice, ce nombre d'heures permettrait de restaurer ou extraire qu'une dent par heure. De plus, un nettoyage dentaire avec un examen prend environ le même temps.

97 392 dents pourraient donc être obturées ou extraites sur une base annuelle. Selon l'évaluation du nombre de dents cariées, 72 % des besoins en obturations et en extractions des personnes en perte d'autonomie au Québec pourraient être pris en charge. Ainsi, en mettant en place une structure d'organisation de soins performante et attrayante, le nombre de dentistes intéressés et le nombre d'heures par mois pourraient augmenter de façon importante, ce qui permettrait de faire face à l'augmentation de la quantité de soins nécessaires attribuables aux changements démographiques prévus au cours des 20 prochaines années.

Enfin, une augmentation des interventions préventives pourrait limiter et même faire régresser les maladies buccodentaires.

<i>Consultation publique sur les conditions de vie des aînés</i> Mémoire du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire.....	Annexe 1
Photos de cas avec explications.....	Annexe 2
Tableau de soins.....	Annexe 3
<i>Consultation publique sur les conditions de vie des aînés</i> Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec.....	Annexe 4
Extrait de l'étude exploratoire des problèmes en Montérégie.....	Annexe 5

*Consultation publique
sur les conditions de vie des aînés*



*Centre d'excellence pour la santé buccodentaire
et le vieillissement*



15 octobre 2007

Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement

Unité de recherche en gériatrie de l'Université Laval
Hôpital Saint-Sacrement
1050, chemin Sainte-Foy, L2-40
Québec (Québec) G1S 4L8

Téléphone : 418-682-7511, poste 4843
Télécopieur : 418-682-7998

Site internet: <http://www.cesbv.ulaval.ca>

Production de :

Christian Caron D.M.D., D.M.Sc., L.L.B.
Directeur fondateur du Centre d'excellence
Vice-doyen aux études supérieures et à la recherche,
Directeur du programme de formation dentaire spécialisée en
gérodonologie,
Directeur par intérim du programme de formation dentaire spécialisée en
parodontie,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine dentaire de
Université Laval

Téléphone : 1-418-656-2131 poste 19109
courriel : Christian.Caron@fmd.ulaval.ca

Avec la collaboration de :

France Lafrenière, M.Sc. inf, B.Sc. inf., B.A, (c)
Coordonnatrice du Centre d'excellence

Téléphone : 418-682-7511 poste 4843
Courriel : France.Lafreniere.cha@ssss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	4
L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DE NOS AÎNÉS LES PLUS FRAGILES	5
L'UTILISATION DES SERVICES DENTAIRE ET LA DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES	8
RECOMMANDATIONS	9
1. Une piste de solution : Le modèle Accès-cible	9
2. Augmentation de la formation de tous les intervenants du milieu et du transfert des connaissances sur la santé buccodentaire vers les milieux de soins et de vie.	11
3. Augmenter les efforts de promotion et de prévention de la santé buccodentaire des aînés	11
BIBLIOGRAPHIE	12

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

MÉMOIRE DU CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT

Préambule

Le Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement (le Centre) est un organisme universitaire, créé à l'automne 2006 par la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, ayant pour mandat général d'initier et de contribuer au développement des connaissances et pistes de solutions permettant le maintien et l'amélioration de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus afin de mieux répondre aux besoins de celles-ci. Plus précisément, le Centre a défini 4 mandats spécifiques permettant de circonscrire la problématique globale; 1) de collecter et diffuser les connaissances en matière de santé buccodentaire et vieillissement (transfert des connaissances); 2) contribuer aux activités de promotion et prévention en matière de santé buccodentaire et vieillissement; 3) développer et soutenir la mise en œuvre de l'organisation et de l'accès aux soins et services buccodentaires des aînés; 4) soutenir la recherche reliée à la santé buccodentaire et au vieillissement. Bien que le mandat soit étendu à toute la population des 65 ans et plus, les besoins les plus urgents en soins, services et développement des connaissances sur la santé buccodentaire étant dans un segment populationnel bien défini, le Centre a choisi de cibler pour débiter ses travaux le groupe des aînés en perte d'autonomie physique et cognitive chez qui on observe le plus de problèmes de santé buccodentaire.

Pour résoudre les diverses problématiques qui y sont abordées, le Centre développe des partenariats et collaborations avec le MSSS, les institutions, les hôpitaux et les organismes gouvernementaux et du réseau public de la santé, les ordres professionnels concernés (Ordre des dentistes du Québec, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Ordre professionnel des diététistes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), les universités et groupes communautaires et les individus représentant leurs pairs. Une approche multidisciplinaire est privilégiée afin d'apporter une vision globale et complète de la problématique (incluant notamment les experts du domaine dentaire, de la nutrition, des services infirmiers et de la gériatrie ayant un lien direct avec le vieillissement soit par leurs activités cliniques ou leurs recherches) permettant de développer une cohérence d'expertise pouvant apporter des solutions adaptées, tenant compte des diverses préoccupations à des problématiques variées.

Le Centre permet d'initier, de collaborer et de soutenir des travaux sur des thématiques de la santé buccodentaire et du vieillissement en répondant aux problèmes connus et aux différents besoins et demandes émanant des ministères, d'organismes, d'institutions, d'universités, de groupes d'intérêts et de structures diverses. Il constitue une base d'informations, de recommandations ainsi qu'une référence pour l'expertise en santé buccodentaire en relation avec le vieillissement.

L'accroissement rapide de la population des aînés, et plus particulièrement celle des 85 ans et plus, qui croît plus rapidement que toute autre dans notre société, chez qui le niveau d'hébergement et de perte d'autonomie sont très importants, interpelle notre organisme quant aux moyens et mesures disponibles visant à augmenter leur niveau de santé buccodentaire qui présentement est inacceptable. Les effets d'une mauvaise santé buccodentaire affectent directement la qualité de vie provoquant des ennuis, inconforts, douleurs, difficulté d'alimentation et retraits sociaux. Ses effets sont encore plus criants en situation de dépendance et de fragilité. Les offres de soins et de services dentaires, de mesures structurées de promotion et de prévention en santé dentaire étant presque inexistantes pour ce segment de la population, nous nous interrogeons donc sur leurs influences actuelles sur les conditions de vie de ces aînés mais aussi de leurs effets au cours des prochaines années sur celles-ci, alors que l'accroissement de cette population fragile sera très fort, particulièrement ici au Québec.

L'état de santé buccodentaire de nos aînés les plus fragiles

L'état de santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie bien que peu documenté est extrêmement pauvre, voire même désolant. Des dents fracturées, des abcès dentaires non-traités, des dépôts de tartre couvrant complètement les dents, des mobilités dentaires très prononcées sont choses courantes chez ces gens âgés fragiles. L'halitose est fréquente dans cette population, atteignant souvent un degré insupportable tant pour le personnel soignant que pour la famille. C'est dans ces piètres conditions qu'un grand nombre de nos proches finissent leurs jours. La quasi-inexistence d'offres de soins dentaires contribue à cette triste situation.

Le taux d'édentation d'une population est un indicateur de la santé buccodentaire de celle-ci (Brodeur et al, 1996). Entre 1980 et 2004, le taux d'édentation complet de la population des aînés en perte d'autonomie a diminué de près de 18%, mais reste cependant très élevé (63.4%) comparé à la population générale qui se situe sous la barre des 20% (Brodeur et al., 1980; Corbeil et al., 2007). Durant une période beaucoup plus courte (13 ans) soit de 1980 à 1993, les aînés en meilleure santé ne résidant pas en centre d'hébergement ont vu leur taux d'édentation complet diminué d'autant (76% vs 58 %) (Brodeur et al., 1996).

En 2001, une autre enquête menée par le groupe SOM pour l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec indiquait que les aînés de moins 60 ans avaient un taux d'édentation de 39%, tandis que ceux ayant atteint 80 ans, d'environ 79 %. Ces données indiquent que le taux d'édentation des aînés est en diminution qu'ils soient ou non en perte d'autonomie. Cependant, on remarque que l'édentation reste très élevée chez les aînés en perte d'autonomie car sa diminution se produit à un rythme beaucoup plus lent, ce qui indique que l'incidence de l'édentation y est encore de beaucoup supérieure. On remarque aussi que chez les individus les plus âgés, l'édentation même chez ceux ne résidant pas en centre d'hébergement reste alarmante. On sait aussi que la perte d'autonomie est beaucoup plus marquée dans ce segment de la population. Il est très important de remarquer que le nombre moyen de dents conservées par les aînés en perte d'autonomie se situe autour de 12-13 dents, que celui-ci n'a presque pas évolué depuis 1980 (Corbeil et al., 2007) et qu'il reste inférieur à nos voisins provinciaux et du Sud par plusieurs dents.

Bien qu'on note une diminution du pourcentage d'aînés avec une ou des dents ayant des caries dentaires depuis 1980, on remarque que plus de 60% de ces derniers en sont toujours affectés (Corbeil et al., 2007). Près de la moitié des aînés en perte d'autonomie présentent une condition parodontale (gencive et os de soutien) nécessitant une intervention (Corbeil et al., 2007). Plus du tiers des aînés en perte d'autonomie ont une altération de la muqueuse, pouvant se traduire par une ulcération, du tissu hyperplasique, une infection bactérienne ou fongique, une tumeur (Corbeil et al., 2007). Près du tiers des aînés ont indiqué avoir des ennuis ou des douleurs dans la bouche. On remarque aussi qu'environ 15% des aînés en perte d'autonomie nécessitent des extractions dentaires (Corbeil et al., 2007). On doit comprendre que les raisons d'extraction les plus fréquentes sont la présence d'abcès dentaire, de fractures dentaires, de mobilités dentaires importantes. Dans ce contexte cette situation peut être qualifiée d'alarmante.

Plus de sept aînés en perte d'autonomie sur dix portent une prothèse complète au maxillaire et près de la moitié, au maxillaire inférieur. Les prothèses dentaires de cette population ont en moyenne environ 13 ans, alors que la recommandation pour les fréquences de remboursement prothétique tant par la RAMQ que par les assurances dentaires privées est de 5 à 8 ans. Plus de 10% des prothèses dentaires ont plus de 30 ans. Comme ces recommandations et ces fréquences de remboursement sont liées à une durée de vie normale de ces prothèses, on peut donc penser à l'inadéquation d'un nombre important de ces appareils présentement. Plus de 70 % des prothèses dentaires inférieures de cette population ont été considérées instables lors d'un examen par un professionnel (Corbeil et al., 2007).

Bien que près de 85 % des aînés disent avoir eu leur hygiène dentaire ou prothétique quotidienne (Corbeil et al., 2007), une étude qui consistait à observer les préposés lors de la toilette du matin, indique que seulement 50 % du temps ces soins sont effectivement effectués (Tardif, 2006).

La santé buccodentaire de nos aînés les plus démunis reste déplorable bien que certaines améliorations se soient produites depuis 1980. Il n'est pas acceptable que plus de 60 % présentent des caries, 15% nécessitent des extractions, que plus de la moitié ont des atteintes du parodonte (gencive et os de soutien de la dent), plus du tiers des affections de la muqueuse, 30 à 40 % des ennuis ou des douleurs dans la bouche et que plus de 10 % des prothèses dentaires aient plus de 30 ans dans notre société dite riche. De plus, ces chiffres sous-estiment la réalité de la santé buccodentaire de cette population en perte d'autonomie à l'échelle de la province. Lors de l'étude de Corbeil en 2004, seules les régions très urbanisées à haute densité de population sont représentées. Celles-ci ont une proximité et une organisation de services meilleures que les régions moins densément peuplées. On peut donc émettre l'hypothèse que les résultats sont encore plus sombres dans le reste de la province. De plus, les sujets éligibles à participer à l'étude devaient pouvoir comprendre les divers éléments de l'étude, donner un consentement éclairé, répondre aux questionnaires et subir l'examen buccodentaire. Ainsi, une proportion de 21% de toute la population des CHSLD et du soutien à domicile seulement correspondait aux critères d'inclusion de l'étude (Corbeil et al., 2007). Plus de 90% des sujets rejetés en raison de critères d'inclusion non rencontrés présentaient un déficit cognitif. Ces études ont donc exclu tous les patients présentant une perte d'autonomie cognitive modérée à importante et chez qui on a le plus de difficulté à effectuer des soins à cause d'un manque de coopération. On peut donc supposer que les soins d'hygiène quotidiens, l'utilisation des services dentaires a été moindre que pour la population sous-étude. Une étude américaine a démontré qu'une population âgée de 65 ans et plus souffrant de démence avait un taux de caries coronaires et radiculaires respectivement de 3 et 7 fois plus élevé que celle d'une population autonome comparable (Jones *et al.*, 1993).

On peut donc conclure que la situation est encore plus dramatique qu'elle apparaît et que plusieurs de nos aînés ont un état de santé buccodentaire misérable. La présence d'implant dentaire (.5-1 %) et de prothèse dentaire fixe (ponts et couronnes 7.2-12 %) est faible présentement, mais dans quelques années deviendra couramment rencontrée chez nos aînés en perte d'autonomie étant utilisés abondamment pour restaurer les bouches des jeunes retraités. Ces travaux complexes nécessitent une hygiène dentaire impeccable et un entretien professionnel fréquent et résistent mal aux négligences de suivis. Ces traitements sont coûteux et difficiles à réparer. Il faudra donc placer cet élément dans la balance lors des prévisions d'effectifs et de modélisation de soins et services dentaires aux aînés en perte d'autonomie.



L'utilisation des services dentaires et la difficulté d'accès aux soins et services

Le recours aux services dentaires dépend de deux paramètres, dont l'un est lié à la demande de soins et l'autre relié à l'offre. L'étude de Corbeil a démontré que la date des derniers soins dentaires s'est améliorée mais reste encore inacceptable à 9.6 ans. Plus de 50% des aînés n'ont pas eu recours à aucun service dentaire depuis plus de 5 ans. On ne peut que constater par l'expérience vécue de chacun, que ce passage du temps entraîne infailliblement des altérations de santé buccodentaire significatives : dents cassées, caries dentaires, abcès dentaires et parodontaux pour n'en nommer que quelques unes.

On peut encore indiquer les limites de l'étude de Corbeil qui surestime l'utilisation des services dentaires de cette population par la sélection d'une population plus coopérative et plus en santé que celle qui se retrouve généralement en CHSLD et en soutien à domicile. On peut donc conclure que le portrait est encore une fois plus sombre qu'il est décrit par les études sur le sujet. On mentionne que seulement 17.4% des aînés en CHSLD voient un professionnel des soins dentaires régulièrement alors que 50 à 60% de la population générale le font. Environ 34% des aînés en CHSLD ayant été questionnés lors de l'étude auraient aimé consulter un professionnel des soins dentaires.

On remarque donc un écart important, de près du double entre l'offre de services effective et le désir de recevoir des soins. On peut aussi faire un parallèle entre la proportion d'aînés éprouvant des ennuis et des douleurs (30-40 %) et le désir de recevoir des soins dentaires (34%-40%). On doit donc se demander, si l'offre de soins est suffisante pour pouvoir combler cette différence entre l'offre et la demande. La principale raison liée à la volonté du patient entourant la non-utilisation des services dentaires semble être le manque de besoin ressenti dans environ 90% des cas en CHSLD. Il faut se rappeler du haut taux de problèmes cognitifs et de santé générale en CHSLD et dans une moindre proportion en soutien à domicile qui distrait les aînés de l'attention qu'ils doivent porter à leur bouche. Ils expriment les besoins présents que lors d'apparition de douleurs, d'ennuis et d'inconfort, pouvant limiter leur alimentation. Le personnel infirmier, les préposées aux bénéficiaires demanderont une consultation au professionnel dentaire dans un contexte où la douleur et l'ennui s'exprimera par un refus d'alimentation, de l'hygiène buccale quotidienne ou lors de l'enflure du visage. Il n'est pas facile de trouver un professionnel qui viendra sur les lieux pour évaluer la situation. On tolère donc des situations inacceptables en raison de la difficulté de déplacement du patient ou même de son impossibilité compte-tenu du ratio risque/bénéfice. Il faut aussi se demander si le fait de devoir obtenir dans la majorité des cas des services dentaires à l'extérieur des centres d'hébergement ou de son domicile n'en affecte pas l'utilisation. Dans la situation d'un aîné en perte d'autonomie cognitive, les impératifs reliés au déplacement entraînent souvent une anxiété qui se traduit par une augmentation de la confusion du patient qui cesse de coopérer aux soins. Pour l'aîné à domicile en perte d'autonomie qui doit se déplacer vers un lieu de soins, cela engendrera une situation qui demandera au proche aidant beaucoup d'effort, tant pour la planification de la visite au cabinet que le jour du rendez-vous, ce qui finira souvent par l'abandon des soins dentaires de suivi pour ne faire face qu'aux urgences dentaires. Il n'est souvent pas facile de trouver un professionnel qui acceptera de traiter un patient en déficit cognitif. Cependant, il faut se questionner sur la possibilité actuelle d'augmenter l'offre dans le contexte actuel.

Une enquête menée par mon équipe indique que moins de la moitié des dentistes en pratique privée ont une rampe d'accès pour leur clinique, que lorsque située à l'étage seulement 39 % ont un ascenseur et seulement 2.5 % ont un appareillage pour transférer en toute sécurité les patients de leur chaise roulante à la chaise dentaire. On sait aussi que ces patients demandent beaucoup plus de temps de traitement pour une même procédure qu'un patient sans perte d'autonomie. On sait aussi que les patients en déficits cognitifs ou encore en grande perte d'autonomie physique peuvent le jour du traitement être dans un état ne permettant pas la venue au cabinet et occasionné au dentiste des manques à gagner liés au rendez-vous manqué ou annulé à la dernière minute. On peut donc se demander pour un même tarif l'intérêt du dentiste à contribuer dans un marché où les patients sont en abondance, compte-tenu de l'addition insuffisante de main d'œuvre à la profession pour combler les besoins de la population générale. Il semble donc que les cabinets dentaires privés ne sont pas préparés pour recevoir nos aînés en perte d'autonomie.

Pour ce qui est de la possibilité d'utiliser les soins dentaires publics, il faut premièrement regarder le nombre actuel de cliniques dentaires présentes en CHSLD, et le nombre de professionnels de la santé dentaire oeuvrant dans ces enceintes. Un recensement effectué par mon équipe des cliniques dentaires publiques indiquait que seulement 23 (soit 9 %) des CHSLD avaient une clinique dentaire présente dans ses murs. Cette situation est encore plus dramatique dans les centres d'hébergement privés où seulement 3 (soit 0.5 %) de celles-ci ont une clinique dentaire.

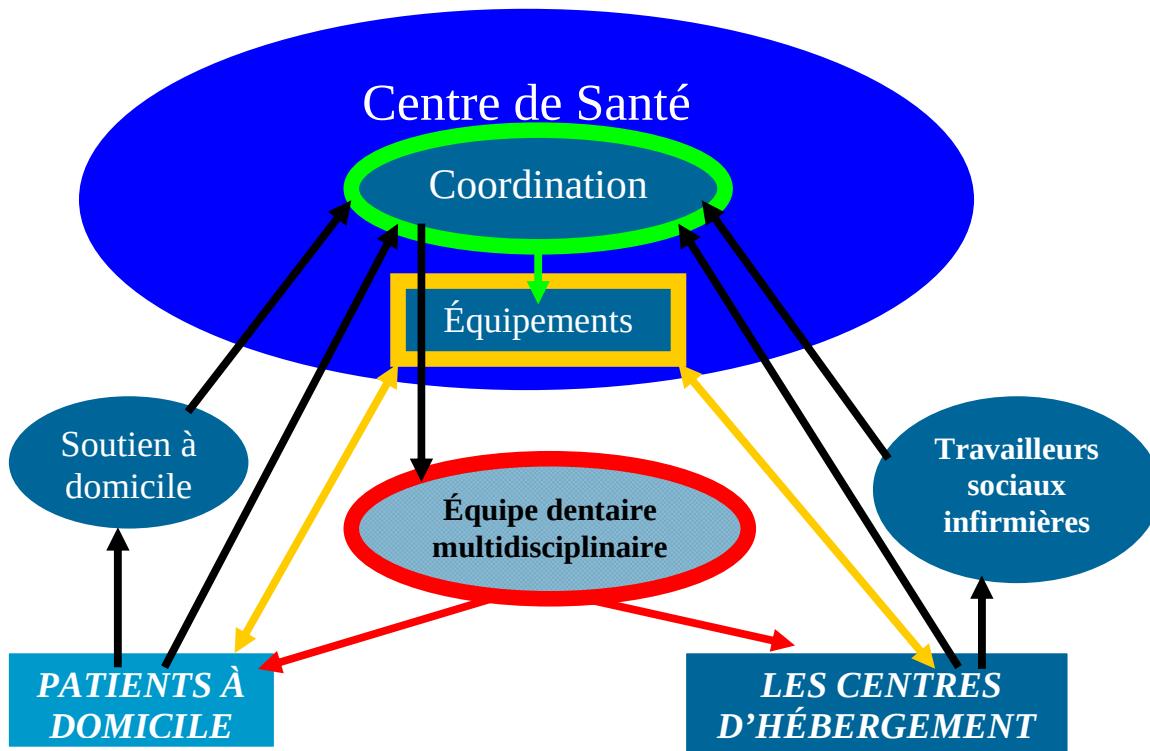
Présentement entre 50 et 70 dentistes au Québec voient des patients en perte d'autonomie en œuvrant au sein de CHSLD ou de centres hospitaliers. Ceux-ci pratiquaient en moyenne une journée par semaine, ce qui est insuffisant pour faire face à la demande croissante de clientèle. Il serait donc très difficile dans le contexte actuel sans modifier le modèle de prestation de soins, d'augmenter rapidement les soins et services dentaires dans les CHSLD en raison du manque d'effectif intéressé et d'équipements dentaires autant mobiles que fixes dans ces milieux de soins. Il existe quelques initiatives non standardisées de prestation de soins avec des équipements dentaires portatifs au Québec.

Recommandations

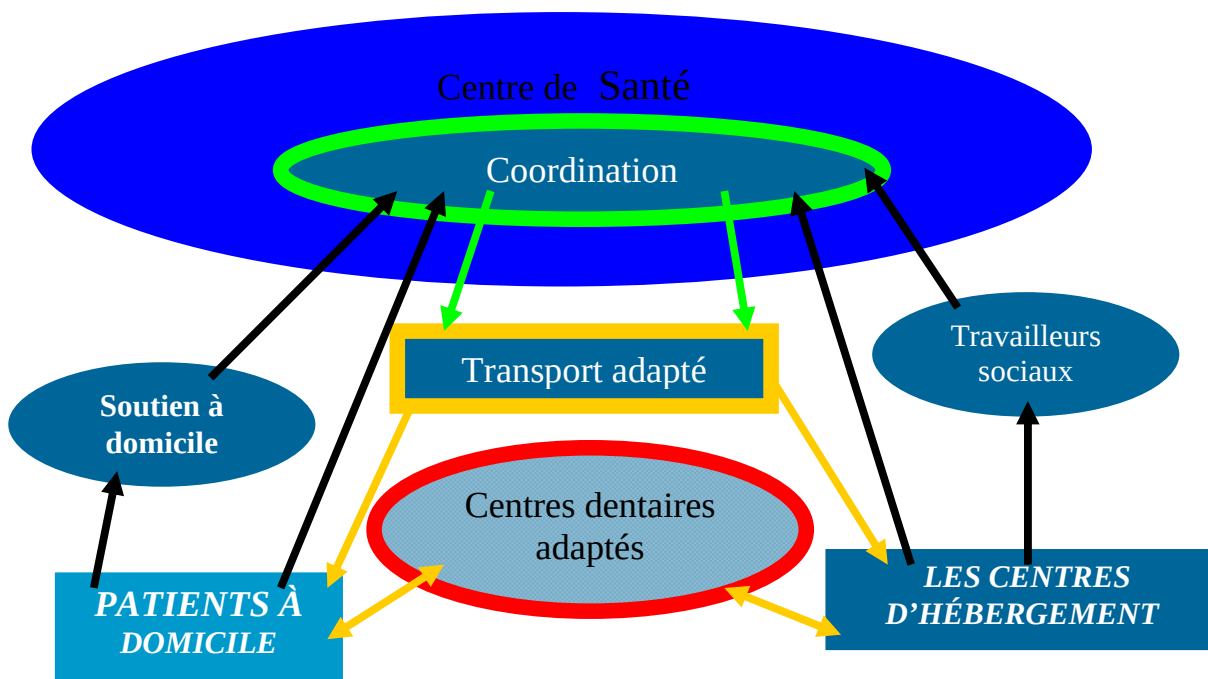
1. Une piste de solution : Le modèle Accès-cible

Un changement de pratique doit être amorcé où le professionnel de la santé dentaire, à l'aide d'équipement mobile, se rendra au chevet du patient en perte d'autonomie pour lui prodiguer la majorité des soins dentaires de base. Pour les cas plus difficiles, plus lourds, pour des raisons médicales ou de manque de coopérations on transportera vers un centre dentaire adapté situé dans une institution publique (CHSLD, Centre Hospitalier, CLSC) sur le territoire du centre de santé. Ces cliniques auront certaines caractéristiques permettant le traitement des aînés en perte d'autonomie notamment des appareillages de transfert sur rail au plafond, des salles de plus grandes dimensions et des possibilités d'accès à de la sédation intraveineuse. Cette initiative devra être publique et sera basée dans les 95 centres de santé du Québec afin qu'ils s'intègrent au système de santé actuel et soit standardisé sur le territoire québécois. En effet, tous les services d'hébergement publics ou privés conventionnés, de même que les services de soutien à domicile sont offerts à travers la structure des centres de santé. Dans ce modèle, toute l'infrastructure de soins dentaires spécialisés aux personnes en perte d'autonomie devient publique. La coordination des services s'effectue à travers le guichet unique du centre de santé permettant de centraliser en un seul point les demandes des patients du territoire, ouvrant la porte aux besoins des centres d'hébergement privés, publics et des aînés en perte d'autonomie à domicile. Une assistante dentaire ou une hygiéniste dentaire serait engagée par le centre de santé pour faire le lien entre le professionnel dentaire et le client en organisant la rencontre du traitant avec le bénéficiaire des soins spécialisés. Elle préparera l'équipement portatif et s'assurera de sa stérilisation, de l'organisation de son transport et de son retour. Pour les cas plus complexes nécessitant le déplacement vers le centre dentaire adapté, elle organisera le transport du patient de son lieu de résidence jusqu'au centre où il sera pris en charge. L'employé désigné gèrera aussi l'horaire d'utilisation de la clinique adaptée et pourra permettre à un dentiste de pratique privée qui ne fait pas partie de l'équipe dentaire membre du CMDP du centre de santé de venir y traiter sans frais ses clients en perte d'autonomie du territoire. La rémunération du professionnel devra être bonifiée pour tenir compte de la rareté de la main d'œuvre spécialisée, de la difficulté de la clientèle, du déplacement et de la baisse de productivité liée à la baisse d'efficacité des équipements portatifs. Une partie de cette augmentation devrait être absorbée par le gouvernement à travers une prime à la lourdeur médicale du patient provenant d'une enveloppe indépendante de l'enveloppe monétaire dentaire actuelle. Pour stimuler l'intérêt du professionnel, les équipements dentaires portatifs seraient aussi publics, préparés pour être prêts à l'utilisation et transportés sur les lieux de traitement. Le retour des équipements au centre serait à la charge du gouvernement autant pour les membres du CMDP que pour les professionnels en cabinet privé basés sur le territoire. Dans ce système, le professionnel en cabinet reste un travailleur autonome qui facture son travail au patient à l'acte et il reçoit en surplus une prime incitative à la lourdeur médicale du gouvernement.

Le modèle Accès-Cible Mobile



Le modèle Accès-cible Transport



2. Augmentation de la formation de tous les intervenants du milieu et du transfert des connaissances sur la santé buccodentaire vers les milieux de soins et de vie.

En lien avec sa mission, le Centre d'excellence pourrait, en partenariat avec le MSSS et d'autres organismes gouvernementaux, développer des formations traditionnelles en utilisant les nouvelles technologies pour rendre les connaissances sur la santé buccodentaire disponibles aux milieux de soins.

3. Augmenter les efforts de promotion et de prévention de la santé buccodentaire des aînés

Le Centre d'excellence pourrait évaluer des modes de prévention alternatifs au brossage de nature chimiothérapeutique tels que les applications de fluor, l'utilisation de probiotiques dans le contrôle de la carie dentaire. Il pourra aussi évaluer la mise en place de méthodes traditionnelles de prévention telle que le brossage des dents. La santé dentaire publique devrait être impliquée dans tous les processus permettant de déterminer des méthodes efficaces de prévention pour ensuite, à travers son réseau, diffuser l'information sur les bonnes pratiques préventives à adopter.

Bibliographie

Brodeur, J.-M., Simard P., Kandelman D. (1982). "Étude sur la santé bucco-dentaire des personnes de 65 ans et plus : rapport." Montréal, Université de Montréal.

Brodeur, J-M., Benigeri M., Olivier M., Payette M. (1996) " Édentation complète et réhabilitation prothétique au Québec". J Dent Que 23 :183-189.

Corbeil P., Harpin S., Lévesque D., Brodeur J-M., (2006) "Étude exploratoire de la santé buccodentaire des personnes âgées en Montérégie" Agence de la Santé et des services sociaux de la Montérégie.

Jones, J. A., Lavallée N., Alman J. Sinclair C, Garcia R.I. (1993). "Caries incidence in patients with dementia." Gerodontology 10(2): 76-82.

Tardif, I. (2006) "Étude d'observation des pratiques de soins buccodentaire en centre d'hébergement de longue durée." Mémoire de maîtrise, Université Laval.

1. Femme âgée de 48 ans, qui est atteinte de sclérose en plaques, qui a des mouvements des bras qu'elle ne contrôle pas. Elle est en fauteuil roulant, elle ne peut plus marcher faute d'équilibre. Elle a besoin d'aide pour le brossage de ses dents. Elle est en CHSLD depuis environ 2ans. Elle avait l'habitude de brosser ses dents 2 fois/jour quand elle était chez elle et plus autonome. Présentement, elle a de grandes difficultés à effectuer ses soins d'hygiène dentaire quotidiens seule. Pour ce faire, on doit l'assister en mettant le dentifrice sur la brosse et en guidant celle-ci dans la bouche. Elle est consciente que sa bouche n'est pas en bon état, qu'elle a mauvaise haleine. Mais ne peut accéder facilement aux soins professionnels, car elle ne peut se déplacer facilement. Elle est de plus incapable d'assurer seule son hygiène buccodentaire.

(3 photos)





2. Cette femme est atteinte de la maladie d'Alzheimer, elle vit en CHSLD depuis 1 an. Depuis quelques jours, elle refuse de manger des aliments durs. Elle est devenue agressive, elle crie et refuse de mettre son dentier du haut. Elle a les dents du bas mobiles, dû à une parodontite avancée. (2 photos)



3. Cette femme est atteinte d'arthrite rhumatoïde, elle a de la difficulté à se déplacer. Elle n'est plus capable de saisir sa brosse à dents et de brosser ses dents seule. Elle ne socialise plus avec les autres résidents, elle évite de parler ou discuter parce qu'elle est consciente de sa mauvaise haleine. Elle a des difficultés à se déplacer et elle ne peut résoudre ce problème seule. (2 photos)



4. Ce monsieur a eu un détartrage chez le dentiste le 8 mai 2013. Il est atteint de la maladie de Parkinson, il vit en CHSLD. Il n'est plus capable de brosser ses dents seul vu ses problèmes cognitifs et moteurs liés à sa maladie dégénérative. (3 photos)



Il a été mis à l'horaire pour restaurer des caries un mois plus tard. Il a une brosse à dents électrique dans sa salle de bain. Voici sa condition lors de sa visite de restauration de ses dents.





5. Mme Paradis a mal à la bouche, elle n'est pas capable de manger. Elle a très mal depuis quelques jours, surtout quand elle mange des aliments acides. (3 photos)





6. Homme en milieu hospitalier consultant pour douleur sous sa prothèse et non pour ses dents naturelles (2 photos)



7. Femme à domicile ne pouvant sortir de chez elle depuis environ 10 ans. Elle consultait le dentiste pour des examens et des nettoyages tous les 3 mois avant son confinement à domicile. La raison donnée pour une visite du dentiste est douleur provoquée par la mastication. (2 photos)



Ce formulaire fait partie de l’Outil d’évaluation Multiclientèle
et il est protégé par le copyright inscrit sur la première page.

Seul le ministère de la Santé et des Services sociaux
peut modifier ce formulaire
dans le cadre des dispositions prévues
aux ententes signées avec les auteurs.

Nom	Chambre	Date

V

AUTONOMIE

T

AVEC DIFFICULTÉ

B

SURVEILLANCE OU STIMULATION

J

AIDE

R

DÉPENDANT

Critères détaillés au verso

V

T

B

J

R

V : Vert T : Turquoise B : Bleu J : Jaune R : Rouge

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Lever :

Tourner :

Coucher :

• Jaquette d'hôpital

personnelle

• Enlever prothèse(s) dentaire(s)

☐

☐

☐

Autres :

1. SE NOURRIR

a)  ☐

b)  ☐

c)  ☐

d)  ☐

Plat par plat ☐

2. SE LAVER

a) Cheveux : _____

b) Ongles : _____

c) Crème : _____

d)

☐ Lit

☐ Douche

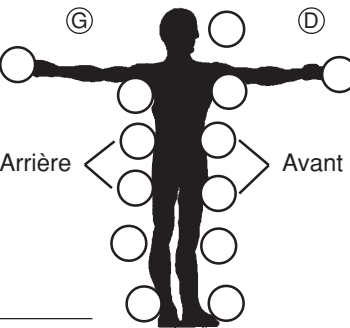
☐ Lavabo

☐ Bain tourbillon

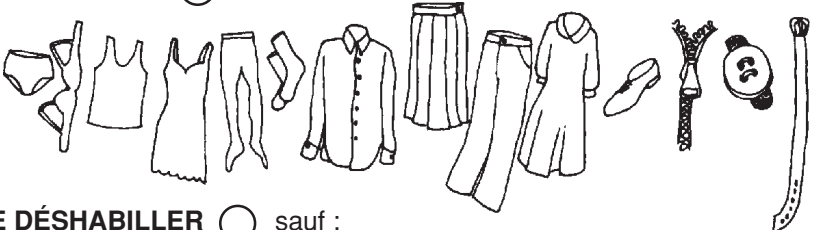
☐ Bain

☐ Surveillance

e) Calendrier : _____ Mini-hygiène : _____ T. part. : _____ Bain : _____



3. S'HABILLER ☐ sauf :



a) Linge souillé : _____

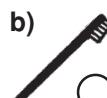
b) Changement des vêtements : D L Ma Me J V S

c) Entretien des vêtements : _____

SE DÉSHABILLER ☐ sauf :

4. ENTRETIEN

a)  ☐

b)  ☐

c)  ☐

d)  ☐

e)

Dents naturelles ☐

Prothèse supérieure ☐

Prothèse inférieure ☐

Mettre ☐

Enlever ☐

f) Rince-bouche ☐

Tige-éponge ☐

5. CONTINENCE VÉSICALE ☐

Produits d'incontinence

J ☐ _____

S ☐ _____

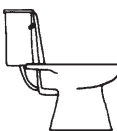
N ☐ _____

6. CONTINENCE FÉCALE ☐

S ☐ _____

N ☐ _____

7. UTILISATION



Toilette ☐

Bassine ☐

Urinal ☐

Ch. aisance ☐

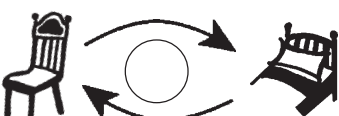
Culotte filet J ☐ S ☐ N ☐

Autres : _____ J ☐ S ☐ N ☐

Gilet d'incontinence ☐ Stomie ☐ Sonde ☐

B. MOBILITÉ

1. Transferts



Programme de marche ☐

2. Marcher

☐ Chambre

☐ Unité

☐ Établissement

☐ Extérieur

 ☐

 ☐

 ☐

3. Prothèse ou orthèse

N/A ☐

 ☐

4. Déplacement

N/A ☐



☐ Chambre

☐ Unité

☐ Établissement

☐ Extérieur



5. Utilisation

 ☐

Ascenseur ☐

Sécurité

• Ceinture FR/FG ☐

• Ceinture F ☐

• Gilet de sécurité ☐

• Ceinture magnétique (Ségufix) ☐

• Bracelet anti-fugue ☐

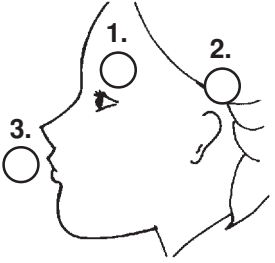
• Ridelles 1. J ☐ S ☐ N ☐

2. J ☐ S ☐ N ☐

• Autres : _____

C. COMMUNICATION

Langue parlée : _____



1. ☐

2. ☐

3. ☐





D ☐ Mettre ☐

G ☐ Enlever ☐

Mettre ☐

Enlever ☐

D. FONCTIONS MENTALES

1.  ☐

2.  ☐

3.  ☐

4.  ☐

5.  ☐

☐ Soi

☐ Autrui

☐ Fugue

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. Entretenir la maison

 ☐

2. Repas

 ☐

3. Courses

 ☐

Livraison ☐

4. Lessive

 ☐

5. Téléphone

 ☐

6. Moyen de transport



Automobile ☐

Véhicule adapté ☐

Taxi ☐

Autobus ☐

Transport adapté ☐

Ambulance ☐

7. Médicaments

 ☐

Alvéole/dispill ☐

Pilulier ☐

8. Budget

 ☐

PARTICULARITÉS :

Tablier de fumeur ☐

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) : Copyright © Hébert, Carrier, Bilodeau, 1983, CEGG Inc. Révisé en 2002. Tous droits réservés.
Le SMAF a été conçu grâce à l'appui du Conseil québécois de la recherche sociale et du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.
Les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval ont contribué à cette version révisée.
Reproduit par le MSSS avec l'autorisation du Centre d'expertise en gériatrie et gériatrie (CEGG) Inc..

Ministère de la Santé et des Services sociaux

L'affichage de ce tableau nécessite l'autorisation de l'utilisateur ou de son représentant légal.

AS-755 (2003-05)

CRITÈRES À RETENIR POUR L'ÉVALUATION DES USAGERS

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Lever

Inscrire les éléments d'interventions relatifs au lever

Tourner

Inscrire les particularités lors des tournées

Coucher

Cocher le vêtement de nuit approprié

Cocher si le personnel doit enlever les prothèses dentaires

Autres – Inscrire les éléments d'intervention relatifs au coucher

1. SE NOURRIR

a) S'alimenter

- Ⓥ Se nourrit seul
- Ⓣ Se nourrit seul avec difficulté
- Ⓑ Se nourrit seul mais requiert stimulation ou surveillance
- ⓙ Participe activement mais requiert aide partielle pour une partie de l'activité
- Ⓡ Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie

b) Ouvrir les contenants

- Ⓥ Peut ouvrir seul tous ses contenants
- Ⓣ Peut ouvrir seul tous ses contenants mais avec difficulté
- Ⓑ Peut ouvrir seul tous ses contenants mais requiert stimulation ou surveillance
- ⓙ Requiert une aide pour ouvrir certains contenants
- Ⓡ Devons ouvrir tous ses contenants

c) Couper

- Ⓥ Peut couper seul tous ses aliments
- Ⓣ Peut couper seul tous ses aliments mais avec difficulté
- Ⓑ Peut couper seul tous ses aliments mais requiert stimulation ou surveillance
- ⓙ Requiert une aide pour couper ses aliments
- Ⓡ Devons couper tous ses aliments ou les mettre en purée

d) Beurrer

- Ⓥ Peut beurrer seul tous ses aliments
- Ⓣ Peut beurrer seul tous ses aliments mais avec difficulté
- Ⓑ Peut beurrer seul tous ses aliments mais requiert stimulation ou surveillance
- ⓙ
- Ⓡ Devons beurrer ses aliments

Plat par plat : cocher si on doit présenter les plats un à un

2. SE LAVER

Pour chacune des parties du corps

- Ⓥ Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche)
- Ⓣ Se lave seul mais avec difficulté
- Ⓑ Se lave seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou qu'on lui prépare le nécessaire
- ⓙ A besoin d'aide pour se laver mais participe activement
- Ⓡ Nécessite d'être lavé par une autre personne

Cocher et inscrire

- a) Cheveux** : qui assure les soins (résident, personnel, coiffeuse) si le résident nécessite un shampoing traitant
- b) Ongles** : qui assure les soins
- c) Crème** : le nom de la crème à appliquer quotidiennement et l'endroit d'application
- d) Les endroits** : où se donnent les soins d'hygiène
 - Cocher selon l'endroit où se fera la toilette complète
 - Cocher pour les résidents autonomes si une surveillance est requise
- e) Calendrier** : inscrire la journée selon le type de soins d'hygiène
 - Mini-hygiène (figure/fesse)
 - T.Part. (toilette partielle i.e. tout sauf les membres inférieurs et le dos)
 - Bain (toilette complète)

Abréviation des journées : L, Ma, Me, J, V, S, D

3. S'HABILLER (toutes saisons)

En général

- Ⓥ S'habille seul
- Ⓣ S'habille seul mais avec difficulté
- Ⓑ S'habille seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements
- ⓙ Nécessite de l'aide pour s'habiller mais participe activement
- Ⓡ Doit être habillé par une autre personne

Codifier la partie *supérieure* du ou des vêtements ne correspondant pas à la généralité selon

- Ⓥ Seul
- Ⓣ Avec difficulté
- Ⓑ Surveillance, stimulation
- ⓙ Aide partielle
- Ⓡ Aide totale

SE DÉSHABILLER (toutes saisons)

En général

- Ⓥ Se déshabille seul
- Ⓣ Se déshabille seul mais avec difficulté
- Ⓑ Se déshabille seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire OU que l'on range son linge
- ⓙ Nécessite de l'aide pour se déshabiller mais participe activement
- Ⓡ Doit être déshabillé par une autre personne

Codifier la partie *inférieure* du ou des vêtements ne correspondant pas à la généralité selon

- Ⓥ Seul
- Ⓣ Avec difficulté
- Ⓑ Surveillance, stimulation
- ⓙ Aide partielle
- Ⓡ Aide totale

Inscrire

- a)** L'endroit où est remis le linge souillé
- b)** S'il y a lieu, la soirée du changement des vêtements
- c)** La personne qui voit à l'entretien des vêtements

4. ENTRETIEN

- a)** Se raser avec son rasoir électrique
- b)** Se brosser les dents, entretenir ses prothèses dentaires
- c)** Se peigner
- d)** Se maquiller
- e)** Mettre et enlever ses prothèses dentaires
- f)** S'il y a lieu, utiliser le rince-bouche

Pour *chacune* de ces activités

- Ⓥ Entretient sa personne seul
- Ⓣ Entretient sa personne seul mais avec difficulté
- Ⓑ A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance OU qu'on lui prépare le nécessaire
- ⓙ A besoin d'aide pour entretenir sa personne
- Ⓡ Ne participe pas à l'entretien de sa personne

Cocher si la personne possède

- ✓ Des dents naturelles
- ✓ Une prothèse supérieure
- ✓ Une prothèse inférieure

Cocher s'il a lieu

- ✓ Tige-éponge

5. CONTINENCE VÉSICALE

- Ⓥ Miction normale
- Ⓑ Incontinence urinaire occasionnelle OU en goutte à goutte OU sonde à demeure dont il peut s'occuper seul OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences
- ⓙ Incontinence urinaire fréquente
- Ⓡ Incontinence urinaire totale ou habituelle OU porte une culotte d'incontinence OU nécessite une aide quotidienne pour sa sonde à demeure

6. CONTINENCE FÉCALE

- Ⓥ Défécation normale
- Ⓑ Incontinence fécale occasionnelle OU stomie dont il peut s'occuper seul OU nécessite un lavement évacuant périodique
- ⓙ Incontinence fécale fréquente OU lavement évacuant régulier
- Ⓡ Incontinence fécale totale OU nécessite de l'aide quotidienne pour sa stomie

7. UTILISATION

- ✓ De la toilette
- ✓ De l'urinal
- ✓ De la baignine
- ✓ De la chaise d'aisance

Codifier selon l'usage

- Ⓥ L'utilise seul (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)
- Ⓣ Avec difficulté
- Ⓑ L'utilise seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance
- ⓙ A besoin de l'aide d'une autre personne pour l'utiliser
- Ⓡ Ne l'utilise pas

Utilisation des produits d'incontinence

jour (J), soir (S), nuit (N)

- ✓ Coussinet
- ✓ Serviette hygiénique
- ✓ Culotte d'incontinence
 - P (petit) M (moyen) G (grand)
- ✓ Culotte filet
- ✓ Autres :

Codifier selon l'usage et le moment de la journée

- Ⓥ L'utilise seul
- Ⓑ L'utilise seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance
- ⓙ A besoin de l'aide d'une autre personne pour l'utiliser
- Ⓡ Requiert une aide totale

Cocher s'il y a lieu

- ✓ Stomie
- ✓ Sonde
- ✓ Gilet d'incontinence

B. MOBILITÉ

1. TRANSFERTS

- (du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)
- Ⓥ Se lève, s'assoit et se couche seul
- Ⓣ Se lève, s'assoit et se couche seul mais avec difficulté
- Ⓑ Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements
- ⓙ A besoin de l'aide d'une personne pour se lever, s'asseoir et se coucher
- Ⓡ Grabataire (doit être levé et couché en bloc)

Cocher si le levier est nécessaire

L'intervenant inscrit les particularités relatives aux transferts et aux principes de déplacement de la personne

Programme de marche

Cocher si la personne est inscrite au programme de marche

L'intervenant inscrit les particularités relatives au programme de marche de l'utilisateur

2. MARCHER

Pour chacun des lieux, codifier selon,

- Ⓥ Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse ou marchette)
- Ⓣ Circule seul mais avec difficulté
- Ⓑ Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire
- ⓙ A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher
- Ⓡ Ne marche pas

Cocher si la personne possède

- ✓ Une canne
- ✓ Une marchette
- ✓ Un quadripode

3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE

- N/A Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse
- Ⓥ Installe seul sa prothèse ou son orthèse
- Ⓣ Avec difficulté
- Ⓑ
- ⓙ A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle
- Ⓡ La prothèse ou l'orthèse doit être installé par une autre personne

4. DÉPLACEMENT EN FAUTEUIL ROULANT (FR)

Pour chacun des lieux, codifier selon,

N/A N'a pas besoin de FR pour se déplacer

- Ⓥ Se déplace seul en FR
- Ⓣ Se déplace seul en FR mais avec difficulté
- Ⓑ
- ⓙ Nécessite qu'une personne pousse le FR
- Ⓡ Ne peut utiliser un FR (doit être transporté en civière)

5. UTILISATION DE L'ESCALIER ET UTILISATION DE L'ASCENSEUR

Codifier

- Ⓥ L'utilise seul
- Ⓣ L'utilise seul mais avec difficulté
- Ⓑ L'utilise seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU l'utilise de façon non sécuritaire

- ⓙ L'utilise avec l'aide d'une autre personne

- Ⓡ Ne l'utilise pas

Sécurité

Cocher s'il y a lieu

- ✓ Ceinture au fauteuil roulant (FR) – fauteuil gériatrique (FG)
- ✓ Ceinture pour tout autre fauteuil
- ✓ Gilet de sécurité
- ✓ Ceinture magnétique (Ségufix)
- ✓ Bracelet anti-fugue
- ✓ Ridelle(s) de lit montée(s)
 - 1 côté ✓ Jour ✓ Soir ✓ Nuit
 - 2 côtés ✓ Jour ✓ Soir ✓ Nuit
- ✓ Autres :

C. COMMUNICATION

Indiquer la langue parlée : _____

1. VOIR

Codifier

- Ⓥ Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs
- Ⓑ Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes
- ⓙ Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes
- Ⓡ Aveugle

2. ENTENDRE

Codifier

- Ⓥ Entend convenablement avec ou sans appareil auditif
- Ⓑ Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif
- ⓙ N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes
- Ⓡ Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer

Cocher s'il y a lieu

- ✓ Lunettes
- ✓ Appareil auditif
 - ✓ Oreille droite
 - ✓ Oreille gauche

Pour mettre et enlever lunettes ou appareil auditif

Codifier

- Ⓥ Seul
- Ⓑ Surveillance, stimulation
- ⓙ Aide partielle
- Ⓡ Aide totale

3. PARLER

- Ⓥ Parle normalement
- Ⓑ A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée
- ⓙ A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires ou répondre à des questions simples (oui, non) OU utilise le langage gestuel
- Ⓡ Ne communique pas

D. FONCTIONS MENTALES

1. MÉMOIRE

- Ⓥ Mémoire normale
- Ⓑ Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants
- ⓙ Oublie régulièrement des choses de la vie courante, (avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs)
- Ⓡ Amnésie quasi totale

2. ORIENTATION

- Ⓥ Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
- Ⓑ Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes
- ⓙ Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée), le petit espace (l'environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières
- Ⓡ Désorientation complète

3. COMPRÉHENSION

- Ⓥ Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande
- Ⓑ Est lent à saisir des explications ou des demandes
- ⓙ Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées OU est incapable de faire des apprentissages
- Ⓡ Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui

4. JUGEMENT

- Ⓥ Évalue les situations et prend des décisions sensées
- Ⓑ Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées
- ⓙ Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère
- Ⓡ N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place

5. COMPORTEMENT

- Ⓥ Comportement adéquat
- Ⓑ Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation
- ⓙ Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)
- Ⓡ Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver

Cocher s'il y a lieu

- ✓ Soi ✓ Autrui ✓ Fugue

PARTICULIERS

Indiquer ici toutes autres informations complémentaires pertinentes
Cocher s'il y a lieu
✓ Tablier de fumeur

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. ENTRETENIR LA MAISON

- Ⓥ Entretient seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)
- Ⓣ Entretient seul la maison mais avec difficulté
- Ⓑ Entretient la maison (incluant laver la vaisselle) mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU a besoin d'aide pour des travaux occasionnels (laver les planchers, doubles fenêtres, peinture, gazon, déneigement, etc.)
- ⓙ A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison
- Ⓡ N'entretient pas la maison

2. PRÉPARER LES REPAS

- Ⓥ Prépare seul ses repas
- Ⓣ Prépare seul ses repas mais avec difficulté
- Ⓑ Prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable
- ⓙ Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés (incluant la manutention des plats)
- Ⓡ Ne prépare pas ses repas

3. FAIRE LES COURSES

- Ⓥ Planifie et fait seul ses courses (nourriture, vêtements, etc.)
- Ⓣ Planifie et fait seul ses courses mais avec difficulté
- Ⓑ Planifie et fait seul ses courses mais nécessite qu'on lui livre
- ⓙ A besoin d'aide pour planifier ou faire ses courses
- Ⓡ Ne fait pas ses courses

4. FAIRE LA LESSIVE

- Ⓥ Fait toute la lessive seule
- Ⓣ Fait toute la lessive seule mais avec difficulté
- Ⓑ Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable
- ⓙ A besoin d'aide pour faire la lessive
- Ⓡ Ne fait pas la lessive

5. UTILISER LE TÉLÉPHONE

- Ⓥ Se sert seul du téléphone (incluant la recherche d'un numéro dans le bottin)
- Ⓣ Se sert seul du téléphone mais avec difficulté
- Ⓑ Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence
- ⓙ Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur
- Ⓡ Ne se sert pas du téléphone

6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT

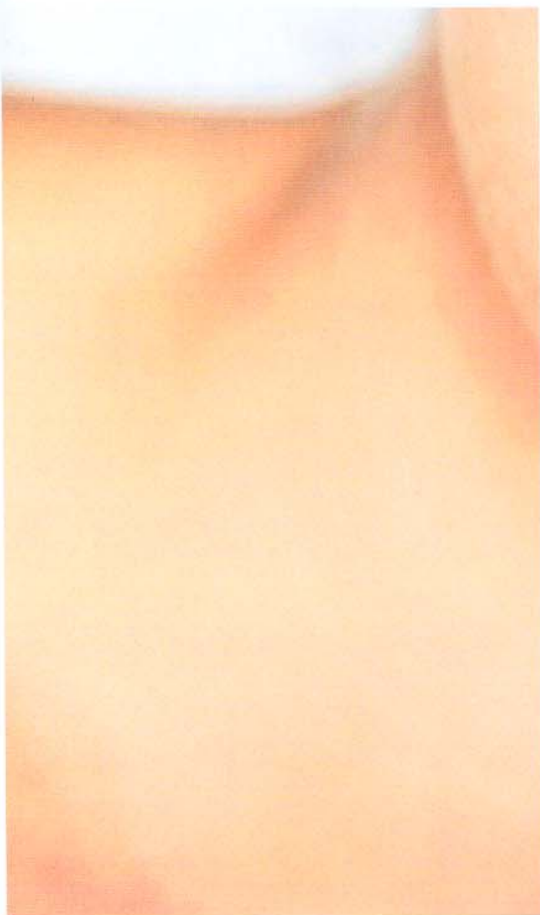
- Ⓥ Utilise seul un moyen de transport (automobile, véhicule adapté, taxi, autobus, etc.)
- Ⓣ Utilise seul un moyen de transport mais avec difficulté
- Ⓑ Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport OU utilise seul le transport adapté
- ⓙ N'utilise que l'automobile ou le transport adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre
- Ⓡ Doit être transporté sur civière

7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS

- Ⓥ Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament
- Ⓣ Prend seul ses médicaments de façon adéquate mais avec difficulté
- Ⓑ A besoin de surveillance (incluant la surveillance à distance) pour prendre convenablement ses médicaments OU utilise un pilulier hebdomadaire (préparé par une autre personne)
- ⓙ Prend ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement
- Ⓡ On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun

8. GÉRER SON BUDGET

- Ⓥ Gère seul son budget (incluant gestion bancaire)
- Ⓣ Gère seul son budget mais avec difficulté
- Ⓑ A besoin d'aide pour effectuer certaines transactions complexes
- ⓙ A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples (encaisser un chèque, payer des comptes) mais utilise à bon escient l'argent de poche qu'on lui remet
- Ⓡ Ne gère pas son budget



Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Mémoire déposé par
l'Ordre des dentistes du Québec.

Le 7 septembre 2007

Publication de

Ordre des dentistes du Québec
625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2
Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-5673
Courriel : pres@odq.qc.ca
Site Web : www.odq.qc.ca

Production

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

L'état de la santé dentaire de la population du Québec	1
La santé dentaire et son intégration dans la « santé » : un objectif à poursuivre	2
L'état de la santé dentaire des personnes âgées	2
Les difficultés d'accès aux soins dentaires	3
Dans l'anticipation des besoins futurs	4
Les prestataires des services dentaires au Québec	5
Les institutions et les membres de la profession engagés sur la voie désignée des soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie	6
Les services dentaires aux aînés dans les centres d'hébergement et la participation des dentistes	7
Les faits saillants de l'étude des HEC sur les services dentaires aux personnes en perte d'autonomie	7
Les améliorations à apporter dans le cadre de la juridiction de l'Ordre des dentistes du Québec	8
La révision de certains règlements	8
La place des soins dentaires « hors clinique » dans la formation continue	9
La vigilance constante envers la promotion de la santé dentaire	9
Recommandations	10
Documents consultés	11

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

L'Ordre des dentistes du Québec (Ordre), l'organisme qui représente officiellement les professionnels responsables des soins dentaires offerts à la population du Québec, présente une mise au point sur l'état de la santé dentaire des personnes âgées et les services qui leur sont rendus ainsi que son avis sur les mesures à considérer pour améliorer les conditions actuelles.

En matière de services de santé, la principale préoccupation des gestionnaires est de s'assurer que les services dont ils ont la commande soient disponibles à la population sans distinction. Face à leur demande en constante croissance, les services intégrés au système de santé actuel doivent être adaptés aux nouvelles exigences à l'aide des moyens pourvus par l'État. Ceux qui ne relèvent pas entièrement de ce système devront apporter les modifications requises, cette fois, à la portée de leurs propres ressources. Cette situation est celle qui prévaut actuellement dans le domaine de la santé dentaire et elle comporte des inconvénients dont les conséquences affectent particulièrement les personnes âgées en perte d'autonomie.

La forte expansion de la population du troisième âge demande de revoir de façon systématique les conditions actuelles de la prestation des soins dentaires en usage jusqu'ici afin d'en corriger les lacunes. C'est à cette fin qu'un rappel de la situation présente observée chez les personnes âgées permettra de juger de l'envergure des directives et des efforts à mettre en action. Le présent mémoire s'attardera principalement aux cas des aînés qui peuvent difficilement utiliser les services disponibles des cliniques dentaires en raison d'incapacités physiques ou autres qui les retiennent à domicile et en résidence publique ou privée.

L'état de la santé dentaire de la population du Québec

La santé dentaire des Québécois depuis les années 1950 s'est modifiée au point que, de désastreuse qu'elle apparaissait selon les indices en usage, elle a pu atteindre aujourd'hui un niveau de satisfaction en accord avec les objectifs de l'OMS. Ces objectifs sont ceux qui s'appliquent principalement à l'état de la santé dentaire des enfants. C'est grâce à l'expansion de la profession dentaire, à la venue des hygiénistes dentaires, aux programmes de la RAMQ, aux progrès associés à la scolarisation, à une pratique plus généralisée des habitudes d'hygiène dentaire dès le jeune âge et à la fluoration de l'eau

(là où elle fut installée) que ces changements se sont opérés, mais il faut surtout noter que ce sont les plus jeunes qui en ont profité et l'éclat de leur sourire n'a pas d'écho chez ceux des générations précédentes qui n'ont pu en profiter. Quand on fait un relevé de la santé dentaire par tranches d'âge, on note que son état se détériore graduellement avec le nombre croissant des années dans les différents sous-groupes.

La santé dentaire et son intégration dans la « santé » : un objectif à poursuivre

Trop longtemps marginalisée par rapport aux autres secteurs de la santé, la santé dentaire a acquis une plus grande importance depuis que les récentes recherches ont mis en évidence leurs interrelations dans la cause et le développement de nombreuses maladies. L'accumulation de bactéries dans la plaque dentaire ou dans des foyers de parodontose et la pénétration qui s'ensuit dans la circulation sanguine peuvent causer des infections dont les conséquences extra-buccales sont des plus graves, comme les maladies cardio-vasculaires et pulmonaires. Des cas de pneumonie ont été rapportés en établissements de soins prolongés où les conditions buccales ont été mises en cause avec les dysphagies auxquelles elles s'associent. On a de plus confirmé que le diabète aggrave les conditions parodontales. Les personnes âgées, surtout si elles ont abusé de tabac et d'alcool, sont exposées au cancer buccopharyngien. Des problèmes de dénutrition sont reliés à des conditions de mastication défectueuses en raison de dents insuffisantes en nombre pour en assurer l'efficacité ainsi qu'à des prothèses mal ajustées qui causent de l'inconfort ou même de la douleur au point d'entraver le choix et la quantité d'aliments pour couvrir les besoins.

L'état de la santé dentaire des personnes âgées

Il faut bien le reconnaître, la situation de la santé buccodentaire est alarmante à la grandeur du continent, surtout si l'on s'arrête particulièrement aux personnes âgées en perte d'autonomie. Contrairement aux aînés qui sont assez alertes pour accéder aux cabinets des dentistes et y recevoir les soins requis comme les autres adultes, les personnes en perte d'autonomie, autant à domicile qu'en institutions, demandent une attention spéciale pour leur procurer les soins requis.

Une publication récente sur l'état de la santé dentaire des aînés au Québec révèle que très peu de changements se sont produits depuis ce que l'on avait observé en 1980 (1). L'examen de la bouche des résidents de CHSLD et de personnes en soutien à domicile des régions de la Montérégie, Montréal et Québec indique d'abord une légère diminution dans le taux d'édentation qui passe de 83 à 60 %. Chez ceux qui ont encore quelques dents (en moyenne une douzaine dont la moitié sont atteintes de carie), on note peu de

différence. Les porteurs de prothèses conservent les mêmes habitudes et supportent les mêmes ennuis qu'auparavant. Toutefois, les cas qui nécessitent des interventions pour répondre à des besoins urgents ne se présentent qu'à un faible taux (4 %), le même qu'en 1980, ce qui ne doit pas nécessairement laisser entendre que tous les autres cas étaient sans gravité, vu les aléas des services. Cette génération aura donc complètement échappé aux améliorations d'un milieu dont ont pu profiter leurs descendants.

Les difficultés d'accès aux soins dentaires

Deux situations sont à considérer en ce qui a trait aux difficultés d'accès aux soins dentaires : l'une concerne les personnes en demande de soins qui en l'occurrence sont des personnes âgées en perte d'autonomie, l'autre à l'organisation des services dentaires, celle des cliniques à l'usage des personnes alertes; l'espace à combler entre ces deux positions demande donc des interventions réfléchies. Le degré d'incapacité motrice est le facteur qui va rendre de plus en plus difficile la réduction de cet espace. On sait, par exemple, que les troubles cognitifs atteignent 8 % de la population du Québec mais qu'il s'en trouve plus de 50 % chez les résidents des CHSLD. De façon générale on observe aussi que d'autres types de troubles de santé peuvent distraire des personnes âgées de l'attention qu'elles doivent porter aux soins de leur bouche. On rapporte aussi qu'elles ont tendance à ne pas exprimer leurs besoins tant qu'elles ne ressentent pas de douleurs importantes ou qu'elles n'éprouvent pas de difficultés à s'alimenter, d'où l'absence d'interventions tant qu'elles n'en manifestent pas le besoin. Les mêmes remarques s'appliquent à la pratique de l'hygiène buccale qui trop souvent laisse à désirer. Les personnes en perte d'autonomie n'ont souvent plus la dextérité nécessaire pour prendre soin de leurs dents et n'en font même pas mention à leur entourage. À ceci s'ajoute le manque d'intérêt des préposés à leurs soins qui trop souvent encore n'interviennent pas pour les aider.

Des difficultés majeures peuvent donc s'introduire selon le degré d'incapacité motrice dont les personnes âgées sont affectées. Celles qui sont assez alertes pour se rendre à une clinique dentaire y trouveront les services requis mais celles qui sont en résidence devront attendre que les services leur parviennent, ce qui vient compliquer la démarche. On ne saurait trop insister sur les difficultés d'accès aux soins dentaires attribuables aux impératifs de la pratique dentaire en cours dans notre société. Le dentiste pour procurer adéquatement ses traitements exige d'être entouré de son personnel et d'avoir à sa portée un équipement de plus en plus élaboré. Tout obstacle au respect de ces conditions entraîne de sérieuses complications dans la prestation des services qu'on tente de surmonter mais à des coûts contraignants.

Un autre facteur d'influence négative pour intervenir dans l'accès aux soins : celui-là en est un d'ordre économique. Le coût des soins dentaires aux adultes, sauf exceptions, n'étant pas défrayé par le système des soins de santé du Québec reste à la charge du patient. S'il est participant à un régime d'assurance privée, ses déboursés en seront allégés, ce qui est à l'avantage de 70 % de la population du Québec. Les personnes âgées sont trop souvent moins favorisées, elles n'en profitent que dans la proportion de 29 % et les résidents en centres d'hébergement seulement à 5 %. On estime toutefois que dans les CHSLD, le facteur économique intervient peu souvent, soit dans 6 % des cas où les soins en demande n'ont pu être rendus. Au sujet des besoins non couverts, il est bon de rappeler que, hélas trop souvent, c'est par manque de perception à leur endroit s'ils ne le sont pas dans 90 % des cas.

Dans l'anticipation des besoins futurs

La venue des baby-boomers dans le groupe des aînés est en voie de transformer radicalement la situation. Ayant été exposés à des degrés variables mais parfois influents sur l'état de leur santé dentaire, ils en ont acquis un plus grand souci et, par là, ont retenu en bouche un plus grand nombre de dents, ce qui entraîne une augmentation de soins à leur procurer selon les normes en cours. Les prévisions d'ici vingt ans portent le nombre des aînés au double de ce qu'il est actuellement en maintenant une proportion sensiblement la même de personnes en perte d'autonomie. S'il est vrai que le nombre de jeunes aura diminué alors d'un important pourcentage (de 24 à 20 % de l'ensemble de la population), réduisant d'autant les besoins, ceux des aînés seront bien plus importants. L'augmentation des besoins en soins dentaires par individu a été estimée en tenant compte de l'accroissement du nombre de dents retenues (27 %), des effets de la scolarisation prolongée et de son influence sur les habitudes d'hygiène (6 %) avec le résultat que cette augmentation s'établit à 150 % au-delà de la situation de 2006, et ce, sans tenir compte des soins parodontaux intimement associés à la présence des dents, du remplacement des obturations qu'elles auront déjà reçues ainsi que des interventions liées aux implants dont le poids de la multiplication courante est encore imprévisible.

Ce rapide aperçu des conditions de la santé dentaire qui prévalent chez les aînés démontre la dimension et la complexité des moyens à prendre pour atteindre un objectif conforme aux normes établies. La profession dentaire consciente de sa mission envers la population du Québec demeure à la recherche de moyens de raccourcir et à la fois d'élargir les avenues pour couvrir les besoins réels des aînés et fournir les services qui leur sont dus. Un examen de ses engagements dans cette voie est à considérer en premier.

Les prestataires des services dentaires au Québec

La profession dentaire du Québec compte aujourd'hui dans son effectif 4 500 dentistes inscrits au tableau de l'Ordre. De ce nombre, un peu moins d'une centaine sont affectés à des fonctions qui les écartent d'un engagement substantiel dans la pratique dentaire au Québec (enseignement, administration, Forces armées, etc.). Environ 10 % des praticiens se distribuent à l'intérieur des huit spécialités, les 4 000 autres oeuvrent dans le bassin des généralistes. La profession dentaire au Québec se démarque par sa proportion en éléments féminins en voie d'atteindre très prochainement 40 % du total. La profession se répartit dans les régions du Québec à des taux influencés par le potentiel socio-économique prévalent. En général, dans les régions périphériques, le ratio dentiste/population se maintient près de 3,5 par 10 000 de population, alors que dans les grands centres urbains, Montréal et la Capitale nationale, il s'élève à 6,0 et 5,3 respectivement. Les régions avoisinant ces centres maintiennent des ratios de 4 à 5 dentistes par 10 000 de population. Même si ce ratio est considéré comme un indice d'évaluation assez grossier de l'accès aux soins dentaires, on reconnaît en général qu'un ratio de 5/10 000 correspond à une main-d'œuvre capable de couvrir les besoins courants.

La profession compte sur la relève que lui assurent les facultés dentaires des universités Laval, McGill et de Montréal dont le nombre de diplômés annuels est d'environ 150 ce qui, jusqu'à présent, a entretenu sa croissance à un rythme correspondant à l'augmentation de la demande des services de la population du Québec.

De plus en plus de dentistes se regroupent en équipes de travail où se retrouve un personnel d'auxiliaires qui appuient le dentiste dans ses fonctions professionnelles : les hygiénistes, les assistantes et les réceptionnistes. Les hygiénistes dentaires assument une large part de la prestation des soins préventifs à la clientèle. Ces professionnels en grande majorité sont du sexe féminin et leur nombre en totalité se situe près de celui des dentistes. Ils jouent aussi un rôle important au sein du personnel des CLSC comme attirés à la promotion de la santé dentaire. Les pratiques de groupe en plus de rentabiliser les investissements onéreux d'un cabinet bien organisé se prêtent à une plus grande ouverture aux soins à rendre à la clientèle, qu'il s'agisse d'urgences ou de rendez-vous en fin de semaine, (encore faut-il que les patients puissent s'y rendre). On estime à environ 1 500 la moyenne des patients traités par dentiste dans le cours d'une année, mais la proportion de ceux qui en traitent plus de 2 000 atteint 29 %. Les possibilités d'expansion de la clientèle avec l'effectif actuel demeurent encore très confortables (2).

Quand se pose la question de la disponibilité au plan individuel pour les traitements à procurer aux personnes en perte d'autonomie à domicile ou en résidence, on ne trouve que 2,5 % des répondants qui le font sur une base régulière, 25 % occasionnellement et 40 % préfèrent s'en abstenir. Cette dernière situation serait celle du professionnel qui s'adonne à la pratique privée soumise aux conditions d'un marché variable et dont la formation reçue l'oblige à rendre des services de la plus haute qualité en vue du maintien de la santé dentaire. Ce conditionnement est en voie de se modifier par l'insertion dans les programmes de formation d'éléments de responsabilisation pour familiariser les étudiants aux besoins des groupes de population en difficulté de soins à recevoir.

Les institutions et les membres de la profession engagés sur la voie désignée des soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie

L'Ordre reconnaît ici le mérite des initiatives prises pour faciliter un plus grand accès aux soins dentaires aux aînés en perte d'autonomie. À titre d'exemple, les facultés dentaires ont depuis déjà quelques années introduit dans leurs programmes des stages de services qui leur sont réservés. L'Université Laval inclut dans son programme de premier cycle des périodes de soins à leur rendre par les étudiants de quatrième année. La faculté a en plus innové en créant un programme de certificat en gérontologie où peuvent se perfectionner ses récents diplômés dans ce type de services réclamés. Le « Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement », une entreprise conjointe de l'Université Laval et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), se donne le mandat de faire avancer « les connaissances en matière de santé buccodentaire aux aînés par ses recherches mais aussi développer et soutenir la mise en œuvre de l'organisation et de l'accès aux soins pour maintenir et améliorer la santé buccodentaire des personnes âgées de plus de 65 ans et plus ». Le centre regroupe autour de lui un ensemble de personnes ressources dans les secteurs de la santé adjacents à la médecine dentaire (3).

À l'Université de Montréal, les efforts ont porté sur leurs programmes de formation professionnelle. La faculté a introduit dans son programme de certificat de résidence multidisciplinaire des périodes réservées aux soins à des personnes à domicile avec les services de maintien des CLSC. L'équipement mobile nécessaire à ces traitements, acquis grâce à des subventions du MSSS, a permis aux étudiants d'acquérir une expérience des plus valorisante. De plus, au premier cycle, les périodes inscrites au programme de deuxième année permettent à ces étudiants d'accompagner le dentiste en charge du service dans sa visite des patients, de consulter leur dossier médical, de faire des examens de la bouche et de procurer des soins préventifs. Ce programme a pu se réaliser avec la collaboration de l'Institut de gériatrie de l'Université de Montréal (4).

La faculté dentaire de l'Université McGill tire plein d'avantages du fait que ses cliniques sont logées au Montreal General Hospital de sorte que, dans son cas, ses étudiants sont ainsi mis en contact avec des patients de toute catégorie sans distinction.

Les services dentaires aux aînés dans les centres d'hébergement et la participation des dentistes

Trop souvent laissés au gré des circonstances pour procurer des soins aux personnes en difficulté d'accès aux soins dentaires, plusieurs dentistes ont pris des initiatives qui sont devenues des réussites à leur crédit. Leur détermination à s'engager dans des projets ardues et à les mener à point en a fait des modèles à suivre. Des réalisations comme celles du CSSS de Québec Nord au CHSLD de Saint-Augustin de Beauport et de ceux qui les ont imités comme les deux CHSLD de Montréal : Maimonides et Mont-Sinai inspirent confiance; sans compter les cliniques mobiles du secteur privé qui sont en opération. Celle qui dessert le Centre régional de santé mentale de Shawinigan et d'autres centres de la région est un exemple à retenir. La participation de l'équipe des dentistes spécialisés en santé publique est à souligner; elle compte pour beaucoup dans l'élaboration des projets en voie de se matérialiser dans plusieurs régions. La concertation qui s'organise à l'intérieur du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* visant les aînés alimente beaucoup d'espoirs.

Les faits saillants de l'étude des HEC sur les services dentaires aux personnes en perte d'autonomie

Parmi les moyens à la disposition de l'Ordre pour promouvoir des améliorations des services dentaires se trouve l'aide de sa Fondation pour subventionner ses recherches. Une étude telle que celle que l'Ordre a chargé l'école des HEC de réaliser apporte un éclairage judicieux sur les stratégies à développer pour atteindre une plus grande proportion de personnes âgées en perte d'autonomie. Les résultats rapportés font état des besoins à venir d'ici 2026 en tenant compte des changements anticipés dans la population et des orientations à prendre dans les politiques d'institutionnalisation. En plus des conditions à modifier pour attirer davantage de professionnels dans le secteur des soins aux aînés, l'étude explore les possibilités de rapprochement du dentiste vers la clientèle à l'aide d'équipements mieux adaptés aux conditions d'un accès plus facile aux personnes âgées. Dans la planification des activités devant produire un important volume de services orientés spécifiquement aux personnes en perte d'autonomie, plusieurs approches devraient être considérées en fonction du degré d'incapacité présente. Les cas où seulement la mobilité est en cause (ce qui est la situation des

personnes en soins à domicile) constituent un premier groupe qui correspond à 60 % de l'ensemble. Les cas de personnes en résidences avec une mobilité beaucoup plus réduite sont estimés à 25 % et les cas lourds des CHSLD (qui obligent à procurer des soins sur place) à 15 %. La catégorisation des personnes en perte d'autonomie selon ces trois « degrés » permet ainsi de déterminer l'approche la mieux adaptée en tenant compte de leur proportion dans l'ensemble, du type des services requis, de leurs coûts de même que des voies d'accès aux patients. Par exemple, dans le cas des personnes à mobilité réduite dont le prototype est le plus léger (celles retenues à domicile et dont les soins leur sont rendus régulièrement avec le concours d'un CLSC), les soins dentaires leur seraient rendus sur place par une équipe mobile munie d'un équipement adapté à la prestation des soins les plus courants (curetage, détartrage, obturations, chirurgie mineure etc.). Les coûts estimés à 16 millions de dollars aujourd'hui atteindraient 45 millions de dollars en 2026 alors que leur proportion croissante dans les estimations passerait de 60 à 75 %. Pour compléter en détail les pistes de solution afin de remédier aux problèmes de la mobilité réduite des patients, l'étude propose des modèles d'affaires axés sur les entreprises privées intéressées à ce marché.

Les améliorations à apporter dans le cadre de la juridiction de l'Ordre des dentistes du Québec

La révision de certains règlements

Il est de la juridiction de l'Ordre d'intervenir là où sa raison d'être est mise en scène : la protection du public. Ceci implique qu'il doit veiller à ce que la qualité et la pertinence des soins rendus par ses membres répondent aux besoins de la population. L'application des soins préventifs doit prévaloir dans toutes les situations et la profession assume l'obligation de la généraliser à l'ensemble de la population sans distinction avec les moyens dont elle dispose. À ce jour, les dentistes, avec la coopération des hygiénistes dentaires peuvent rappeler avec fierté la place occupée par les soins préventifs dans la pratique courante des cliniques dentaires et les bienfaits qui en découlent pour la clientèle qui les visite. Les constatations rapportées plus haut indiquent qu'une proportion importante des aînés reste encore en marge de cette réalité.

Pour assurer un progrès tangible dans la recherche de solutions à cette situation se pose d'abord la présence d'un personnel accru pour la prestation des soins préventifs dans les milieux où se trouvent privés de soins les patients marginalisés. Il arrive que dans le cadre actuel des réglementations d'exercice des deux types de professionnels, les solutions aux problèmes signalés ne peuvent se montrer efficaces. Les deux professions s'entendent sur la nécessité d'une modernisation dans la constitution des équipes pour arriver à un niveau de productivité plus avancé et une mobilité assouplie. Sans préjuger

des résultats de cet examen déjà amorcé, on peut en attendre des résultats bénéfiques à l'endroit des principaux intéressés dont font partie les aînés laissés pour compte dans bien des cas.

La place des soins dentaires « hors clinique » dans la formation continue

L'Ordre, au cours de ces dernières années, a accordé une attention toute spéciale à son engagement de maintenir à jour de la compétence de ses membres. En plus des structures internes auxquelles il fait régulièrement appel comme sa publication mensuelle (le Journal de l'Ordre des dentistes du Québec), son congrès annuel (les Journées dentaires internationales du Québec), les enquêtes et les sondages à l'interne comme dans le public, il maintient par son programme de formation continue et avec la collaboration des sociétés dentaires régionales un circuit de conférences pour que ses membres soient informés des avancées de la recherche et de leur application immédiate. C'est à l'intérieur de ce programme que la situation particulière des personnes en perte d'autonomie en institutions leur a été rappelée. L'Ordre n'en est pas resté là, il poursuit son objectif de faciliter les contacts avec les dentistes devenus familiers avec cette pratique « nouveau genre » en incluant dans son Annuaire des dentistes, mis à jour régulièrement, une liste renfermant les renseignements qui les concernent. En apprenant où ces dentistes exercent, il devient possible de leur adresser les patients qui nécessitent des soins spéciaux avec des ressources appropriées.

La vigilance constante envers la promotion de la santé dentaire

Dans ses responsabilités à l'endroit du public, l'Ordre suit de près l'évolution qui se produit dans la pratique des mesures préventives au niveau individuel. Le pourcentage des patients qui se soumettent à un examen annuel est un indice fiable des changements éventuels. À ce jour, on estime à 70 % la proportion de la population qui s'adonne à cette pratique, ce qui laisse entendre qu'une personne sur trois s'y soustrait. Cette situation est coûteuse à la société en ce sens que toute négligence au maintien de la santé dentaire peut prédisposer à des troubles sérieux maintenant que l'on sait combien est étroite la relation entre la santé dentaire et la santé systémique. L'Ordre, à la dimension de ses moyens, entend continuer par le contact de ses membres avec les organismes dont le rôle est d'améliorer les conditions de vie des citoyens, de véhiculer ce message et, par là, contribuer significativement à l'atteinte de leurs objectifs.

Recommandations

Au terme de cet exposé l'Ordre entend souligner son appui à des améliorations souhaitées dans le parcours des constatations précédentes.

1. La présente consultation compte parmi ses objectifs de rapprocher, par des regroupements élargis, les institutions et les personnes informées des besoins des aînés, et dans notre cas, ceux qui nous concernent particulièrement : les aînés en perte d'autonomie. Dans le processus des avis et des propositions qui seront exprimés, l'Ordre des dentistes du Québec demande d'être admis par ses représentants aux échanges qui porteront sur les services de santé aux aînés en rapport avec les conditions qui appellent à des changements importants en termes de coûts et de personnel. Il demande qu'on lui accorde une place prioritaire parmi les améliorations envisagées au bénéfice des aînés en perte d'autonomie.
2. L'Ordre attire l'attention du gouvernement sur le fait que la santé dentaire de la population du Québec ne soit pas tenue en considération au même titre que les autres aspects de la santé systémique. Il est impérieux que les interventions de son ministère de la Santé et des Services sociaux pour promouvoir les mesures de prévention de la maladie intègrent la pratique de l'hygiène dentaire selon les méthodes prescrites applicables à la population dans tous ses quartiers. Il sollicite aussi son appui dans la poursuite de recherches pour rendre plus accessibles par des innovations appropriées les services dentaires d'accès encore difficile.
3. De l'aveu des professionnels qui oeuvrent dans les centres d'hébergement, des difficultés éprouvées dans la surveillance et la pratique des mesures d'hygiène dentaire aux personnes en perte d'autonomie sont associées à l'indifférence et à l'incapacité du personnel de soutien à procurer les soins les plus élémentaires pour assurer la santé dentaire des aînés en résidence. Cette situation généralement admise requiert l'apport de correctifs à inclure dans la formation professionnelle des équipes de soins, ce qui implique une volonté ferme de porter à leur connaissance ce que requiert le maintien de l'hygiène dentaire individuelle. L'Ordre, avec le concours de ses membres qualifiés, pourrait contribuer à des projets de nature pédagogique.

Documents consultés

Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec, CORBEIL, P, BRODEUR, J-M. et ARPIN, Sophie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006

La profession dentaire au Québec en 2006, Rapport du sondage de l'Ordre des dentistes du Québec, mars 2007

Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement ; Mandat et mécanismes de travail, Université Laval Faculté de médecine dentaire, octobre 2006

Soins dentaires des personnes du troisième âge en perte d'autonomie, KANDELMAN, D., DUROCHER, J., RUEL, D.F., OUTMEZGUINE, J., MATALLIANO, K. et ASSELIN, M-E., Journal dentaire du Québec, 2002

Les soins dentaires des personnes âgées en perte d'autonomie : portrait et stratégies de réussite, ABGRALL, K., BOURRELLIS, R., GIRARD, M., LE CORRE, V. et VANDAMME, B., HEC Montréal, 2006

Selon l'Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec, Direction de santé publique de la Montérégie, 2006

En CHSLD, en 2006 :

- 62,8 % des bénéficiaires sont complètement édentés, 37,2 % ont au moins une dent.
- Parmi les bénéficiaires qui ont encore au moins une dent, le nombre moyen de dents présentes est de 12,9.
- Parmi les bénéficiaires qui ont encore des dents, plus de 50 % présentent des caries dentaires et 14,3 % ont besoin d'extractions dentaires.
- On note la présence généralisée de plaque dentaire et de débris chez les personnes ayant des dents.
- 50,1 % souffrent de problèmes parodontaux.
- Environ 70 % des prothèses inférieures manquent de stabilité et de rétention.
- 17 % des résidents ont un dentiste ou un denturologiste qu'ils consultent régulièrement.
- La prévalence des affections des muqueuses buccales est élevée, soit 30 % chez les personnes en CHSLD.
- 30 % des participants en CHSLD éprouvent des ennuis ou douleurs à la bouche.
- Il existe une grande différence entre les besoins ressentis et les besoins diagnostiqués.

Conclusion de l'étude :

- La santé buccodentaire des aînés hébergés ne s'est pas vraiment améliorée depuis 1980.
- Les problèmes sont tels qu'ils démontrent la nécessité d'instituer des programmes de prévention et des traitements adaptés à leur condition.