



PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015

Bilan régional des activités 2013-2014





PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015

Bilan régional des activités 2013-2014



PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015 – Bilan régional des activités 2013-2014
est une production de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal.

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
(514) 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteur : Martin Généreux
Mise en forme : Charles Tétrault

Note :

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est
utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section Publications
du site Web de l'Agence : www.agence.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2014

ISBN 978-2-89673-455-9 (en ligne)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

MOT DU DIRECTEUR

Dans la foulée de la publication du Programme national de santé publique (PNSP) en 2003, le MSSS a publié, en mai 2006, le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (PASDP) qui a été prolongé jusqu'en 2015. Ce dernier est complémentaire aux activités prévues dans le cadre du PNSP et comprend la poursuite d'activités conduites depuis 1990 soit : le dépistage et le suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé de carie dentaire, auxquels s'ajoute la dispensation d'agents de scellement dentaire pour les jeunes de 5 à 15 ans. Cet ouvrage propose également d'amorcer l'intégration des activités de santé dentaire à l'approche École en santé. De plus, le PASDP vise aussi à promouvoir et à soutenir des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 0 à 4 ans et à leur famille.

Le présent bilan s'inscrit ainsi dans le suivi des activités du PASDP déployées régionalement en milieu scolaire. Il permet d'apprécier le type et le nombre d'activités actuellement réalisées avec les ressources dont dispose le réseau montréalais en santé dentaire publique. Les résultats indiquent l'importance de poursuivre les activités de santé dentaire auprès des enfants davantage à risque dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.

Je souhaite que ce document soit utile au maintien et à l'amélioration des actions de prévention et d'éducation pour la santé buccodentaire des enfants montréalais.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé', written in a cursive style.

Richard Massé, M.D.

RÉSUMÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait, en mai 2006, le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP). Ce plan d'action se veut un document complémentaire au Programme national de santé publique 2003-2015, soutenant notamment la poursuite d'activités conduites depuis 1990 (dépistage systématique et suivi préventif individualisé des enfants admissibles selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire à la maternelle) auxquelles s'ajoute la dispensation d'agents de scellement dentaire pour les jeunes de 5 à 15 ans.

Dans la région de Montréal, le PASDP est implanté dans les douze CSSS et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Les données proviennent de la banque du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) hébergée à la Direction de l'analyse et de la gestion de l'information de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces données couvrent la période du 15 août 2013 au 23 août 2014, soit la période scolaire 2013-2014, pour les 12 CSSS de Montréal et la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles. Elles ont permis de tracer un portrait de l'application de certaines activités régionales du PASDP.

On observe que, sauf une exception, l'ensemble des CSSS de Montréal procède au dépistage buccodentaire systématique de tous les enfants de niveau maternelle des écoles publiques. Parmi les enfants dépistés en maternelle, 26,5 % d'entre eux sont identifiés à risqué élevé de carie dentaire selon le critère national de classification. Par ailleurs, 82,1 % des enfants identifiés à risqué élevé en maternelle bénéficient d'un premier suivi préventif individualisé (SPI) en maternelle, alors qu'en moyenne, 81,2 % des enfants bénéficiant d'un premier SPI en reçoivent un deuxième au cours de la même année scolaire.

On note enfin que 7,3 % des enfants (n=1 215) de deuxième année ont bénéficié d'un dépistage du besoin évident de traitement et du besoin d'agents de scellement. Parmi ces enfants, 63,5 % (n=771) ont été identifiés comme ayant besoin d'agents de scellement; de ce nombre, 628 en ont reçu.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur	i
Résumé	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	v
Introduction	1
Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP)	1
Implantation à Montréal.....	1
Bilan passé	1
Aperçu du présent bilan.....	2
Méthode	2
Collecte des données	2
Analyse	2
Résultats.....	3
Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans).....	3
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)	3
Suivi préventif individualisé	3
Application d'agents de scellement de puits et fissures.....	4
Discussion	11
Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans).....	11
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)	12
Suivi préventif individualisé	14
Application d'agents de scellement de puits et fissures.....	15
Conclusion.....	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Niveau maternelle 4 ans, dépistage buccodentaire, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants présentant une expérience évidente de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	5
Tableau 2: Niveau maternelle, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	6
Tableau 3: Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, par niveau et au total, nombre total estimé d'enfants bénéficiant d'un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	8
Tableau 4: Niveau 2 ^e année, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, nombre d'enfants ayant besoin d'agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement à d'autres niveaux scolaires, nombre d'enfants ayant bénéficié d'un suivi de la qualité, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	10

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Niveau maternelle, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	7
Figure 2: Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	9
Figure 3: Niveau maternelle, évolution du pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, Montréal, 2003-2004, 2007-2008, 2012-2013, 2013-2014, moyenne nationale 2012-2013.	13

INTRODUCTION

Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait, en mai 2006, le PASDP. Ce plan d'action se veut un document complémentaire au Programme national de santé publique 2003-2015, soutenant la poursuite d'activités conduites depuis 1990 (dépistage systématique et suivi préventif individualisé des enfants admissibles selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire à la maternelle) auxquelles s'ajoute la dispensation d'agents de scellement de puits et de fissures pour les jeunes de 5 à 15 ans. Le PASDP propose également l'intégration des activités de santé dentaire à l'approche École en santé et la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 0 à 4 ans et à leur famille.

Implantation à Montréal

Bien que la mise en œuvre des activités montréalaises du PASDP soit relativement uniforme, son degré d'implantation peut varier selon les ressources professionnelles en place, les besoins spécifiques de la population des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les choix et orientations des établissements. Ces variations sont parfois susceptibles d'influencer certaines données du bilan. Les résultats présentés dans le cadre du présent bilan doivent donc être abordés et interprétés en gardant à l'esprit les variations existantes, selon les établissements, dans le soutien et la mise en œuvre du PASDP. Dans la région de Montréal, le programme est implanté dans les douze CSSS et la Clinique communautaire de Pointe-St-Charles (Clin. comm. de Pte-St-Charles).

Pour les besoins de concertation et de coordination rencontrés dans l'implantation du PASDP, le Comité de santé dentaire publique de Montréal (CSDPM) a été mis sur pied. Il a pour but de « favoriser, sur le territoire de Montréal, la réalisation harmonieuse des activités prévues dans le cadre des plans d'action régionaux et locaux de santé dentaire publique, activités qui découlent de la mise en œuvre du PASDP ». Ce comité joue un rôle consultatif pour la Table régionale de santé publique de Montréal, ainsi qu'au secteur Tout-petits – Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal). Cependant, selon les thématiques abordées dans le cadre des travaux du CSDPM, notamment l'intervention auprès des enfants de 0-4 ans et de leur famille, des liens peuvent être établis avec d'autres structures régionales appropriées.

Bilan passé

Le dernier bilan régional des activités du PASDP 2005-2015 a été conduit pour l'année 2012-2013¹. Ce bilan a bénéficié d'une large diffusion, notamment auprès de l'ensemble des CSSS de Montréal.

¹ Généreux, Martin (2013). Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 - Bilan régional des activités 2012-2013. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 16 p.

Aperçu du présent bilan

Le présent bilan régional présentera certaines données issues de l'application des activités du PASDP auprès des jeunes d'âge scolaire (incluant le niveau maternelle 4 ans). Ces données seront mises en contexte dans le cadre d'une courte discussion qui permettra de souligner certains points susceptibles de nourrir la réflexion au regard des orientations des activités régionales du PASDP.

MÉTHODE

Collecte des données

Les données proviennent de la banque du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) hébergée à la Direction de l'analyse et de la gestion de l'information de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces données couvrent la période du 15 août 2013 au 23 août 2014, soit la période scolaire 2013-2014, pour les 12 CSSS de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. Ces données ont été colligées et analysées à la DSP de l'Agence de Montréal.

Les effectifs scolaires qui ont servi au calcul de certaines proportions sont issus des données du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au 30 septembre 2013.

Analyse

Le présent rapport fait essentiellement l'objet d'une analyse descriptive. Par conséquent, les résultats seront présentés sous forme de tableaux et de figures, selon les 12 territoires de CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. Cependant, ce type de présentation par établissement ne vise pas à établir des comparaisons entre ces derniers. En effet, le volume d'activités ou d'interventions réalisées par un établissement est en lien avec un nombre trop important de variables, dont les ressources humaines disponibles.

RÉSULTATS

Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans)

Les élèves des classes de maternelle 4 ans bénéficient d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) dans une proportion de 58,5 % (voir tableau 1 page 5). Parmi ceux-ci, on note que 29,1 % sont atteints par la carie dentaire (à risque), et que 20,2 % présentent un BET, soit une cavitation évidente à l'œil nu.

Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)

Mis à part le CSSS de l'Ouest-de-l'Île (41,8 % des enfants de maternelle dépistés), l'ensemble des CSSS de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles procèdent au dépistage buccodentaire systématique de tous les enfants de niveau maternelle des écoles publiques (voir tableau 2 page 6). Ce dépistage permet en outre l'observation du BET. On observe ainsi que 16,0 % des enfants dépistés en maternelle présentent un BET.

Le dépistage buccodentaire systématique permet également la sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé (SPI), selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. Ce critère s'applique lorsqu'on observe l'un des deux états suivants: sur les dents antérieures, la présence d'au moins une face de dent buccale ou proximale (sauf le distal des canines) obturée, cariée ou absente à cause de la carie, ou, sur les dents postérieures, la présence de deux faces proximales et plus de dents obturées, cariées ou absentes à cause de la carie.

Le nombre d'enfants rapportés comme étant à risque élevé de carie dentaire est de 4 368 (26,5 %) pour l'ensemble des 12 CSSS à l'étude et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. On observe une variation importante selon les territoires, passant de 21,5 % pour celui du CSSS du Cœur-de-L'Île à 32,3 % pour le CSSS Bordeaux-Cartierville – St-Laurent (voir figure 1 page 7).

Un ajout à la codification permet maintenant de distinguer les enfants ne présentant aucune évidence de carie dentaire (indemnes) des autres enfants. À cet égard, 62,3 % des enfants de maternelle sont indemnes à la carie dentaire (voir tableau 2 page 6).

Suivi préventif individualisé

Parmi les 4 368 enfants de maternelle classés à risque élevé de carie dentaire selon le critère national de classification, 3 588 d'entre eux ont bénéficié d'un premier SPI en maternelle (82,1 %) (voir tableau 3 page 8). Le nombre de SPI varie d'un CSSS à l'autre, passant de 723 pour le CSSS Jeanne-Mance à 2 173 pour le CSSS de Bordeaux-Cartierville – St-Laurent (voir figure 2 page 9). La Clin. comm. de Pte-St-Charles présente évidemment moins de SPI (n=235) puisqu'elle ne représente qu'un seul des anciens territoires de CLSC.

Au total, pour les 12 CSSS de la région de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, ce sont 17 933 SPI qui ont été réalisés et qui comprennent, entre autres, l'application topique de fluorure et, parfois, l'application d'agents de scellement de puits et fissures (voir tableau 3 page 8).

En moyenne, pour les 12 CSSS à l'étude et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, 81,3 % des enfants ayant bénéficié d'un premier SPI bénéficient d'un deuxième SPI au cours d'une même année scolaire (voir tableau 3 page 8).

Application d'agents de scellement de puits et fissures

Le PASDP prévoit le dépistage buccodentaire systématique de l'ensemble des enfants de deuxième année. Ce dépistage a pour but d'identifier le BET ainsi que le besoin d'agents de scellement de puits et fissures. Pour l'ensemble des 12 CSSS étudiés et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, 7,3 % des enfants de deuxième année ont bénéficié d'un dépistage (n=1 215). Parmi ces enfants, 771 (63,5 %) ont été identifiés comme ayant besoin d'agents de scellement; de ce nombre, 628 en ont reçu (voir tableau 4 page 10).

L'application d'agents de scellement prévoit également la conduite d'un suivi de la qualité des agents de scellement appliqués pour les enfants qui en ont reçu. Ainsi, 182 enfants ont bénéficié d'un suivi de la qualité. Parmi ceux-ci, 66 avaient besoin d'une correction (36,3 %).

Tableau 1: Niveau maternelle 4 ans, dépistage buccodentaire, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants présentant une expérience évidente de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

CSSS	Population totale ⁽¹⁾ (MELS 2013)	Dépistés (# d'enfants)	À risque ⁽²⁾ (%)	Indemnes ⁽³⁾ (%)	BET ⁽⁴⁾ (%)
Ahuntsic et Montréal-Nord	281	251	31,5	68,5	21,9
B.-C. – St-Laurent	292	121	42,1	57,0	32,2
Cavendish	48	36	22,2	77,8	8,3
Cœur-de-l'Île	286	253	27,3	72,7	16,2
De la Montagne	797	182	8,8	78,0	19,2
Dorval-Lachine-LaSalle	11	14	28,6	71,4	21,4
Jeanne-Mance	262	188	29,8	68,6	15,4
Lucille-Teasdale	385	109	26,6	54,1	22,9
Ouest-de-l'Île	0	-	-	-	-
Pointe-de-l'Île	21	210	8,1	79,5	9,5
St-Léonard et Saint-Michel	373	130	37,7	62,3	26,9
Sud-Ouest – Verdun	241	230	29,6	63,5	27,8
Clin. comm. de Pte-St-Charles	67	69	27,5	69,6	20,3
Total	3 064	1 793	29,1	69,0	20,2

(1) **Population totale** : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au 30 septembre 2013.

(2) **À risque** : normalement les codes 400, 600; le code 300 est utilisé dans le calcul parce qu'il est présumé que si l'enfant présente un BET, il a une expérience simple de carie dentaire évidente qui le place « à risque ».

(3) **Indemnes** : normalement le code 101; le code 100 est utilisé dans le calcul parce que certains CSSS l'utilisent encore et qu'il est présumé que ces enfants ne présentent pas de carie dentaire évidente puisque la notion de risque (400 et 600) est la présence simple de carie dentaire évidente; par contre, le code 102 n'est pas utilisé dans le calcul.

(4) **BET** : normalement le code 600; le code 300 est utilisé dans le calcul parce qu'il est présumé que le code 300 est véritablement un BET.

Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

Tableau 2: Niveau maternelle, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

CSSS	Population totale (MELS 2013 ⁽¹⁾)	Dépistés (# d'enfants)	À risque ⁽²⁾ (# d'enfants)	À risque ⁽²⁾ (%)	Indemnes ⁽³⁾ (%)	BET ⁽⁴⁾ (%)
Ahuntsic et Montréal-Nord	1 699	1 655	424	25,6	62,8	19,2
B.-C. – St-Laurent	1 598	1 729	559	32,3	55,2	23,5
Cavendish	994	1 015	246	24,2	65,6	9,1
Cœur-de-l'Île	987	960	206	21,5	69,1	11,1
De la Montagne	1 939	1 827	544	29,8	n.d.	19,8
Dorval-Lachine-LaSalle	1 429	1 400	396	28,3	59,7	16,2
Jeanne-Mance	861	825	180	21,8	68,2	11,5
Lucille-Teasdale	1 526	1 549	416	26,9	64,6	15,4
Ouest-de-l'Île	2 088	872	212	24,3	67,5	7,0
Pointe-de-l'Île	1 913	2 000	442	22,1	60,8	12,9
St-Léonard et Saint-Michel	1 657	1 381	399	28,9	59,2	17,1
Sud-Ouest – Verdun	1 059	1 115	308	27,6	n.d.	19,0
Clin. comm. de Pte-St-Charles	167	155	36	23,2	61,9	20,6
Total	17 917	16 483	4 368	26,5	62,3	16,0

(1) **Population totale** : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au 30 septembre 2013.

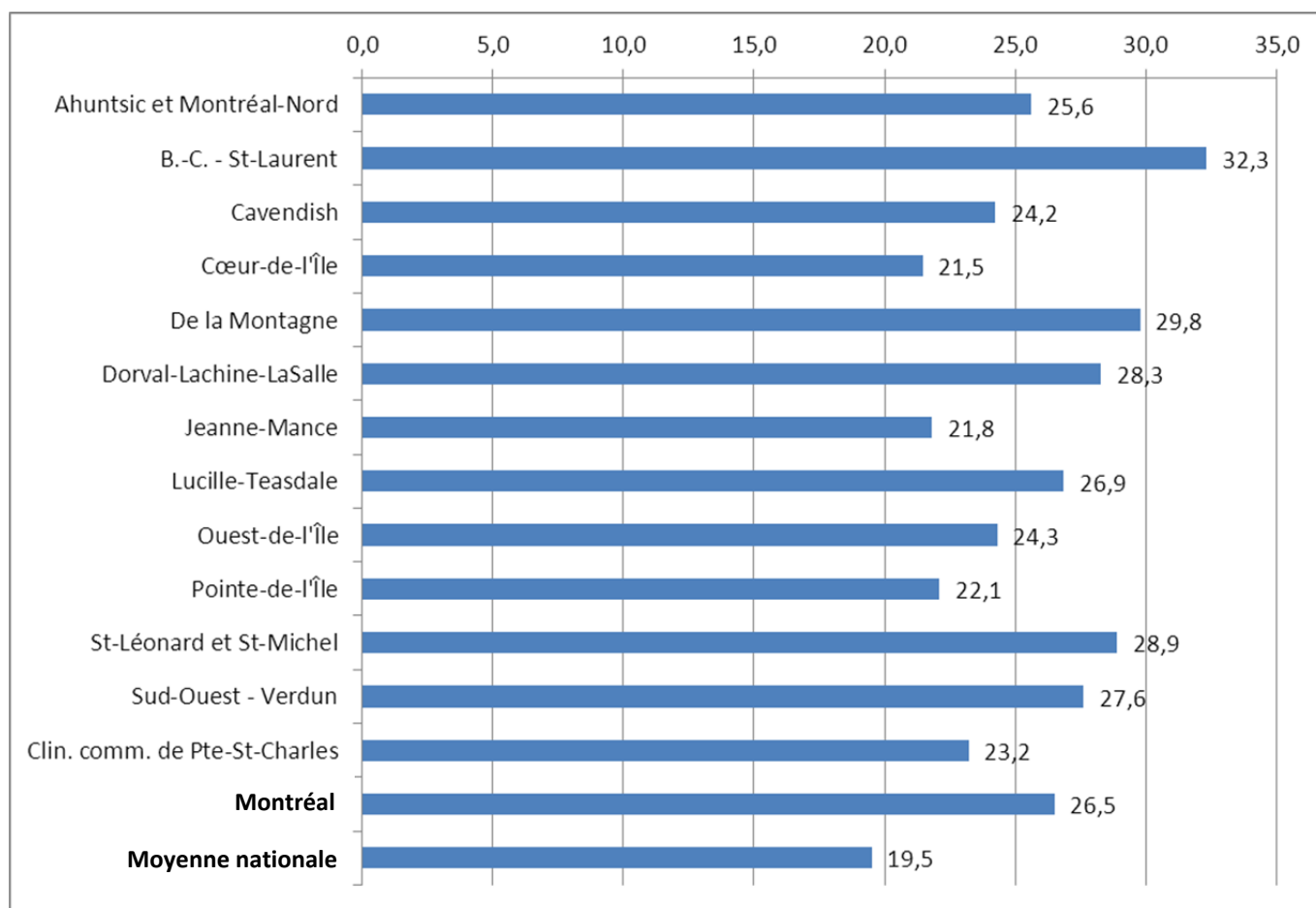
(2) **À risque** : codes 400, 600.

(3) **Indemnes** : code 101.

(4) **BET** : codes 300 et 600.

Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

Figure 1: Niveau maternelle, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.



Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

Tableau 3: Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, par niveau et au total, nombre total estimé d'enfants bénéficiant d'un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

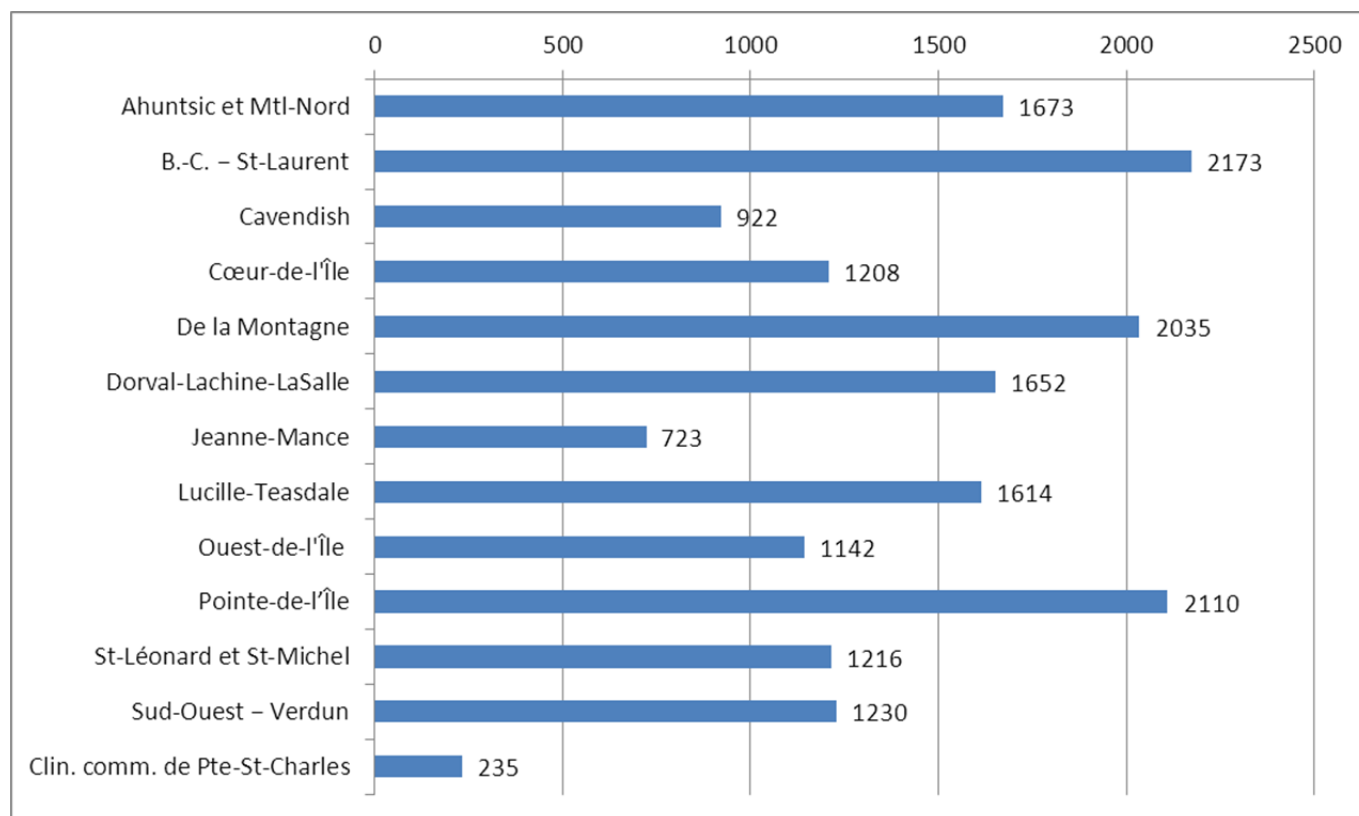
Territoire de CSSS	Maternelle (1er SPI)⁽¹⁾	Maternelle (2^e SPI)⁽¹⁾	1^e année (1er SPI)⁽¹⁾	1^e année (2^e SPI)⁽¹⁾	2^e année (1er SPI)⁽¹⁾	2^e année (2^e SPI)⁽¹⁾	3^e année (1er SPI)⁽¹⁾	Autres (non prévus au PASDP)	Niveaux Autres	Total (SPI)	Enfants en SPI (estimé)⁽²⁾
Ahuntsic et Mtl-Nord	328	306	319	295	219	202	1	3	P4, PC	1 673	869
B.-C. – St-Laurent	434	368	399	346	291	274	0	61	PC, Autres	2 173	1 156
Cavendish	186	183	155	149	126	123	0	0	-	922	467
Cœur-de-l'Île	199	181	175	164	160	148	57	124	PP, PM, P2, P3, PC	1 208	673
De la Montagne	429	339	333	208	289	254	0	183	PP, P6, PC, CC, 100, Autres, SO	2 035	1 201
Dorval-Lachine-LaSalle	339	328	263	251	224	212	7	28	PM, P2, P3, 100	1 652	846
Jeanne-Mance	155	0	109	111	110	109	95	34	P1, P2, PC	723	484
Lucille-Teasdale	337	290	256	239	233	198	0	61	PM, P3, PC, CC	1 614	859
Ouest-de-l'Île	202	197	124	113	116	111	24	255	PM, P1, P2	1 142	466
Pointe-de-l'Île	405	12	432	398	351	337	63	112	P2, P3, P4, PC, SC, 100, SO	2 110	1 291
St-Léonard et St-Michel	301	123	312	155	208	115	2	2	PM, P3	1 216	823
Sud-Ouest – Verdun	232	178	215	175	161	133	60	76	PM, P1, P2, P3, P4, P5, PC, 100, 200, Autres	1 230	699
Clin. comm. de Pte-St-Charles	41	24	35	33	23	23	17	39	PP, P3, Autres	235	131
Total	3 588	2 529	3 127	2 637	2 511	2 239	326	978		17 933	9 965

(1) Nombre de suivis préventifs individualisés : 1^{er} suivi : codes 6231 et 6241, l'occurrence la plus élevée; 2^e suivi : codes 6232 et 6242, l'occurrence la plus élevée.

(2) Nombre d'enfants bénéficiant d'un suivi préventif individualisé : l'occurrence la plus élevée des deux suivis d'un même niveau scolaire, pour les niveaux maternelle, 1^{er}, 2^e; 1^{er} suivi en 3^e; nombre estimé d'élèves pour les autres suivis et niveaux.

Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

Figure 2: Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles



Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

Tableau 4: Niveau 2^e année, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, nombre d'enfants ayant besoin d'agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement à d'autres niveaux scolaires, nombre d'enfants ayant bénéficié d'un suivi de la qualité, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Territoire de CSSS	Population totale (MELS 2013) ⁽¹⁾	Dépistés ⁽²⁾ (# enfants)	Ayant besoin d'agents de scellement ⁽³⁾ (# enfants)	Ayant reçu des agents de scellement ⁽⁴⁾ (# enfants)	Ayant reçu des agents de scellement, autres niveaux (# enfants)	Suivi de la qualité ⁽⁵⁾ (# enfants ayant bénéficié d'un suivi)	Suivi de la qualité ⁽⁵⁾ (# enfants ayant besoin d'une correction)
Ahuntsic et Mtl-Nord	1 773	20	13	8	1	9	2
B.-C. – St-Laurent	1 413	35	27	20	17	13	5
Cavendish	922	62	48	68	0	0	0
Cœur-de-l'Île	867	105	59	50	9	15	7
De la Montagne	1 772	196	129	89	8	25	19
Dorval-Lachine-LaSalle	1 310	23	10	22	0	25	2
Jeanne-Mance	804	235	146	108	23	55	17
Lucille-Teasdale	1 389	213	150	130	1	9	2
Ouest-de-l'Île	2 118	0	0	0	0	0	0
Pointe-de-l'Île	1 781	172	101	38	18	4	0
St-Léonard et St-Michel	1 444	1	0	0	0	0	0
Sud-Ouest – Verdun	848	56	44	38	4	11	3
Clin. comm. de Pte-St-Charles	106	97	44	57	4	16	9
Total	16 547	1 215	771	628	85	182	66

(1) **Population totale** : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au 30 septembre 2013.

(2) **Dépistés** : les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année.

(3) **Ayant besoin d'agents de scellement** : codes 400 et 600, les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année.

(4) **Ayant reçu des agents de scellement** : les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année.

(5) **Suivi de la qualité des agents de scellement** : tous les élèves de 2^e année et des niveaux supérieurs sont considérés.

Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

DISCUSSION

Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans)

Pour l'année scolaire 2013-2014, on observe une légère augmentation de la proportion d'enfants bénéficiant d'un dépistage du BET en maternelle 4 ans. En effet, en 2012-2013, 55,5 % (n=1 724) des enfants avaient bénéficié d'un tel dépistage alors qu'il est de 58,5 % (n=1 793) en 2013-2014.

Le programme de maternelle 4 ans est réservé aux milieux défavorisés ainsi qu'aux enfants présentant un handicap. Les données québécoises et montréalaises sur la santé buccodentaire des élèves du primaire et du secondaire¹ mettent en évidence le lien existant entre la défavorisation et l'état de santé dentaire de la population, notamment la présence plus importante de carie dentaire chez la population plus défavorisée. Ainsi, la pertinence du dépistage en maternelle 4 ans repose sur la prémisse que ces enfants sont plus à risque de présenter de la carie dentaire et bénéficieraient donc d'un dépistage du BET de la carie dentaire et d'une référence en cabinet dentaire au besoin.

Parmi les enfants dépistés en maternelle 4 ans (enfants de milieux défavorisés et/ou présentant un handicap), 29,1 % d'entre eux sont atteints par la carie dentaire et 20,2 % présentent un BET. Ces résultats corroborent ceux observés l'an dernier (29,2 % et 20,5 % respectivement).

Si les enfants de maternelle 4 ans présentent réellement un risque plus élevé de carie dentaire, leur proportion atteinte de carie dentaire devrait être plus élevée que dans la population générale d'enfants du même âge. Les données du dépistage de tous les enfants de maternelle 5 ans de la même année scolaire montrent une proportion d'enfants atteints de 37,7 %. Puisque ces enfants ont une année de plus que les enfants de maternelle 4 ans, il est normal que la proportion d'enfants atteints soit plus grande, la carie étant un phénomène qui augmente avec le temps. À cet égard, une étude examinant l'incidence de nouvelles caries entre 4 et 5 ans chez des enfants anglais indemnes à la carie rapporte que 9,5 % des enfants développent une ou des nouvelles caries².

¹ BRODEUR, J.-M., M. OLIVIER, M. BENIGERI, C. BEDOS et S. WILLIAMSON (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*, Collection Analyses et surveillance, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 152 p. (Collection Analyses et surveillance n° 18). [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf>] (Consulté le 28 octobre 2014).

BRODEUR, J.-M., M. OLIVIER, M. PAYETTE, M. BENIGERI, S. WILLIAMSON et C. BEDOS (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. 148 p. (Collection Analyses et surveillance n° 11). [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf>] (Consulté le 28 octobre 2014).

² Milsom, K., M., A. S. Blinkhorn, M. Tickle (2008) The incidence of dental caries in the primary molar teeth of young children receiving National Health Service funded dental care in practices in the North West of England. *British Dental Journal*, 205, E14. [En ligne]. [<http://www.nature.com/bdj/journal/v205/n7/pdf/sj.bdj.2008.582.pdf>] (Consulté le 28 octobre 2014).

Les enfants de maternelle 5 ans devraient cependant, en moyenne, être moins à risque de carie puisqu'il ne s'agit pas seulement d'une clientèle défavorisée comme ceux de maternelle 4 ans, mais de toute la population de niveau maternelle 5 ans (tous niveaux socio-économiques confondus). Ainsi, les pourcentages d'enfants atteints ne sont probablement pas significativement différents pour les deux niveaux.

Dans ce contexte, la prémisse selon laquelle il devrait y avoir plus d'enfants atteints par la carie en maternelle 4 ans et qui sert de fondement au dépistage des enfants de ce niveau pourrait être remise en question. Les données des années à venir aideront à porter un meilleur jugement sur la pertinence de poursuivre cette intervention.

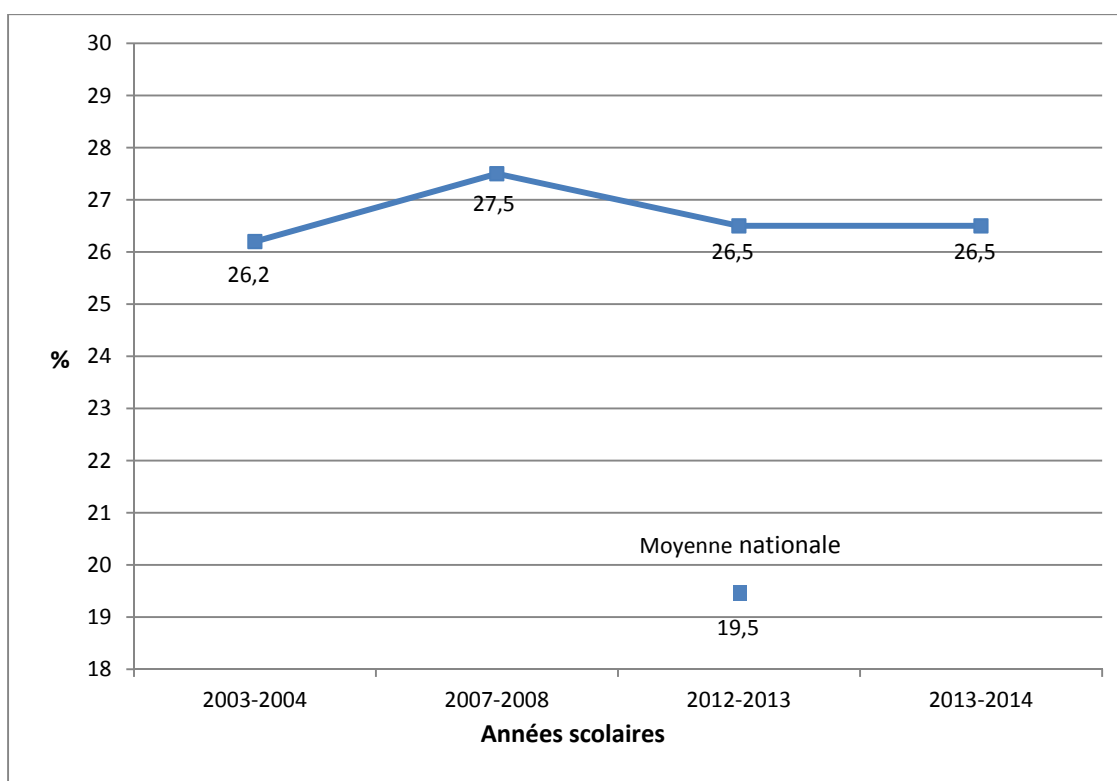
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)

Il est raisonnable d'affirmer que l'ensemble des enfants de maternelle des écoles publiques bénéficie d'un dépistage buccodentaire systématique, puisque 92,0 % d'entre eux y ont été soumis. Seul le CSSS de l'Ouest-de-l'Île fait exception avec 41,8 % des enfants de maternelle qui sont dépistés.

Le dépistage permet la sélection des enfants admissibles au SPI, selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. À ce propos, il est utile de mentionner que ce sont, à Montréal, plus de 55 hygiénistes dentaires qui appliquent le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. Des sessions de formation et d'uniformisation régionales ont permis de mesurer la concordance des observations cliniques. Des mises à jour ont par la suite été faites régulièrement sur une base volontaire. Il est toutefois possible que l'application du critère de classification des enfants à risque varie dans le temps et de façon différentielle d'un territoire à l'autre.

Le pourcentage d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, se situant à 26,5 % pour l'année 2013-2014, semble avoir atteint un plateau depuis près de dix ans sur le territoire montréalais. En effet, il était de 26,5 % en 2012-2013, de 27,5 % en 2007-2008, et de 26,2 % en 2003-2004. (voir figure 3).

Figure 3: Niveau maternelle, évolution du pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, Montréal, 2003-2004, 2007-2008, 2012-2013, 2013-2014, moyenne nationale 2012-2013.



Source: Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 - Bilan régional des activités 2013-2014, Montréal.

L'observation depuis dix ans des mêmes proportions très élevées d'enfants à risque élevé de carie et d'enfants ayant un besoin de traitement de la carie en maternelle indique qu'un travail important de prévention reste à faire en amont pour les tout-petits de 0 à 4 ans et leur famille. En effet, si des mesures préventives efficaces étaient déployées pour cette clientèle, on pourrait certainement assister à une amélioration de ces indicateurs de santé dentaire en maternelle, ce qui n'est actuellement pas le cas. Cependant, afin d'offrir des services dentaires préventifs à cette population, le modèle traditionnel de prestation de services, c'est à dire des ressources dédiées à la santé dentaire qui rendent les services, sera à repenser. Le contexte actuel d'austérité ne permettant pas un développement de ressources humaines à court et à moyen terme, d'autres professionnels de la santé pourraient être mis à contribution et rendre un certain nombre de services préventifs. C'est le cas notamment des médecins de familles et des pédiâtres qui demeurent de loin les professionnels de la santé les plus régulièrement visités par les tout-petits et leur famille.

Il est intéressant de constater que le pourcentage moyen d'enfants classés à risqué élevé de carie dentaire est de 19,5 % au Québec en 2012-2013¹. À ce chapitre, la région de Montréal (26,5 %) est la pire du Québec avec la région de la Gaspésie. Il en résulte un nombre très important d'enfants à risqué élevé de carie dentaire en 2013-2014 à Montréal (n = 4 368). Il demeure donc toujours très utile de prévoir des interventions préventives visant à améliorer la santé dentaire de ces enfants et ainsi, contribuer à réduire les inégalités en santé dentaire. Un suivi préventif individualisé est prévu pour chacun des enfants à risque élevé de carie. Un consentement écrit doit donc être obtenu des parents. Dans un contexte où la région de Montréal présente les proportions les plus importantes au Québec de familles vivant sous le seuil de faible revenu (31,0 %) et d'immigrants (30,7 %)², toutes les démarches entourant la demande de consentement et, éventuellement, le suivi de ces enfants présentent un défi important en matière de communication et conséquemment, de temps.

Une nouvelle codification permet maintenant de distinguer les enfants n'ayant aucune expérience évidente de carie dentaire. À cet égard, 62,3 % des enfants dépistés en maternelle seraient exempts de carie dentaire évidente. Les données de l'an dernier présentent un portrait similaire avec 60,8 % des enfants dépistés n'ayant aucune expérience évidente de carie dentaire.

Le besoin évident de traitement de la carie dentaire semble également demeurer relativement stable depuis une dizaine d'années. En effet, il était de 16,5 % en 2012-2013, de 16,6 % en 2007-2008 et de 17,6 % en 2003-2004. Quant à la moyenne nationale, elle était de 10,6 % en 2012-2013.³

Suivi préventif individualisé

Pour l'année scolaire 2013-2014, les 12 CSSS à l'étude et la Clin. comm. de Pte-St-Charles ont réalisés 17 933 SPI. Pour l'année scolaire 2012-2013, le nombre total de SPI s'élevait à 13 458. Il s'agit d'une augmentation importante. En 2012-2013, pour des raisons techniques, les données du CSSS Pointe-de-l'Île étaient absentes, ce qui représente, en 2013-2014, 2 110 SPI supplémentaires. De plus, certains CSSS ont substantiellement augmenté leur nombre de SPI réalisés, spécialement, le deuxième SPI. C'est le cas des CSSS de La Montagne (+ 671 SPI), St-Léonard et St-Michel (+ 427 SPI) et Ouest-de-l'Île (+ 411 SPI). Cette amélioration notable est probablement en lien avec le fait qu'au cours de l'année 2012-2013, les hygiénistes dentaires des CSSS se sont impliquées dans la réalisation de l'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire⁴, laissant moins de temps aux activités normalement conduites.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). Données présentées dans la cadre des Journées de santé dentaire publique du Québec, juin 2013.

² Institut national de santé publique du Québec (2014). Infocentre de santé publique, adapté de Statistique Canada, page consultée le 24 octobre 2014.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). Données présentées dans la cadre des Journées de santé dentaire publique du Québec, juin 2013.

⁴ Cette étude est réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec. Les hygiénistes dentaires des CSSS ont été impliquées dans le choix de l'échantillon, la gestion des formulaires de consentement et l'inscription des données de l'examen de près de 2000 enfants montréalais.

Soulignons que 82,1 % des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle bénéficient d'un premier SPI en maternelle. En principe, l'ensemble des enfants considérés à risque élevé de carie dentaire bénéficie d'un SPI. Le refus de participer ou l'absence de consentement des parents peut expliquer une partie de l'écart observé entre le nombre d'enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle et le nombre d'enfants qui reçoivent un premier SPI au même niveau. En effet, dans le contexte de défavorisation et de fortes proportions d'immigration qui caractérise la région de Montréal, étant donné la barrière linguistique et culturelle, toute démarche de communication avec la famille s'en trouve plus compliquée et peut résulter au refus ou au non-retour de la demande de consentement.

Le PASDP prévoit que les enfants à risque élevé de carie dentaire bénéficient de deux SPI au cours d'une même année scolaire. Le deuxième SPI est réalisé, en moyenne, dans une proportion de 81,3 %. À cet égard, on note une amélioration par rapport aux données de l'an dernier. En effet, le deuxième SPI n'était réalisé que dans une proportion de 69,8 % en 2012-2013. Encore ici, l'implication des hygiénistes dentaires dans l'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire peut expliquer la différence observée.

Application d'agents de scellement de puits et fissures

Le constat général est à l'effet que, bien que l'ensemble des CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles mettent en œuvre l'application d'agents de scellement de puits et fissures sur leur territoire (mis à part le CSSS de l'Ouest-de-l'Île qui ne l'applique pas), il y a encore peu d'enfants qui bénéficient de la mesure. En effet, seulement 7,3 % des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du BET de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures. Il est convenu que la moitié des enfants devraient avoir besoin d'agents de scellement (Coûts normés, ministère de la Santé et des Services sociaux). Ainsi, parmi ceux qui devraient en avoir besoin, seulement 8,6 % d'entre eux en ont reçu.

Par rapport aux données de l'an dernier, on assiste à une augmentation, autant du nombre d'enfants dépistés (1 215 c. 593 l'an dernier) que du nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement (713 c. 389 l'an dernier). Encore ici, l'implication des CSSS dans la réalisation de l'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire a pu expliquer le peu de service observé au regard de l'application de cette mesure pour l'année 2012-2013. Cependant, malgré cette augmentation, le nombre d'enfants bénéficiant de cette mesure demeure faible.

À ce propos, notons que la région de Montréal est parmi celles qui présentent la consolidation la plus faible des postes en hygiène dentaire au Québec (67,8 % des effectifs qui ont été attribués par le MSSS en 1995). De plus, certains CSSS de Montréal assurent une consolidation moins importante des postes en hygiène dentaire que d'autres, limitant d'autant le volume d'interventions possibles.

Notons également que les critères qui ont présidé à la répartition des budgets de développement des postes d'hygiénistes dentaires pour chacune des installations de CLSC en 1995 (indice CAO, indice de pauvreté, nombre d'enfants d'âge scolaire du territoire) sont issus de l'Enquête sur la santé dentaire des élèves québécois de 1983-1984. La situation de plusieurs CSSS ayant grandement évolué depuis près de 30 ans, la répartition régionale des ressources en hygiène dentaire serait peut-être à revoir.

Dans ce contexte, l'atteinte des objectifs du PASDP, à l'effet que l'ensemble des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du BET de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures, et que 90 % des enfants ayant besoin d'agents de scellement en reçoivent, est sérieusement compromise. Depuis de nombreuses années, les services dentaires préventifs des CSSS ont été graduellement recentrés sur les activités scolaires, abandonnant notamment l'intervention auprès des enfants de 0-4 ans et leur famille. Malgré cette orientation visant à répondre aux objectifs du PASDP en matière d'intervention scolaire (SPI et application d'agents de scellement), la région de Montréal n'arrivera pas à atteindre les objectifs du PASDP en matière d'application d'agents de scellement. Certes, la présence de nombreuses communautés culturelles ainsi qu'un taux de pauvreté important à Montréal contribuent à rendre l'intervention plus complexe. Cependant, force est de constater que l'atteinte de ces objectifs devra vraisemblablement passer par une consolidation des ressources en hygiène dentaire.

Il y a peut-être cependant une opportunité qui est offerte de repenser le modèle de prestation de services dans le contexte de la réorganisation attendue du réseau de santé. En effet, la création de cinq Centres intégrés de santé et de services sociaux sur le territoire de Montréal (au lieu de 12 CSSS) créerait des équipes importantes d'hygiénistes dentaires. Cette situation éventuelle pourrait permettre une forme de spécialisation de certaines hygiénistes dentaires autour de l'application d'agents de scellement. Dans un tel contexte, ces hygiénistes dentaires seraient à même de développer une expertise importante au regard de l'application d'agents de scellement et ainsi, améliorer son efficience.

Bien que cette forme de prestation de services (équipe spécialisée) a déjà été envisagée au moment de l'organisation de ce service à Montréal, en 2006, des contraintes majeures liées à la gestion des ressources humaines ont empêché sa réalisation.

Il importe toutefois de mentionner que ce modèle d'organisation se ferait au détriment des activités de dépistage en maternelle et de SPI, les ressources d'hygiénistes dentaires demeurant les mêmes. Ces dernières activités sont très importantes à conserver intégralement puisqu'elles constituent une première étape dans la prévention de la carie dentaire. En effet, l'application topique de fluorure prévue au SPI contribue à prévenir la carie sur les surfaces lisses des dents alors que l'application d'agents de scellement aide à prévenir la carie sur les surfaces de puits et fissures.

CONCLUSION

Les ressources d'hygiénistes dentaires dans les CSSS de Montréal présentent un déficit important par rapport aux ressources attribuées en 1993 par le MSSS (42 ETC – équivalent temps complet à Montréal c. 61,9 ETC attribués). De plus, ces ressources diminuent graduellement avec les années. En effet, les données du rapport financier annuel des établissements (formulaire AS-471) indiquent qu'au cours des quatre dernières années, chaque établissement a perdu, en moyenne, 0,19 ETC en hygiène dentaire, ce qui correspond à une perte régionale de 2,3 ETC sur quatre ans. C'est donc sans surprise qu'à nouveau cette année, un constat important du Bilan régional des activités 2013-2014 du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 est que les services dentaires préventifs ne sont que partiellement rendus, spécialement au regard de l'application d'agents de scellement. En effet:

- 92,0 % des enfants de maternelle bénéficient d'un dépistage buccodentaire systématique (objectif du PASDP: 100 %);
- 82,1 % des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle bénéficient d'un premier suivi préventif individualisé (SPI) en maternelle (objectif du PASDP: 90 %);
- 81,2 % des enfants ayant bénéficié d'un premier SPI bénéficient d'un deuxième SPI au cours d'une même année scolaire (objectif du PASDP: 90 %);
- 7,3 % des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures (objectif du PASDP: 100 %);
- 8,6 % des enfants de deuxième année qui auraient besoin d'agents de scellement de puits et fissures en reçoivent (objectif du MSSS : 90 %).

Au fil des dernières années, l'organisation des services dentaires préventifs dispensés en CSSS s'est graduellement recentrée vers les activités scolaires, notamment le SPI des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire et l'application d'agents de scellement. Malgré ce recentrage des activités, le réseau montréalais de santé dentaire publique est encore très loin des résultats attendus par le MSSS. Ainsi, l'atteinte de ces objectifs devra vraisemblablement passer par une consolidation des ressources en hygiène dentaire dans les CSSS.

À cet effet, rappelons que:

- En 1982, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a réduit sa couverture, déjà limitée pour les services dentaires, aux jeunes de 12 ans et moins et a réduit la couverture pour les services dentaires préventifs aux seuls jeunes de 13 à 15 ans. Pour pallier ces restrictions, le MSSS a, depuis 1982, confié aux directions de santé publique et aux CLSC (CSSS) le mandat de fournir des services préventifs gratuits aux enfants. En 1992, la RAMQ a aboli la couverture pour les services dentaires préventifs.

- Le MSSS a octroyé aux CLSC de la région de Montréal, en 1993, un budget leur permettant de majorer les ressources d'hygiénistes dentaires en CLSC (CSSS) à 61,9 ETC (équivalent temps complet). Présentement, la région de Montréal compte 42 ETC, soit 67,8 % des ressources prévues, la région la moins bien pourvue au Québec avec la région de Laval¹.

Enfin, rappelons également que, dans la foulée de la réorganisation attendue du réseau de la santé, un nouveau modèle de prestation de services pour l'application d'agents de scellement favorisant une meilleure efficience pourrait aussi être envisagé. Il faudra cependant garder en tête l'importance de conserver l'ensemble des activités liées au dépistage en maternelle et aux SPI.

¹ Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, MSSS 2006, p. 54

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

