

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

Relativement au
Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie



Association des
dentistes de santé
publique du Québec

15 octobre 2013

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 les universités québécoises, en cabinet privé, en établissement et au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La quasi-totalité des 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 concerne spécifiquement l'accès aux soins, les systèmes de soins, la santé des populations, les clientèles vulnérables, la promotion de la santé, la prévention des maladies, la surveillance, la planification, la coordination et l'évaluation des services de santé. Cette expertise permet à nos membres et à notre association d'apporter une contribution essentielle à la réalisation des travaux en cours concernant le *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, mais également à tous travaux concernant nos domaines d'expertise.

Faits saillants

- Au Québec, l'accès aux soins buccodentaires pour les clientèles âgées en perte d'autonomie et celles souffrant d'incapacités est extrêmement limité. Le coût des services dentaires, le manque de financement public, d'infrastructures, de ressources professionnelles qualifiées ainsi que les limites financières personnelles entravent l'accès aux soins buccodentaires.
- En CHSLD et à domicile, l'état de santé dentaire est préoccupant et l'hygiène dentaire quotidienne est rarement incluse dans les plans de soins. Il a été constaté que plus de 40% des aînés ayant des dents naturelles souffrent de carie dentaire et plus de 30% ont des problèmes de gencive.
- Le nombre d'adultes complètement édentés a considérablement chuté au cours des dernières décennies. Ainsi, non seulement l'espérance de vie est en augmentation, mais les personnes conservent aussi de plus en plus de dents en bouche et cette dentition nécessite des soins constants afin de demeurer saine.
- 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 dénutrition, d'affaiblissement du système immunitaire, etc., sans compter les répercussions financières pour le patient et pour l'État.
- 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.
- La bouche étant indissociable du corps humain, il est nécessaire d'intégrer les soins buccodentaires au panier des services essentiels de l'assurance autonomie et ainsi favoriser le travail multidisciplinaire.
- La modernisation du cadre réglementaire actuel régissant les ordres professionnels du domaine dentaire doit 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.
- Dans le meilleur intérêt des personnes vulnérables, les équipes multidisciplinaires doivent inclure les professionnels de la santé buccodentaire, être formées et collaborer afin de dépister les problèmes buccodentaires en première ligne et préparer des plans de soins complets.

État de la situation

Problématique

Au Québec, l'accès aux soins et services buccodentaires pour les clientèles atteintes d'incapacités, dont les personnes âgées en perte d'autonomie, est extrêmement limité. Peu de dentistes et d'hygiénistes dentaires visitent la clientèle en centre d'hébergement et encore moins celle devant recevoir des soins à domicile. De plus, les hygiénistes dentaires sont présentement limitées dans les actes qu'elles peuvent poser quand un dentiste n'est pas présent sur place. Le mode de prestation de soins actuel est essentiellement du ressort du secteur privé et n'est pas encadré par une politique gouvernementale. Le temps moyen depuis le dernier recours aux soins dentaires chez les aînés en perte d'autonomie est de plus de 5 ans.

Le temps moyen depuis le dernier recours aux soins dentaires chez les aînés en perte d'autonomie est de plus de 5 ans.

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 adaptés et constants afin de demeurer en bon état.

Les patients qui ne sont pas en mesure de se déplacer en clinique dentaire privée ne peuvent consulter un professionnel dentaire, que ce soit pour des soins préventifs ou curatifs. Ce problème est particulièrement important à l'extérieur des grands centres où les cliniques dentaires sont moins nombreuses, où les services de transport en commun sont très rares et où les services de transport adapté impliquent des temps de déplacements importants et une gestion d'horaire complexe.

De même, la personne en perte d'autonomie a souvent besoin d'un accompagnateur pour se rendre à la clinique dentaire. Or, ce proche-aidant est habituellement une

personne du même âge que la personne en perte d'autonomie, alors qu'elle risque également d'éprouver des difficultés dans ses déplacements. La disponibilité des proches-aidants peut aussi être restreinte. Le déplacement d'un patient en perte d'autonomie peut induire de la fatigue, de la confusion et ainsi compromettre le traitement.

Très peu d'adultes peuvent compter sur une assurance dentaire privée une fois qu'ils ont atteint l'âge de la retraite. À cette étape de leur vie, leurs besoins de soins buccodentaires demeurent et peuvent même s'accroître alors que leur capacité financière est réduite. Cette situation touche également les prestataires de la sécurité du revenu qui, dès qu'ils atteignent l'âge de la pension, ne bénéficient plus des soins dentaires assurés par la Régie d'assurance-maladie du Québec.

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 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. Le dépistage de problèmes buccodentaires ne se fait pas de façon systématique pour les clientèles souffrant d'incapacités et recevant leurs soins à domicile ou en établissement.

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 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), généralement en raison de la consommation de certains médicaments qui ont pour effet secondaire de réduire la quantité de salive, rendant leurs dents plus susceptibles de développer la carie dentaire.

En effet, 30 à 40% des aînés éprouvent des douleurs ou des ennuis dans leur bouche : plus de 40% des aînés en CHSLD et à domicile avec des dents naturelles souffrent de carie dentaire et plus de 30% d'entre-elles ont des problèmes de gencive. Les incapacités et la prise de médicaments sont des facteurs qui augmentent

considérablement le risque de développer des maladies buccodentaires. 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.

Plus de 40% des aînés en CHSLD et à domicile avec des dents naturelles souffrent de carie dentaire et plus de 30% ont des problèmes de gencive.

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

Avec le vieillissement de la population, la proportion d'aînés ayant des dents naturelles augmente de plus en plus et le besoin en soins et services buccodentaires augmente tout autant. L'offre de soins et de services actuelle est bien loin de répondre aux besoins et aux demandes de ces individus.

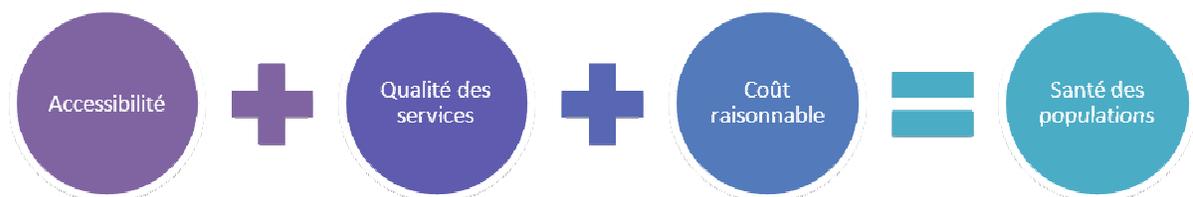
Éthique et santé publique

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. 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 simples sont disponibles.

Éthiquement, il convient de pallier à 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 à des coûts raisonnables est un déterminant de la santé des populations.



Gestion de la situation

Afin de conserver leur dentition en bonne condition, il importe de rendre accessible, pour le patient atteint d'une incapacité, des mesures de prévention et de traitement de la carie dentaire et des maladies parodontales avant que d'autres problèmes de santé buccodentaire et de santé générale plus importants ne fassent leur apparition.

Des modifications législatives sont nécessaires pour améliorer l'accessibilité aux services buccodentaires, notamment concernant le rôle de l'hygiéniste dentaire. Pour le plus grand bénéfice de la population, la modernisation des pratiques en santé buccodentaire doit favoriser la multidisciplinarité et non pas le travail en silo.

La présence de dentistes détenant une expertise en dentisterie gériatrique doit aussi être favorisée pour traiter les patients atteints d'une incapacité.

L'intégration du volet buccodentaire aux soins offerts dans le cadre de l'assurance autonomie permettrait d'améliorer l'accès aux soins buccodentaires aux clientèles aux prises avec des incapacités, dont les clientèles vieillissantes, en perte d'autonomie et les clientèles ayant des besoins particuliers. Certains soins dentaires préventifs et curatifs peuvent se dérouler à domicile en utilisant des équipements dentaires portatifs.

De même, cette intégration des soins buccodentaires dans l'ensemble des soins et services à domicile permettrait une meilleure organisation, planification, coordination et gestion multidisciplinaire des services. Il est temps que les soins buccodentaires soient intégrés dans l'ensemble des soins de santé et qu'ils ne soient plus considérés comme étant exclusivement la responsabilité du secteur privé. 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.

Conclusion :

Les personnes souffrant d'incapacités, dont les personnes âgées ayant des dents naturelles, 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.

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 prolonger l'autonomie de ces personnes.

Il est essentiel que les services buccodentaires fassent partie de la gamme des services assurés, au même titre que les autres soins et services professionnels de base reconnus, comme les soins infirmiers, les services de nutrition, etc. et ainsi favoriser le travail multidisciplinaire. La création d'une assurance autonomie représente l'occasion idéale pour 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'Association des dentistes en santé publique du Québec (ADSPQ) recommande l'intégration des soins et services buccodentaires au panier des services essentiels de l'assurance autonomie. Pour ce faire, l'ADSPQ conseille :

- ➔ la modernisation du cadre réglementaire actuel régissant les ordres professionnels du domaine dentaire. Il 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;
- ➔ la formation et la collaboration des équipes multidisciplinaires afin de dépister les problèmes buccodentaires en première ligne et référer ces personnes aux professionnels dentaires au besoin.

Références

- Brodeur et als, 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.
- Corbeil P. et al., Portrait de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus hébergées en Centre d'hébergement de soins de longue durée en Montérégie, à Montréal et à Québec. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, 2007, **44**: p. 119-128.
- Genco, R., S. Offenbacher, and J. Beck, Periodontal disease and cardiovascular disease: epidemiology and possible mechanisms. *J Am Dent Assoc*, 2002. **133 Suppl**: p. 14S-22S.
- Hujoel, P., et al., Personal oral hygiene and chronic periodontitis : a systematic review. *Periodontol* 2000, 2005. **37**: p. 29-34.
- Langmore, S.E., et al., Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*, 1998. **13**(2): p. 69-81.
- Mojon, P., 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.
- Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *The Journal of prosthetic dentistr*. **70**(5).
- Russell, S.L., et al., Respiratory pathogen colonization of the dental plaque of institutionalized elders. *Spec Care Dentist*, 1999. **19**(3): p. 128-34.
- Sjogren, P., et al., A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*, 2008. **56**(11): p. 2124-30.
- Southerland, Taylor, and Offenbach, Diabetes and periodontal infection : making the connection. *Clinical Diabets Journal*. **23**: p. 171-178.
- Terpenning, M., Geriatric oral health and pneumonia risk. *Clin Infect Dis*, 2005. **40**(12): p. 1807-10.
- Wardh, I., M. Wikstrom, and S. Sorensen, Oral bacteria and clinical variables in dependent individuals at a special facility. *Int J Dent Hyg*, 2004. **2**(4): p. 185-92.
- Xiaojong et als, Systemic Diseases Caused by Oral Infection. *Clinical Microbiology*, 2000: p. 547-558.