

ÉVALUATION DE L'APPLICATION DU PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS



S A N T É P U B L I Q U E

COLLECTION

*analyses et //
surveillance*

7

Québec 

EVALUATION DE L'APPLICATION DU PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRES PRÉVENTIFS

Jacques Durocher, D.M.D., M. Sc.

Dentiste-conseil

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,
Direction de la santé publique

Jean-Marc Brodeur, D.D.S., Ph. D.

Professeur

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal
et dentiste-conseil à la Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre, Direction de la santé publique



Remerciements

Nous désirons remercier tous les dirigeants et intervenants qui ont accepté de nous consacrer de leur temps dans le cadre de la présente étude. Plus particulièrement, nous tenons à souligner l'étroite collaboration de mesdames Lucie Cléroux, hygiéniste dentaire, et Nancy Henri, technicienne de recherche. Merci également à mesdames Marie Olivier et Ginette Veilleux, dentistes-conseils, pour leurs précieux commentaires. Nous voulons aussi exprimer notre reconnaissance à tous les membres du comité de planification qui ont soutenu la préparation et la réalisation de ce projet de recherche.

Enfin, un dernier remerciement, et non le moindre, à mesdames Nicole Leduc et Mireille Paradis pour leur minutieux travail de mise en forme de la version préliminaire de ce rapport.

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention accordée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Production :

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Pour plus de renseignements :

Téléphone : **(418) 643-3380**
1 800 707-3380 (sans frais)
Télécopieur : **(418) 644-4574**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Le présent document est disponible pour consultation sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
Bibliothèque nationale du Canada, 1998

ISBN 2-550-33143-5

Tous droits réservés pour tous pays.
Reproduction par quelque procédé que ce soit et traduction, même partielles, interdites sans l'autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Avant-propos

Depuis déjà quelques années, le Programme public de services dentaires préventifs vise une concentration des interventions préventives vers les enfants dits à risque de développer des problèmes de santé buccodentaire. Le but de ce programme s'apparente à l'objectif quinze de la Politique de la santé et du bien-être qui vise, entre autres, une réduction, d'ici l'an 2002, de 50 % des problèmes de carie dentaire chez les enfants de six à douze ans.

Ce document présente, pour chacune des seize régions sociosanitaires étudiées en 1994-1995 la nature et l'ampleur des interventions réalisées, le nombre d'intervenants oeuvrant en hygiène dentaire et les principales contraintes rencontrées dans l'application du Programme public de services dentaires préventifs. Il s'adresse autant aux personnes oeuvrant dans le domaine de la santé dentaire publique, qu'elles fassent partie des décideurs, des intervenants ou des chercheurs, qu'à celles collaborant à son application. Les résultats présentés dans cet ouvrage visent à la fois l'analyse, la planification, la prise de décision et l'évaluation.

La particularité de ce document est de réunir des données provenant de 150 CLSC différents, de couvrir l'ensemble des activités réalisées auprès de la clientèle visée par le programme et de présenter les résultats obtenus selon chacune des régions consultées.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible la publication de cet ouvrage et tout particulièrement ses auteurs. Ils ont fait montre de persévérance et de professionnalisme pour mener à terme ce projet et pour en faire un outil de référence indispensable au suivi de l'évolution de l'application du Programme public de services dentaires préventifs. Je souhaite que ce document soit très utile et que l'information qui y est contenue puisse soutenir le maintien et l'amélioration des actions de prévention et de promotion de la santé buccodentaire destinées aux enfants du Québec.

Le directeur général par intérim de la
Direction générale de la santé publique,

A handwritten signature in black ink, reading 'Léonard Gilbert' in a cursive script.

Léonard Gilbert

Sommaire

La présente étude évalue les niveaux d'application, sur le plan régional, du Programme public de services dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995.

Ce programme vise à améliorer la santé buccodentaire des enfants âgés de 0 à 12 ans et s'adresse en priorité aux enfants dits à risque. Il prévoit des interventions qui seront réalisées par les hygiénistes dentaires présents en CLSC avant que les enfants soient à la maternelle, d'une part, et en milieu scolaire lorsque les enfants sont à la maternelle et au primaire, d'autre part. Les hygiénistes dentaires y sont notamment incités à intervenir de façon individuelle, de la maternelle jusqu'à la troisième année, auprès des enfants qu'un critère provincial aura initialement permis de classer comme des enfants à risque.

L'étude vise plus spécifiquement à déterminer l'effectif d'hygiénistes dentaires de chaque région, à décrire la nature et l'intensité des interventions menées et à relever des faits qui contraignent la réalisation du programme.

Cette évaluation est de type descriptif et aucun devis de recherche particulier n'a été retenu. La population à l'étude est composée de l'ensemble des CLSC (157) de seize régions sociosanitaires du Québec. Un questionnaire postal auto-administré, prétesté à l'automne 1995, a servi à la collecte des données, qui s'est déroulée de février à avril 1996. Le taux de réponse obtenu est de 95,5 %. L'analyse des données n'a donné lieu à aucune inférence et elle est livrée de manière descriptive.

Les résultats sont présentés tour à tour pour chaque région sociosanitaire étudiée ainsi que pour l'ensemble de la province. La synthèse présentée dans la sixième section permet de prendre rapidement connaissance des principaux résultats de cette évaluation.

Table des matières

Introduction	9
Le Programme public de services dentaires préventifs	11
Objectifs de l'évaluation	13
Méthode d'évaluation	15
1. Stratégie de recherche et population à l'étude	15
2. Collecte des données	15
3. Analyse des données	16
Résultats de l'évaluation	17
1. Région 01 — Bas-Saint-Laurent	19
2. Région 02 — Saguenay–Lac-Saint-Jean	27
3. Région 03 — Québec	35
4. Région 04 — Mauricie et du Centre-du-Québec	43
5. Région 05 — Estrie	51
6. Région 06 — Montréal-Centre	59
7. Région 07 — Outaouais	68
8. Région 08 — Abitibi-Témiscamingue	76
9. Région 09 — Côte-Nord	84
10. Région 10 — Nord-du-Québec	92
11. Région 11 — Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	100
12. Région 12 — Chaudière-Appalaches	108
13. Région 13 — Laval	116
14. Région 14 — Lanaudière	124
15. Région 15 — Laurentides	133
16. Région 16 — Montérégie	142
17. Province	151
Synthèse	159
Conclusion	165
Annexes	167

Liste des annexes

1. Interventions à privilégier dans le cadre du Programme public de services
dentaires préventifs en milieu scolaire 169
2. Liste des régions sociosanitaires (et de leurs CLSC) étudiées 173
3. Liste des CLSC (et de leur région sociosanitaire) ayant participé au prétest de
l'instrument de mesure 179
4. Questionnaire relatif à l'application du Programme public de services
dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995 183
5. Lettres de présentation et d'information 191

Liste des figures

1. Interventions réalisées avant la maternelle
2. Interventions réalisées au primaire
3. Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)
4. Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel
5. Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)
6. Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)

Régions et province	Figures	Pages
01 — Bas-Saint-Laurent	1.1 à 1.6	23-26
02 — Saguenay–Lac-Saint-Jean	2.1 à 2.6	31-34
03 — Québec	3.1 à 3.6	39-42
04 — Mauricie et du Centre-du-Québec	4.1 à 4.6	47-50
05 — Estrie	5.1 à 5.6	55-58
06 — Montréal-Centre	6.1 à 6.6	64-67
07 — Outaouais	7.1 à 7.6	72-75
08 — Abitibi-Témiscamingue	8.1 à 8.6	80-83
09 — Côte-Nord	9.1 à 9.6	88-91
10 — Nord-du-Québec	10.1 à 10.6	96-99
11 — Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	11.1 à 11.6	104-107
12 — Chaudière-Appalaches	12.1 à 12.6	112-115
13 — Laval	13.1 à 13.6	120-123
14 — Lanaudière	14.1 à 14.6	129-132
15 — Laurentides	15.1 à 15.6	138-141
16 — Montérégie	16.1 à 16.6	147-150
17 — Province	17.1 à 17.6	154-157

Introduction

En mars 1995, madame Christine Colin, sous-ministre adjointe de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), confiait à une équipe de chercheurs dirigée par le docteur Jean-Marc Brodeur la responsabilité de réaliser, entre autres, une évaluation de l'application du Programme public de services dentaires préventifs.

Le mandat donné à cette équipe prévoyait premièrement la conception et la validation d'un instrument pouvant servir à évaluer l'application du programme. Les chercheurs ont privilégié un questionnaire auto-administré, destiné aux centres locaux de services communautaires (CLSC). Une fois conçu, ce questionnaire fut prétesté à l'automne 1995. L'instrument final a ensuite été déposé en janvier 1996 au comité de planification chargé, à la demande du MSSS, de s'assurer de la réalisation du projet, en concertation et en conformité avec les attentes et les besoins des régions et du Ministère.

La deuxième partie du mandat prévoyait l'évaluation comme telle, dans la majorité des régions du Québec, du niveau d'application du Programme public de services dentaires préventifs. À la suggestion des chercheurs, le Comité de planification retint l'année 1994-1995 comme année de référence pour cette évaluation. Le présent rapport fait état du déroulement et des résultats de cette évaluation qui, comme le souhaitait le Ministère, devrait permettre de déterminer les instruments à privilégier dans la préparation d'un guide devant servir à l'évaluation annuelle du programme dans les différentes régions du Québec.

Nous ferons tout d'abord un bref rappel du programme lui-même et de certains événements qui ont récemment influencé sa mise en application. Nous enchaînerons avec les objectifs de cette évaluation et la méthode de recherche adoptée, pour ensuite livrer les résultats obtenus pour chaque région et pour l'ensemble de la province. Enfin, nous ferons ressortir les points saillants de l'application du programme en 1994-1995.

Le Programme public de services dentaires préventifs

Le Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP), révisé en 1990, s'adresse en priorité aux enfants dits à risque, donc plus vulnérables que la moyenne quant à leur santé buccodentaire.

Le PPSDP cible les enfants de 0 à 12 ans et vise à améliorer leur santé buccodentaire par l'atteinte de trois grands objectifs :

- réduire les inégalités, relativement à la carie dentaire, chez les enfants de 5 à 12 ans;
- encourager le recours aux soins dentaires chez les enfants de 5 à 12 ans ayant un besoin évident de traitement de la carie;
- rendre possible, pour les enfants de 0 à 12 ans, l'acquisition d'habitudes de vie favorables au maintien de la santé buccodentaire.

Afin d'assurer l'application du programme dans toutes les régions, le MSSS soutenait en 1993 la création de nouveaux postes d'hygiénistes dentaires en CLSC. Concomitamment, les hygiénistes dentaires étaient invités, en 1994, à suivre une session de formation visant à uniformiser l'utilisation de certains outils du programme (notamment le critère de classification des enfants à risque). Cette session de formation permettait aussi de présenter aux hygiénistes dentaires une formule d'implantation du programme en milieu scolaire privilégiant le suivi individuel des enfants à risque de la maternelle et du premier cycle du primaire. L'année 1994-1995 allait ainsi devenir la première année d'une implantation plus générale et plus uniforme du PPSDP dans l'ensemble des régions de la province.

Le PPSDP suggère que 70 % du temps d'intervention soit consacré aux enfants classés à risque et que 30 % le soit aux autres.

Le programme prévoit des interventions avant que les enfants soient à la maternelle. À cet âge, les interventions peuvent ne pas être restreintes aux enfants et demander aussi la participation des parents. Cette partie du programme n'est pas très détaillée, mais elle invite l'hygiéniste à intervenir, directement ou indirectement, dans les cliniques d'immunisation, les garderies, etc.

Le programme prévoit aussi, et de façon beaucoup plus importante, des interventions auprès des enfants qui sont à la maternelle ou au primaire (voir annexe 1). Les enfants à risque doivent être identifiés dès la maternelle et suivis de façon individuelle, à raison de deux sessions d'activités par année, jusqu'en 3^e année; ce suivi devrait ensuite se faire en groupes jusqu'à la 6^e année.

Objectifs de l'évaluation

L'objectif général de cette évaluation est de connaître le niveau d'application, sur le plan régional, du Programme public de services dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995.

Quatre objectifs spécifiques ont été fixés :

- 1) déterminer l'effectif d'hygiénistes dentaires présent;
- 2) décrire la nature et l'intensité des interventions réalisées dans le cadre du programme;
- 3) décrire la nature des interventions hors-programme;
- 4) relever les faits qui ont semblé contraindre la réalisation des interventions liées au programme.

Méthode d'évaluation

1. Stratégie de recherche et population à l'étude

Cette évaluation s'apparente beaucoup plus à une évaluation administrative qu'à une recherche évaluative. Elle vise avant tout à décrire le degré de mise en œuvre des différentes interventions prévues par le programme; accessoirement, elle vise aussi à déterminer ce qui semble contraindre l'application du programme. Cette évaluation est donc de type descriptif et aucun devis de recherche particulier n'a été retenu.

La population à l'étude est composée de l'ensemble des CLSC (157) de seize des dix-huit régions sociosanitaires de la province de Québec (voir annexe 2). À la demande du Ministère, les régions 17 et 18 ont été exclues de l'étude, l'application du programme, et son évaluation, devant y être traitées de façon particulière.

2. Collecte des données

Un questionnaire postal auto-administré (voir annexe 4), prétesté à l'automne 1995 auprès de treize CLSC situés dans huit régions sociosanitaires de la province (voir annexe 3), a été utilisé pour la collecte des données. Ce questionnaire comprenait douze questions, souvent ouvertes, qui visaient à recueillir de l'information colligée au niveau des CLSC. Il incluait aussi un formulaire que les répondants devaient utiliser pour transmettre des renseignements colligés dans chaque école concernée.

Essentiellement, la collecte des données s'est déroulée du 19 février au 26 avril 1996 auprès des 157 CLSC visés, mais, à la demande de quelques-uns d'entre eux, certains questionnaires ont été acceptés après le 26 avril 1996. Un premier envoi postal, constitué d'une lettre de présentation (annexe 5) destinée au directeur général, d'un exemplaire du questionnaire et d'une enveloppe-réponse préaffranchie, fut effectué le 19 février 1996 (il faut noter qu'à la suite d'une erreur, un CLSC n'a pu recevoir cet envoi que quelques semaines plus tard). Concomitamment, la Direction générale de la santé publique du MSSS faisait parvenir aux directeurs régionaux de la santé publique une lettre d'information (annexe 5) accompagnée d'une copie des documents acheminés aux CLSC. Enfin, un rappel postal (annexe 5) a été fait le 28 mars 1996 auprès des CLSC qui n'avaient pas encore répondu. Globalement, le taux de réponse obtenu fut de 95,5 %.

3. Analyse des données

Les données quantitatives et qualitatives contenues dans les questionnaires retournés ont été saisies durant les mois de mai et juin 1996 et traitées de juillet à septembre 1996 au moyen des logiciels D-Base IV et SPSS-Windows.

Ces données n'ont pas été recueillies auprès d'un échantillon aléatoire de la population à l'étude mais bien auprès de l'ensemble de cette population. L'analyse des données n'a donc pas donné lieu à des inférences statistiques ou autres.

L'analyse des données quantitatives a été faite par synthèses au moyen de statistiques descriptives alors que l'analyse des données qualitatives, livrée aussi de manière descriptive, a été faite par synthèses et regroupements autour de thèmes particuliers.

Résultats de l'évaluation

Les résultats seront livrés tour à tour pour chaque région sociosanitaire étudiée ainsi que pour l'ensemble de la province. Évidemment, un plan de présentation uniforme a été retenu afin d'en faciliter la lecture et de favoriser les comparaisons entre les régions et le cumul provincial.

Avant tout, nous tenons à signaler que la présentation des résultats relatifs à l'application du programme en milieu scolaire insiste davantage sur la réalisation des interventions en maternelle, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, parce qu'elles sont plus variées. Aussi, parce que l'année 1994-1995 constitue souvent la première année d'une implantation graduelle du programme en milieu scolaire, qui commence par la maternelle. Enfin, parce que 1994-1995 marque le début d'une uniformisation de l'application du programme, dont les premiers effets comparables (d'un point de vue interrégional) se retrouvent surtout à la maternelle, notamment quant aux proportions d'enfants à risque et quant aux interventions menées auprès de ces derniers.

Il est aussi important d'apporter certaines précisions méthodologiques pour que les résultats présentés soient bien lus.

Il faut se rappeler qu'il s'agit d'une étude réalisée auprès de l'ensemble d'une population. Pour être plus précis, il s'agit d'une étude réalisée auprès de l'ensemble de chaque sous-population (les régions) d'une population (la province). L'obtention exhaustive de données valides est donc l'enjeu de ce type d'enquête.

Le taux de non-réponse au questionnaire (ou à certaines questions) est déterminant. À cet égard, on doit noter que sept CLSC de quatre régions différentes n'ont pas répondu au questionnaire : un CLSC de la région 05, quatre CLSC de la région 06, un CLSC de la région 09 et un CLSC de la région 14 (voir note 1). Il faut aussi ajouter que, pour diverses raisons, les données décrivant l'intensité des interventions menées en milieu scolaire par six CLSC de cinq régions différentes n'étaient pas disponibles : un CLSC de la région 06, deux CLSC de la région 07, un CLSC de la région 11, un CLSC de la région 14 et un CLSC de la région 16. Enfin, nous devons mentionner que d'autres données étaient manquantes ou incomplètes, mais de façon occasionnelle seulement.

Le rejet de certaines données est aussi déterminant. À cet égard, il faut signaler que certaines données aberrantes ont dû, après analyse, être rejetées. Elles concernaient surtout, et pour plusieurs régions, les nombres d'enfants auprès desquels des interventions ont été menées dans le cadre du suivi individuel en maternelle (les résultats des régions 11, 14 et 15 semblent en être les plus affectés). Elles concernaient aussi, pour les régions 11 et 14, les nombres d'enfants pour lesquels des autorisations de procéder à un suivi individuel ont été demandées et obtenues.

Enfin, il faut souligner que, par prudence, certains résultats ont été traduits sous forme de proportions approximatives.

Toutes ces précisions méthodologiques ne visent pas à entacher la valeur des résultats et encore moins les retombées attendues de cette évaluation. Elles veulent plutôt permettre au Ministère de bien interpréter les résultats présentés afin qu'il en tire le meilleur profit.

Note 1 : En novembre 1994, il y avait :

- 0,4 (etp) hygiéniste dentaire en poste au CLSC non répondant de la région 05;
- 2,0 (etp) hygiénistes dentaires en poste dans chacun de deux des CLSC non répondants de la région 06, et aucun hygiéniste dentaire en poste dans les deux autres CLSC non répondants de cette région;
- 1,5 (etp) hygiéniste dentaire en poste au CLSC non répondant de la région 09;
- 0,6 (etp) hygiéniste dentaire en poste au CLSC non répondant de la région 14.

Tiré de : *L'évolution de la situation des postes en hygiène dentaire dans les CLSC du Québec 1992-1994*, Syndicat des professionnels et des techniciens de la santé du Québec (SPTSQ), mai 1995, 79 p.

1. Région 01

Bas-Saint-Laurent

Taux de réponse

La région du Bas-Saint-Laurent comprend neuf CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (9/9) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

Le Bas-Saint-Laurent avait, en 1994-1995, un effectif de 10 hygiénistes dentaires en poste (9 permanents et un contractuel), équivalant à 7,9 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par neuf CLSC sur neuf dans la région.

La figure 1.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par quatre CLSC sur neuf, en garderie par six CLSC sur neuf, en prématernelle par neuf CLSC sur neuf et en d'autres lieux par six CLSC sur neuf.

En clinique d'immunisation, des activités éducatives, de même que des activités d'information et de dépistage, ont été réalisées par l'infirmière ou par l'hygiéniste.

En garderie, des activités éducatives, de même que des activités d'information et de dépistage, ont été réalisées. Des interventions ont aussi été faites en milieu de garde familial.

En prématernelle, les répondants au questionnaire précisent qu'il y a eu des activités éducatives et des activités d'information et de dépistage, et que l'on a procédé à la distribution de comprimés de fluor. Des prématernelles privées ont été visitées, alors que d'autres prématernelles (publiques) n'ont été visitées qu'au moment de l'intervention en maternelle.

Il y a aussi eu intervention en clinique de dépistage avec d'autres professionnels travaillant en CLSC. L'un des répondants mentionne aussi sa participation à un projet-pilote visant à développer les aptitudes parentales. On note aussi qu'il y a eu participation aux activités d'une ludothèque.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les neuf CLSC de la région et environ 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. On nous a signalé le fait qu'une école n'offrait que le deuxième cycle du primaire et que le programme n'y était pas appliqué.

Interventions au niveau primaire

La figure 1.2 montre que :

- des activités de masse (promotionnelles et éducatives) ont été tenues par neuf CLSC sur neuf dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, ces activités ont été réalisées de façon assez complète par un CLSC sur neuf et de façon plutôt partielle par huit CLSC sur neuf;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par seulement six des neuf CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par cinq CLSC sur neuf et de façon plutôt partielle par un CLSC sur neuf.
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été réalisés par seulement trois CLSC sur neuf dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par deux CLSC sur neuf, et de façon plutôt partielle par un CLSC sur neuf.

Interventions au niveau de la maternelle

Environ 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 1.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 99,4 % et d'un dépistage dans une proportion de 99,4 %. On peut aussi noter que 57,3 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 12,4 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 22,0 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 1.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 75,0 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 94,7 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 1.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 100 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 41,0 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 87,6 % des cas.

La figure 1.6 montre que :

- les parents de 55,2 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 39,2 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (20 %) ou à deux reprises (75 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 70 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (15 %) ou à deux reprises (55 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (20 %) ou à deux reprises (75 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 70 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (15 %) ou à deux reprises (55 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC de la région sont variées. Plusieurs thèmes y ont été abordés : brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, alimentation, visite chez le dentiste. Plusieurs outils y ont également été utilisés : cahiers d'activités, bandes vidéo, lettres aux parents, rince-dents fluorés, jeux-questionnaires informatisés.

Les activités éducatives individuelles mentionnées par les répondants se rapportaient à la coloration de la plaque, à l'indice OHIS, au brossage des dents, à l'utilisation de la soie dentaire et à l'alimentation. Certaines activités ont aussi été réalisées à l'aide de cahiers.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par téléphone, par des rencontres et par écrit. Les cahiers d'activités étaient rapportés à la maison par les enfants. Des commentaires écrits ont été échangés avec les parents.

L'application topique de fluor, qui faisait partie des activités réalisées, a été faite à l'aide de rince-dents, de gel ou de vernis.

Les suivis en petits groupes qui ont été effectués comprenaient des activités éducatives (brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, test de plaque, alimentation) et l'application topique de fluor.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Selon les répondants, cela peut être lié au fait que 1994-1995 constituait la première année d'implantation du programme. Ceux-ci ont également dit avoir rencontré des difficultés d'organisation (locaux, horaires) et avoir dû faire face à un manque de temps et d'équipement. Enfin, il semble que la participation des parents ait exigé trop de temps de la part de ceux-ci et qu'après le premier suivi individuel en maternelle, leur participation ait diminué.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 62 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par trois CLSC sur neuf dans la région. Il s'agit d'interventions auprès de personnes âgées, de jeunes mères à risque et d'élèves du secondaire III.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 1.1 Interventions réalisées avant la maternelle

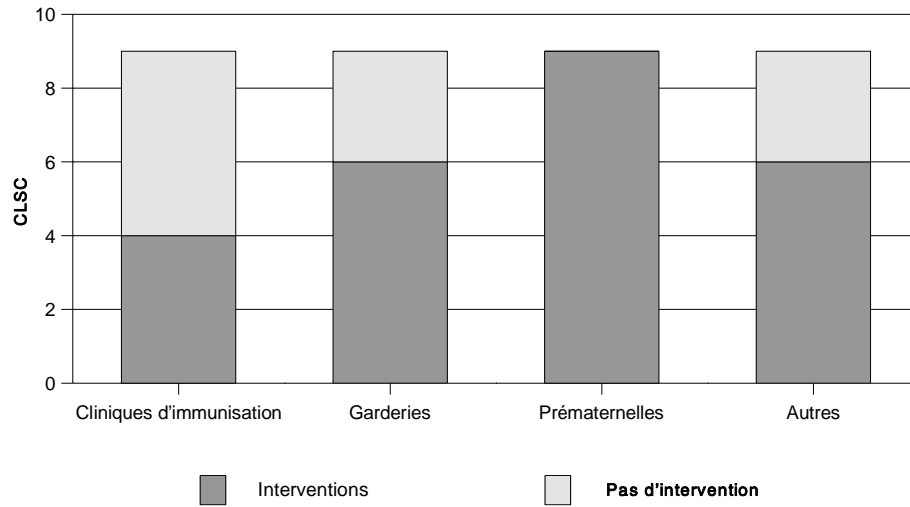


Figure 1.2 Interventions réalisées au primaire

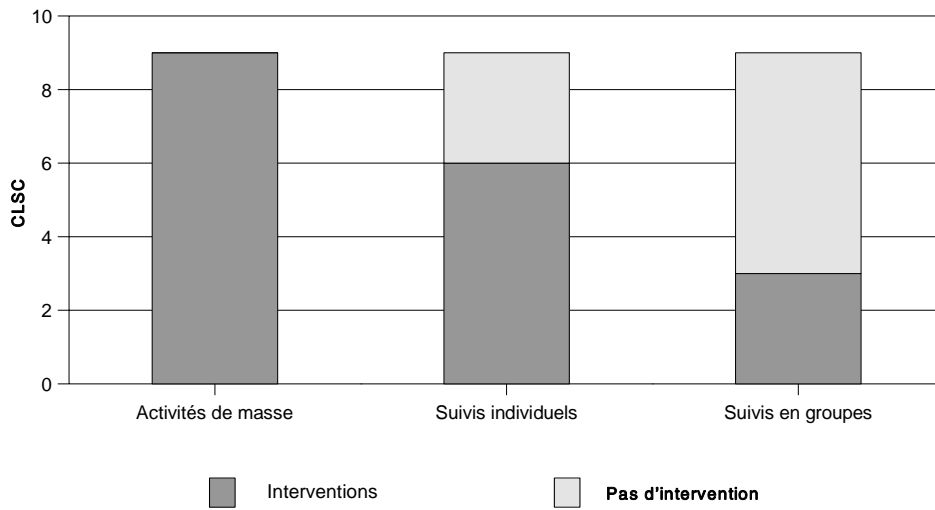


Figure 1.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

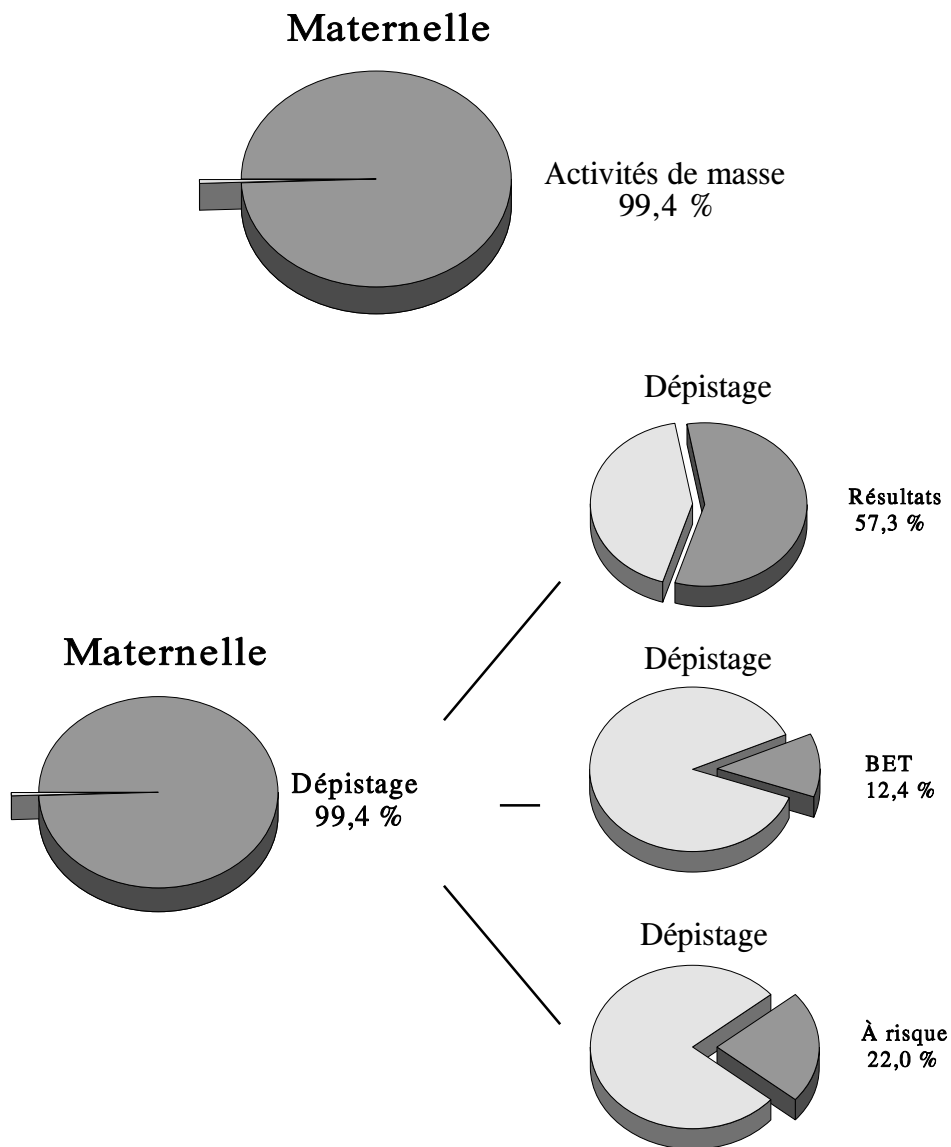


Figure 1.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

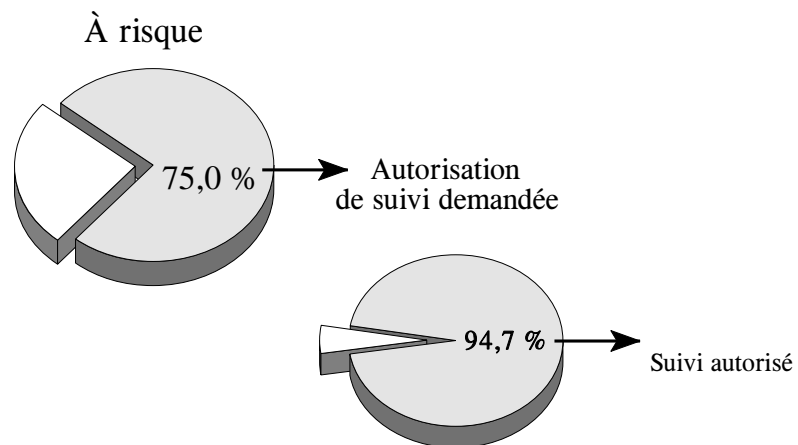


Figure 1.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

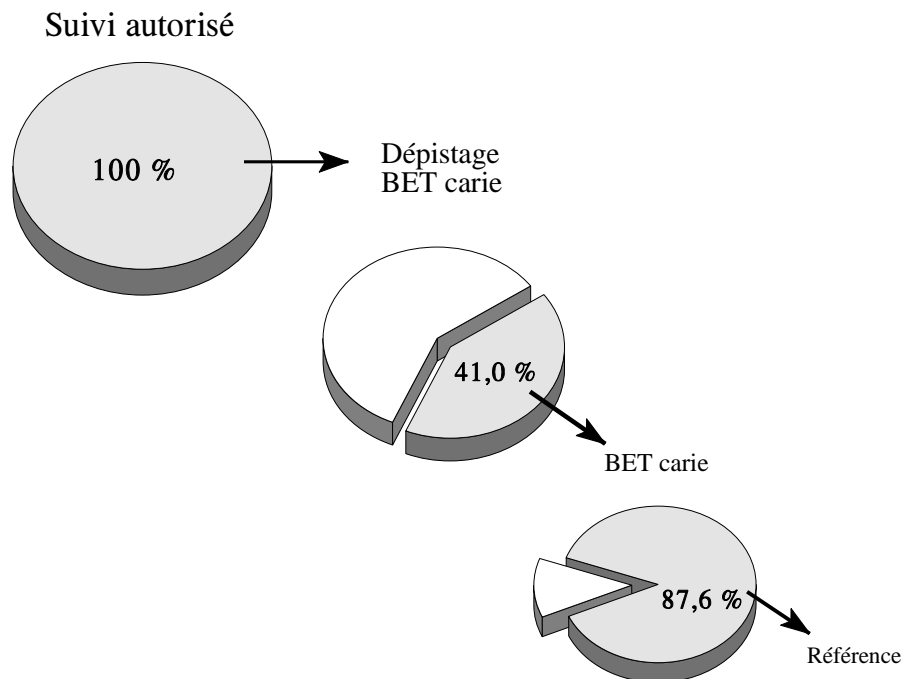
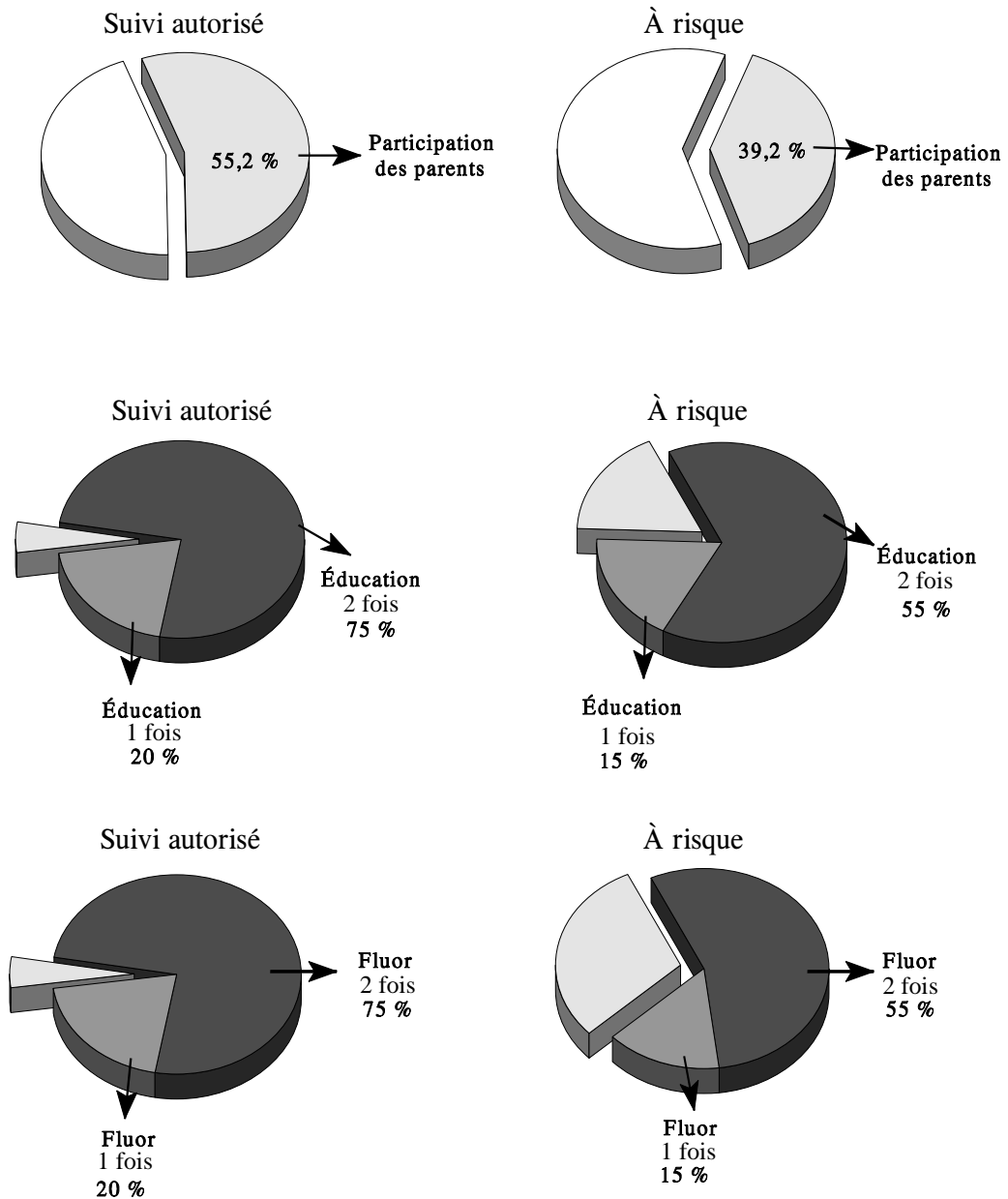


Figure 1.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



2. Région 02

Saguenay–Lac-Saint-Jean

Taux de réponse

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean comprend sept CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (7/7) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

Le Saguenay–Lac-Saint-Jean avait, en 1994-1995, un effectif de 13 hygiénistes dentaires en poste (8 permanents et 5 contractuels) équivalant à 10,7 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par sept CLSC sur sept dans la région.

La figure 2.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par cinq CLSC sur sept, en garderie par cinq CLSC sur sept, en prématernelle par quatre CLSC sur sept, et en d'autres occasions par deux CLSC sur sept.

En clinique d'immunisation, des activités éducatives et des activités d'information et de dépistage ont été réalisées par l'infirmière, par l'hygiéniste ou par un stagiaire (du cégep de Chicoutimi).

En garderie, des activités éducatives ont été réalisées. On y a aussi fait des prêts de matériel éducatif.

En prématernelle, les répondants indiquent que certaines rencontres éducatives et de dépistage ont été organisées.

Il y a aussi eu intervention en clinique de dépistage avec d'autres professionnels travaillant en CLSC. Un des CLSC de la région a organisé une activité éducative au « Jardin du coin ».

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les sept CLSC de la région et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Interventions au niveau primaire

La figure 2.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par sept CLSC sur sept dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, ces activités ont été réalisées de façon assez complète par trois CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par quatre CLSC sur sept;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été réalisés par tous les CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par six CLSC sur sept, alors qu'ils ont été effectués de façon plutôt partielle par un CLSC sur sept;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par seulement cinq CLSC sur sept dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été effectués de façon plutôt partielle par cinq CLSC sur sept.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 2.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 96,1 % et d'un dépistage dans une proportion de 93,8 %. On peut aussi noter que 31,7 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 7,8 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 30,6 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 2.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 11,6 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 92,0 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 2.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 18,3 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, aucun ne présentait un besoin.

La figure 2.6 montre que :

- 5,2 % des parents des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 0,6 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 25 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (15 %) ou à deux reprises (10 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 2 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (1 %) ou à deux reprises (1 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 15 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 1 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une reprise.

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC sont variées. Plusieurs thèmes y ont été abordés : brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, alimentation, visite chez le dentiste. Des diapositives, des cassettes et des bandes vidéo ont été utilisées pour la réalisation de ces activités, qui pouvaient aussi être dirigées par des stagiaires.

Les activités éducatives individuelles mentionnées par les répondants se rapportaient à la carie, à l'hygiène, à la visite chez le dentiste et à l'alimentation. Au cours de ces activités, on a aussi utilisé l'indice OHIS et on a fait le relevé des faces dentaires atteintes.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle a été sollicitée de différentes façons : interventions téléphoniques, rencontres, envoi de lettres ou de feuillets explicatifs accompagnés de notes personnalisées.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de rince-dents, de gel ou de vernis.

Les suivis en petits groupes qui ont été effectués comprenaient des activités d'information et des activités éducatives. Des rince-dents fluorés ont aussi été utilisés.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Les répondants ont ici invoqué le manque de temps, le fait que le programme en soit à sa phase d'implantation et le choix de certaines interventions pour expliquer la réalisation incomplète du programme en milieu scolaire.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 66 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par six des sept CLSC de la région. Ces interventions comportaient diverses activités : questionnaire éducatif destiné aux employés des CLSC, article publié dans un journal local, supervision de stagiaires, journée de promotion au cégep de Jonquière (mois de la santé dentaire), activités spéciales à l'Halloween dans une école « à risque élevé », rencontres de groupes au secondaire et en éducation spécialisée.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 2.1 Interventions réalisées avant la maternelle

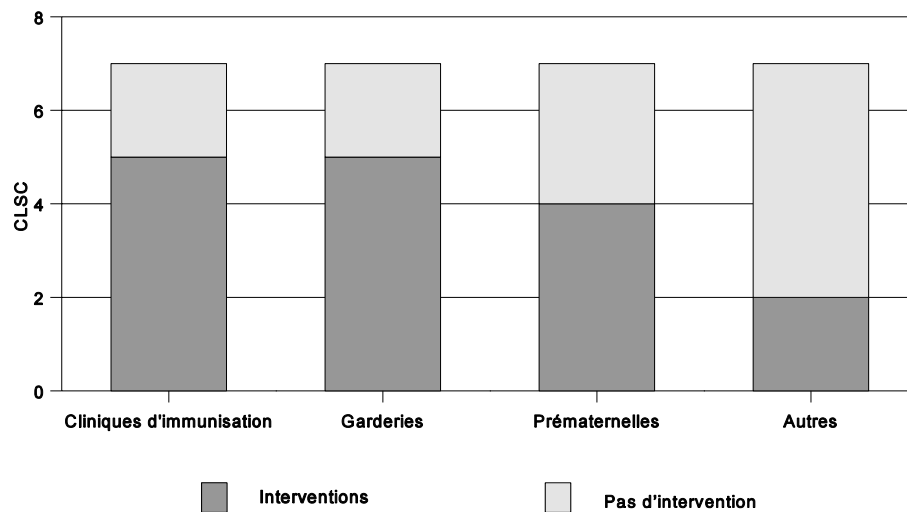


Figure 2.2 Interventions réalisées au primaire

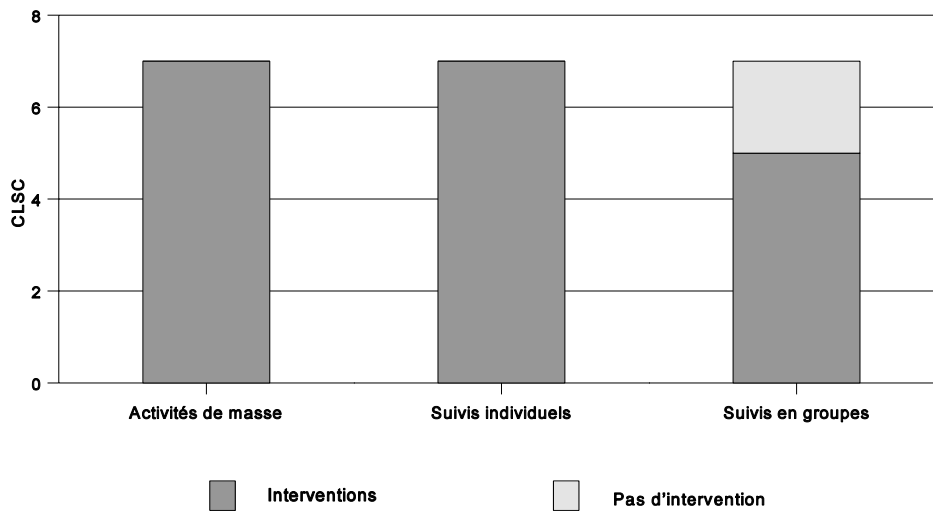


Figure 2.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

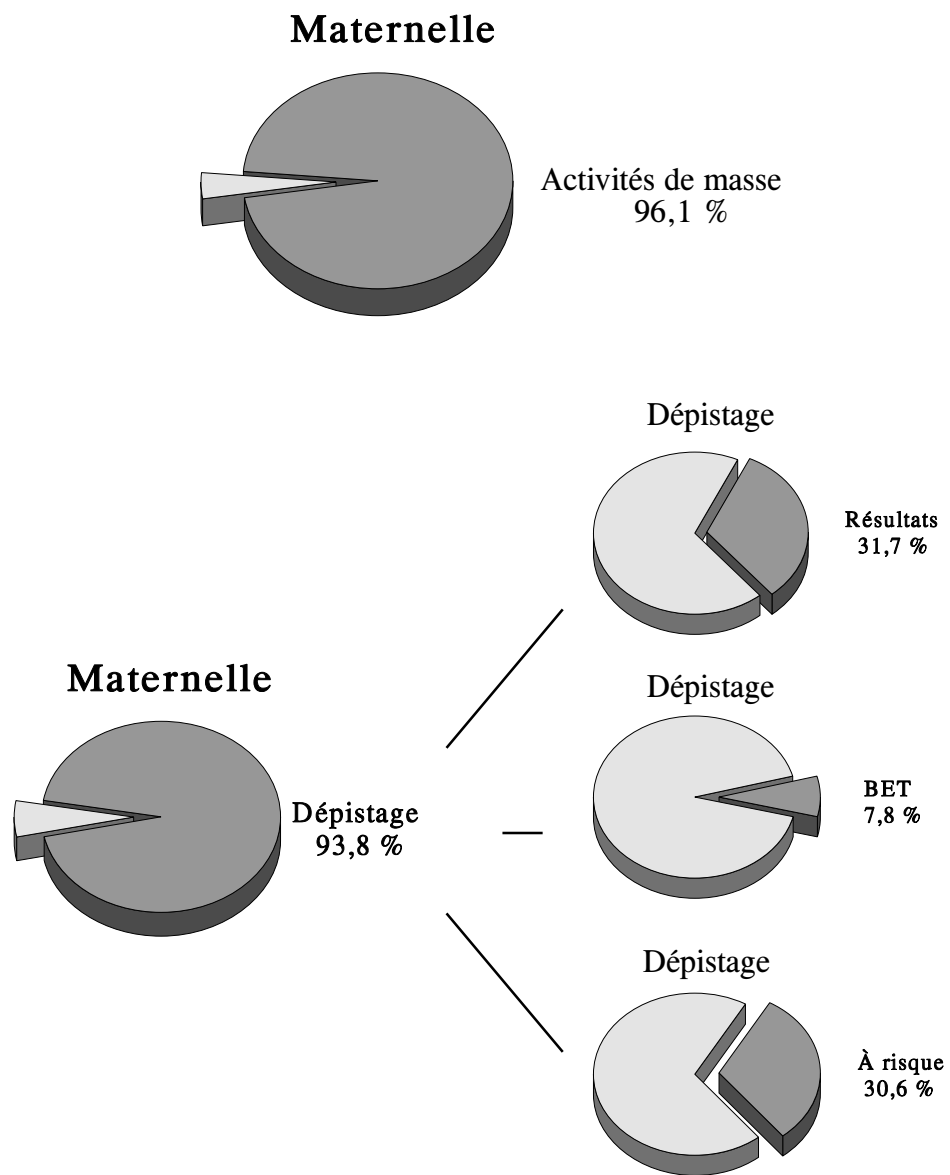


Figure 2.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

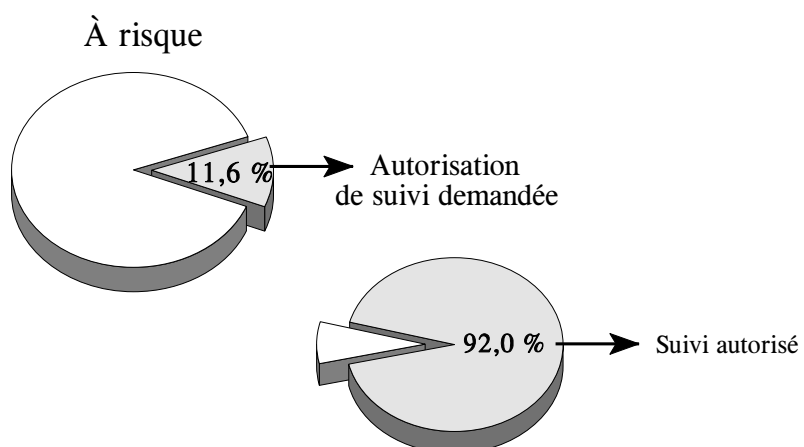


Figure 2.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage)

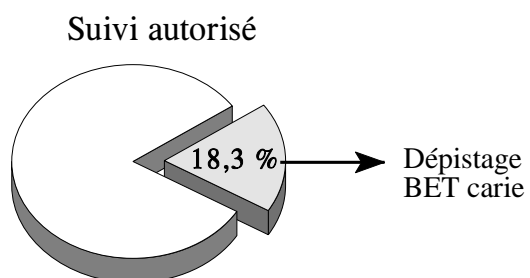
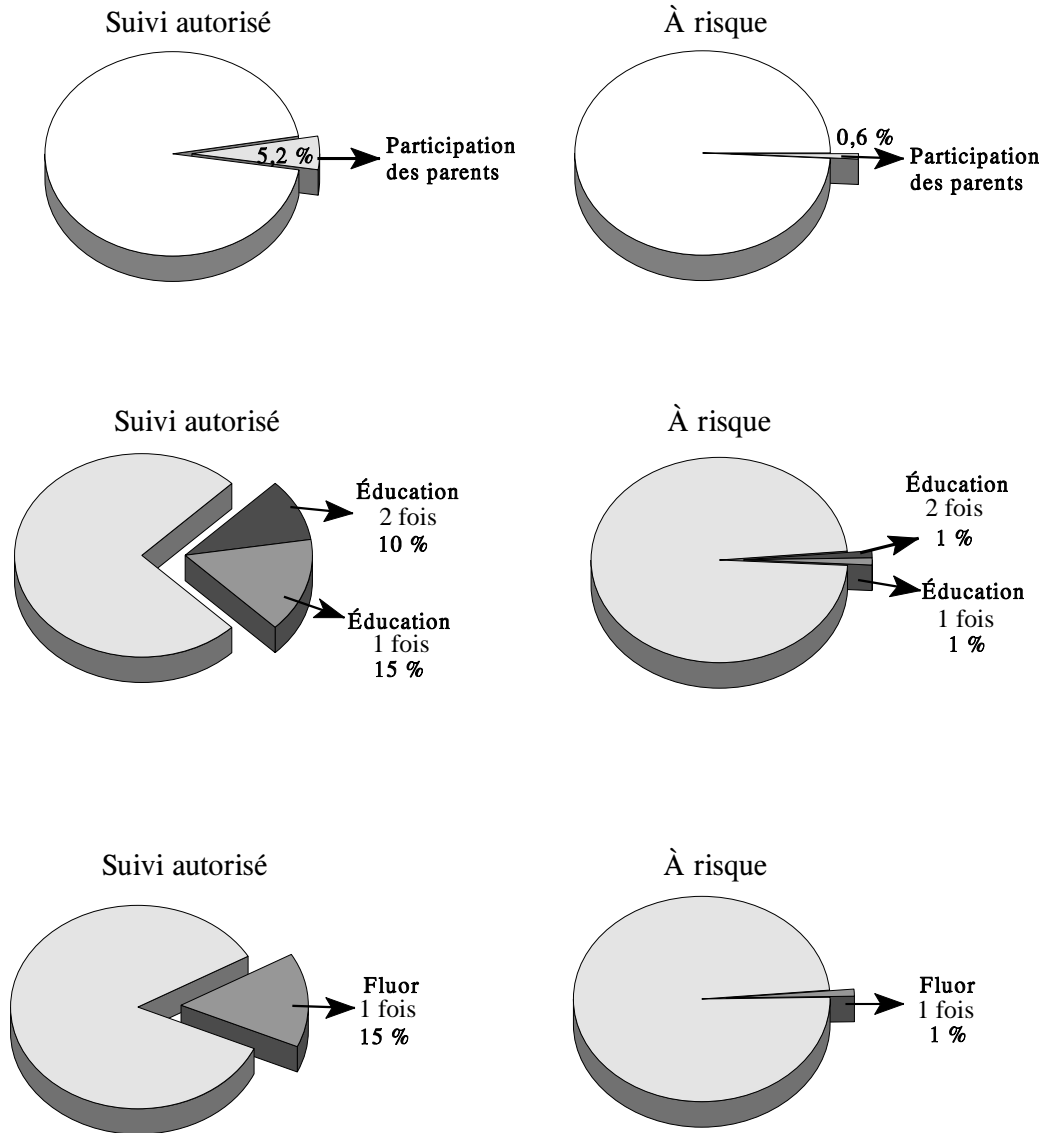


Figure 2.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



3. Région 03

Québec

Taux de réponse

La région de Québec comprend dix CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (10/10) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de Québec avait, en 1994-1995, un effectif de 21 hygiénistes dentaires en poste (18 permanents et 3 contractuels) équivalant à 18,7 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par neuf CLSC sur dix dans la région.

La figure 3.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par trois CLSC sur dix, en garderie par huit CLSC sur dix, en prématernelle par sept CLSC sur dix et en d'autres occasions par cinq CLSC sur dix.

En clinique d'immunisation, des activités éducatives et des activités d'information, de dépistage et de référence ont été réalisées. L'hygiéniste y servait de personne-ressource pour l'infirmière en périnatalité.

En garderie, des activités éducatives et des activités d'information, de dépistage et de référence ont aussi été réalisées. Il y eut également distribution de matériel à des intervenants relais.

En prématernelle, les répondants précisent qu'il y a eu des activités éducatives et des activités de dépistage, et que l'on a procédé à des suivis. Des cartes d'anniversaire (avec information) ont aussi été envoyées aux enfants de 3 ans.

Il y a aussi eu intervention en clinique de dépistage avec d'autres professionnels travaillant en CLSC. Des interventions éducatives dans le secteur prénatal ont également eu lieu.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les dix CLSC de la région et plus de 80 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants invoquent le manque de ressources et l'application graduelle du programme pour justifier cette implantation partielle.

Interventions au niveau primaire

La figure 3.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par seulement sept CLSC sur dix dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon plutôt partielle par ces sept CLSC;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été réalisés par seulement six CLSC sur dix dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par trois CLSC sur dix, et de façon plutôt partielle par trois CLSC sur dix également;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par seulement deux CLSC sur dix dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par un CLSC sur dix, et de façon plutôt partielle par un CLSC sur dix également.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 3.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 99,5 % et d'un dépistage dans une proportion de 98,3 %. On peut aussi noter que 70,0 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 10,3 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 19,4 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 3.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 87,5 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 88,3 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 3.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 76,2 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 23,0 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 98,5 % des cas.

La figure 3.6 montre que :

- 49,6 % des parents des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 38,3 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 85 % ont bénéficié d'une approche éducative à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 70 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une reprise;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 85 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 70 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une reprise.

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les répondants couvraient plusieurs thèmes : brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, alimentation, visite chez le dentiste. Différents outils ont été utilisés pour ces activités (jeux, napperons, etc.) et des déjeuners santé ont été organisés.

Les activités éducatives individuelles réalisées se rapportaient au brossage des dents, à l'utilisation de la soie dentaire et à l'alimentation.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle a été sollicitée de différentes façons : interventions téléphoniques, rencontres (à l'occasion de déjeuners santé ou au moment du suivi individuel) et envoi de lettres et de dépliants. Les parents et les enfants étaient invités à faire un suivi à la maison et à utiliser des calendriers de brossage.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de gel ou de vernis.

Les suivis en petits groupes comprenaient des activités éducatives (brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, plaque, alimentation) et l'envoi d'information aux parents.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Parmi les facteurs évoqués, les répondants ont mentionné l'implantation progressive du programme, le manque de ressources, des négociations difficiles avec certaines écoles, le manque d'équipement et, enfin, le fait qu'il s'agisse d'une année de transition. Ils ont aussi ajouté qu'il était nécessaire d'établir un ordre de priorité pour les interventions.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 48 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par neuf CLSC sur dix dans la région. Les répondants rapportent des activités de toutes sortes : déjeuners santé et bingos santé (maternelle et primaire), cliniques préventives en classes spéciales, interventions auprès d'enfants handicapés (et de leurs parents), installation d'un kiosque dans une polyvalente, activités auprès de personnes âgées et d'adolescents, interventions individuelles pour la succion du pouce, rédaction d'articles, interventions auprès d'adultes handicapés, participation à la clinique d'été de l'Université Laval et activités dans le cadre du mois de la santé dentaire.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 3.1 Interventions réalisées avant la maternelle

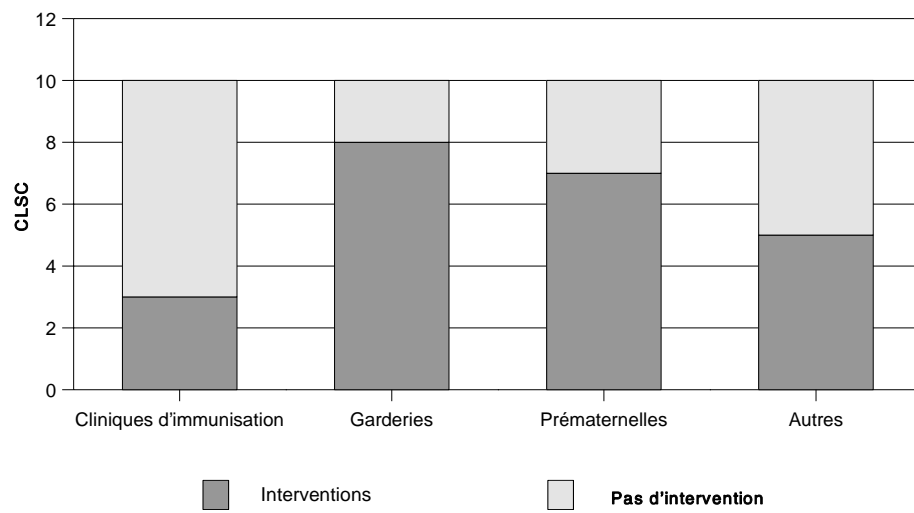


Figure 3.2 Interventions réalisées au primaire

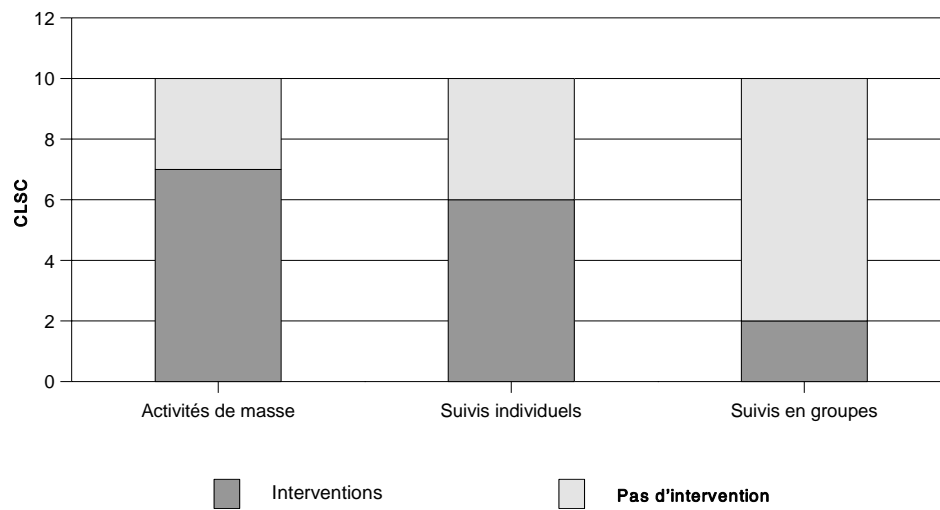


Figure 3.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

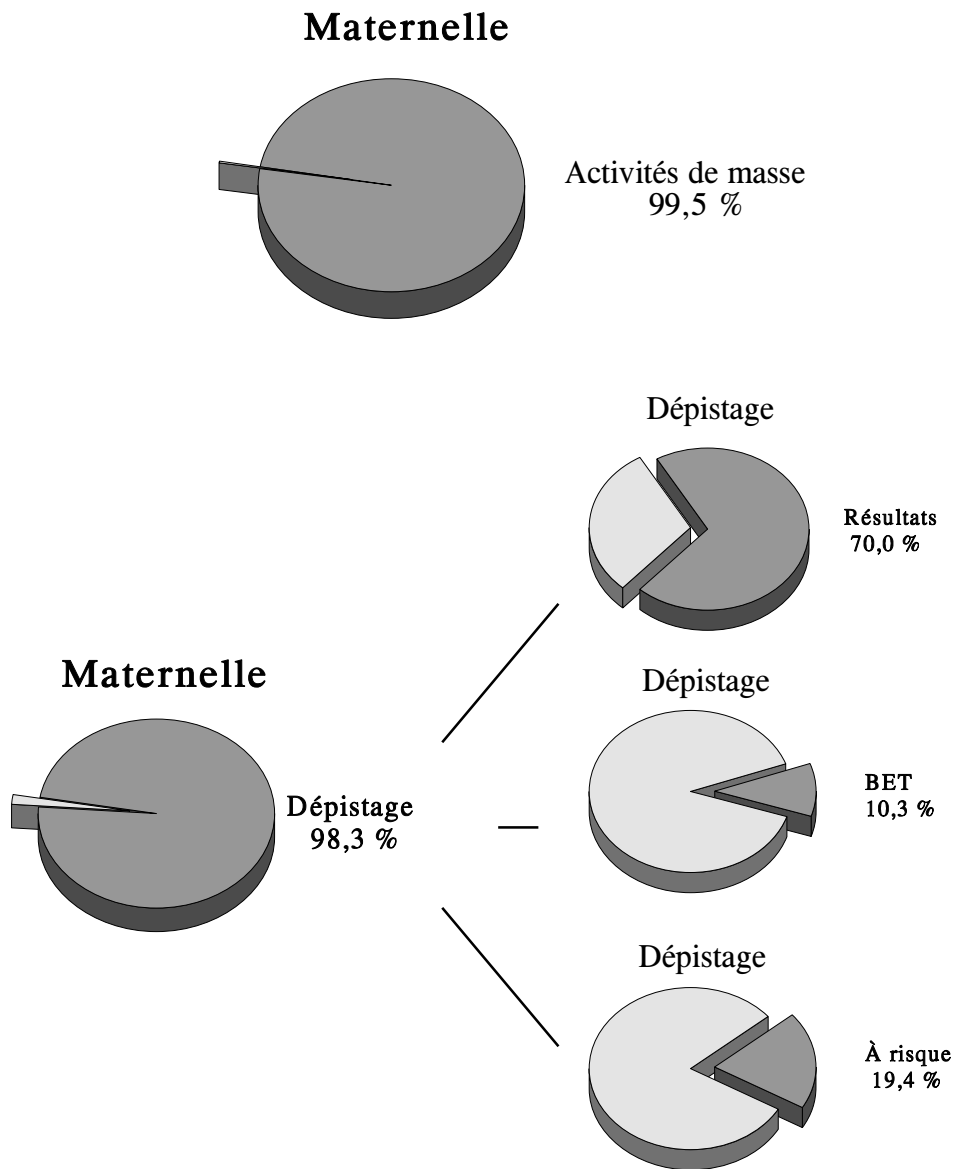


Figure 3.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

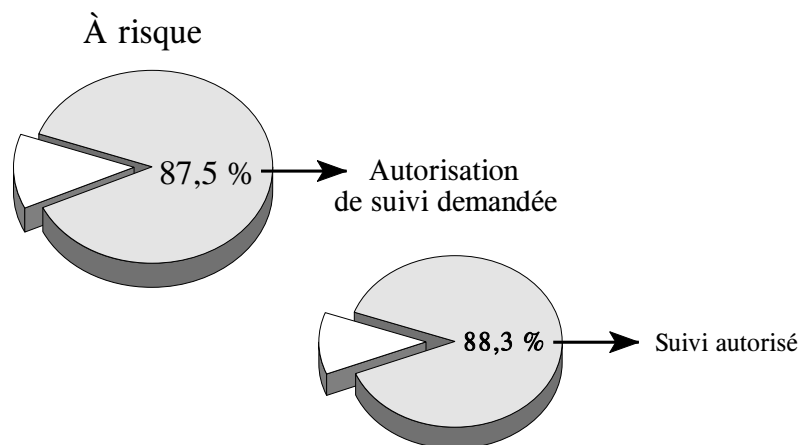


Figure 3.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

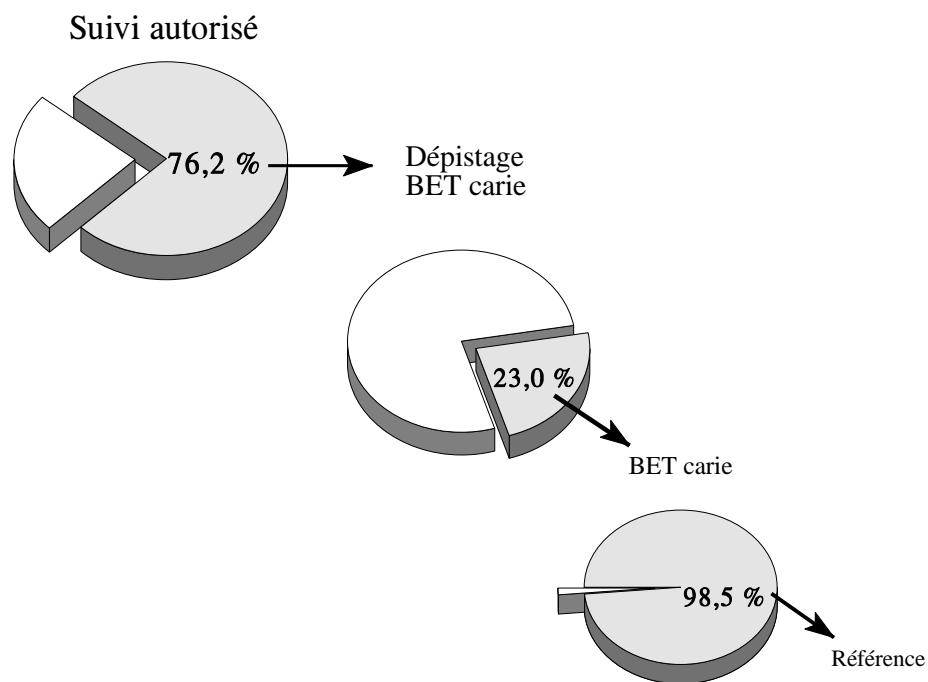
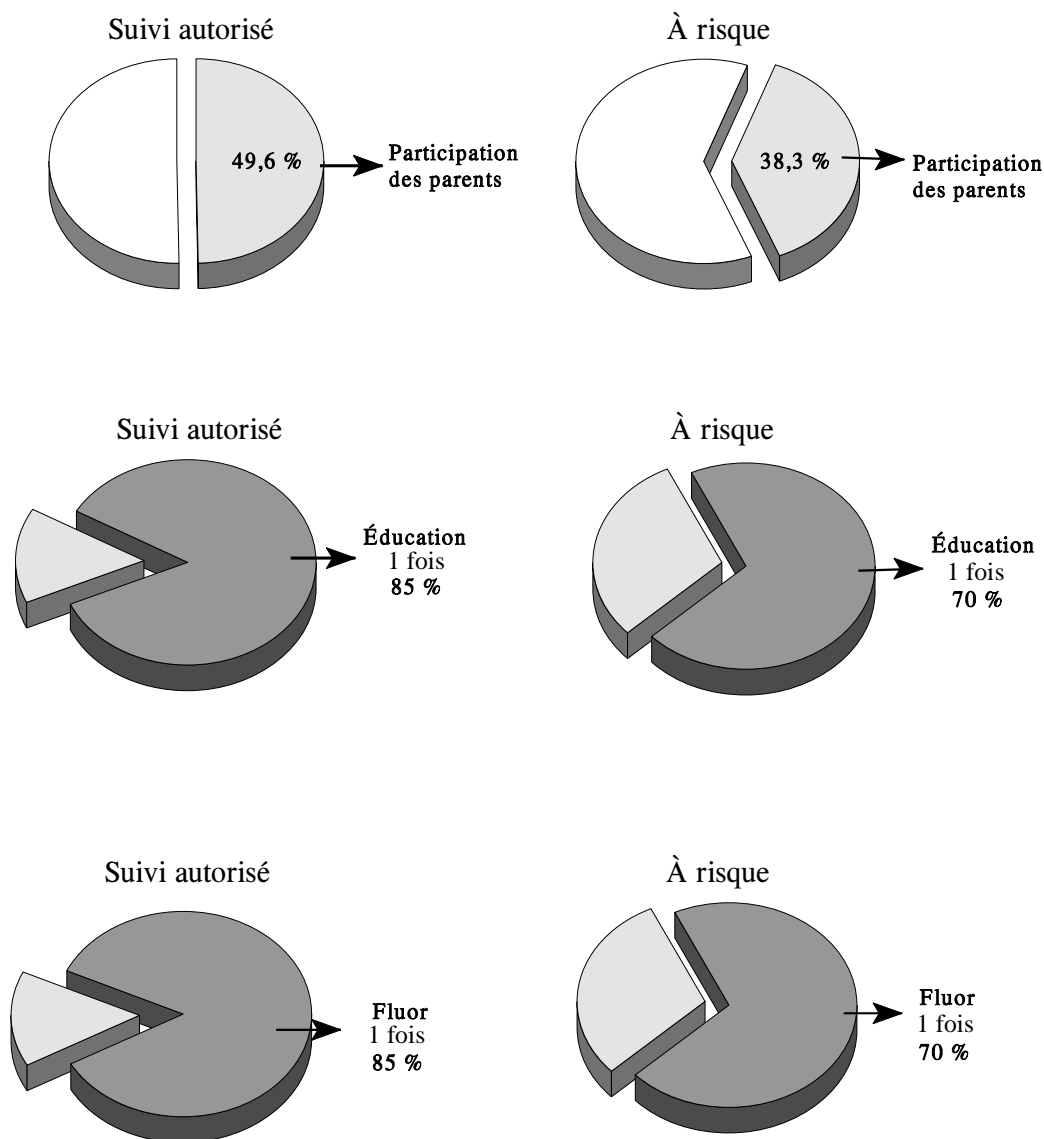


Figure 3.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



4. Région 04

Mauricie et du Centre-du-Québec

Taux de réponse

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec comprend douze CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (12/12) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

Cette région avait, en 1994-1995, un effectif de 21 hygiénistes dentaires en poste (20 permanents et un contractuel) équivalant à 17,5 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région.

La figure 4.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par sept CLSC sur douze, en garderie par sept CLSC sur douze, en prématernelle par huit CLSC sur douze et en d'autres occasions par cinq CLSC sur douze.

En clinique d'immunisation, des activités d'information et de dépistage ont été réalisées. L'information était donnée par l'infirmière et l'hygiéniste servait de personne-ressource. Il y a également eu des rencontres individuelles avec les parents.

En garderie, des activités éducatives ont été réalisées. On y offrait un soutien technique et on y prêtait des bandes vidéo. L'intervention se faisait sur demande.

En prématernelle, des activités éducatives et des activités d'information et de dépistage ont été offertes. L'hygiéniste y servait de personne-ressource pour les jardinières.

Des interventions ont aussi eu lieu en clinique de dépistage avec d'autres professionnels travaillant en CLSC. D'autres interventions ont enfin eu lieu au cours de déjeuners santé familiaux. L'hygiéniste pouvait servir de personne-ressource auprès de l'équipe enfance-famille.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les douze CLSC de la région et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Pour justifier cette implantation partielle, les répondants ont invoqué le manque de ressources et le refus de certaines écoles de participer au programme.

Interventions au niveau primaire

La figure 4.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par seulement huit CLSC sur douze dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, ces activités ont été réalisées de façon assez complète par quatre CLSC sur douze et de façon plutôt partielle par quatre CLSC sur douze également;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par onze CLSC sur douze dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par six CLSC sur douze, et de façon plutôt partielle par cinq CLSC sur douze;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été réalisés par seulement un CLSC sur douze dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par ce CLSC.

Interventions au niveau de la maternelle

Environ 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 4.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 93,6 % et d'un dépistage dans une proportion de 96,0 %. On peut aussi noter que 68,9 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, alors que 9,7 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 18,8 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 4.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 100 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 90,9 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 4,5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 90,7 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 31,4 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 100 % des cas.

La figure 4.6 montre que :

- 66,1 % des parents des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 60,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 65 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (30 %) ou à deux reprises (35 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 55 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (25 %) ou à deux reprises (30 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 65 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (40 %) ou à deux reprises (25 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 60 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (35 %) ou à deux reprises (25 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives mentionnées par les répondants couvraient plusieurs thèmes : carie, hygiène, alimentation. En relation avec ces activités, des communiqués ont été envoyés aux parents.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient à la carie, au brossage des dents, à l'utilisation de la soie dentaire et à l'alimentation. L'indice OHIS a été utilisé.

La participation des parents à l'approche d'éducation individuelle a été sollicitée de différentes façons : interventions téléphoniques, rencontres (au cours du suivi individuel), envoi de lettres et de feuillets d'information.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de mousse, de gel ou de vernis.

Les suivis en petits groupes n'ont pas été décrits par les répondants.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants ont ici mentionné le fait que l'application du programme en était à ses débuts. Ils ont aussi invoqué le manque de temps et de ressources, le choix des interventions et le fait que les interventions individuelles n'étaient pas permises pendant les heures scolaires.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 56 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par neuf CLSC sur douze dans la région. Ces interventions ont pris la forme d'activités de toutes sortes : conception de posters, émissions radiophoniques, entrevues téléphoniques, séances d'information au cégep, interventions auprès de personnes âgées (et des intervenants concernés) et auprès de personnes déficientes intellectuellement, publication de chroniques dans un journal, visites d'un cabinet dentaire avec des enfants, interventions lors de rencontres prénatales, interventions en maintien à domicile, activités au cours du mois de la santé dentaire.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 4.1 Interventions réalisées avant la maternelle

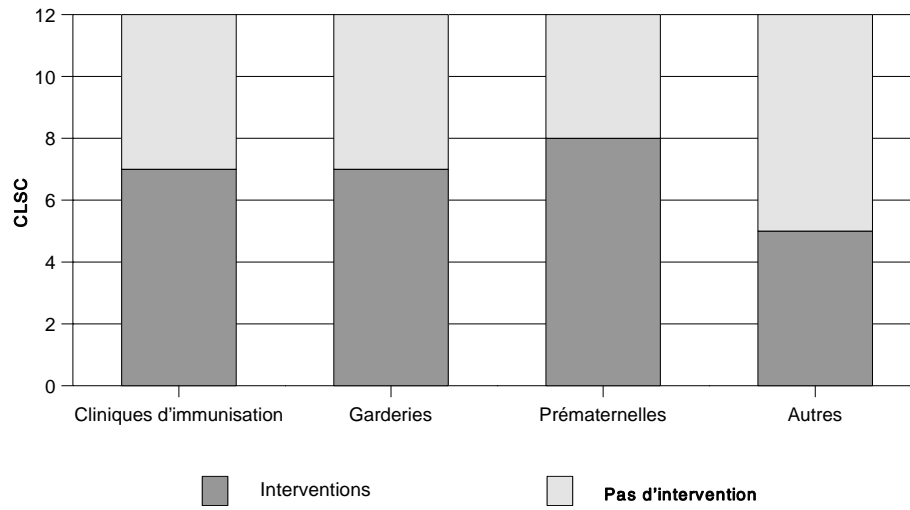


Figure 4.2 Interventions réalisées au primaire

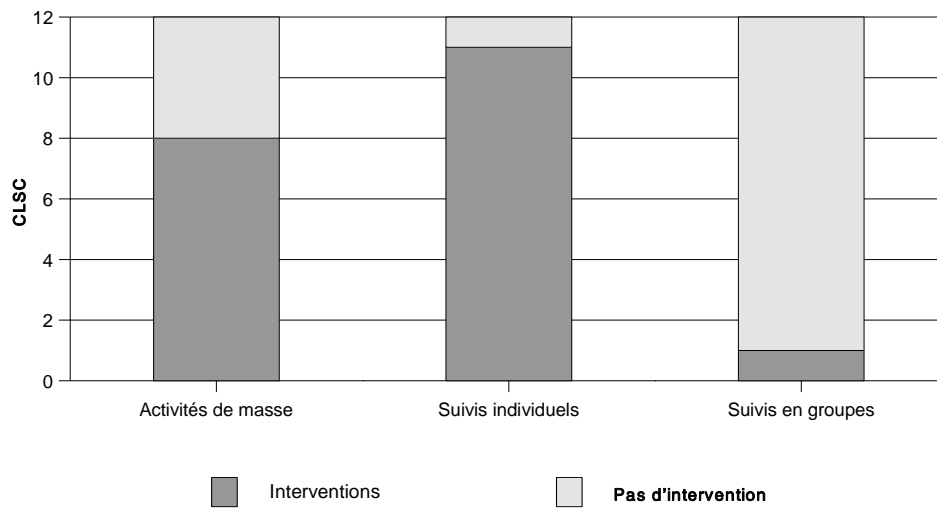


Figure 4.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

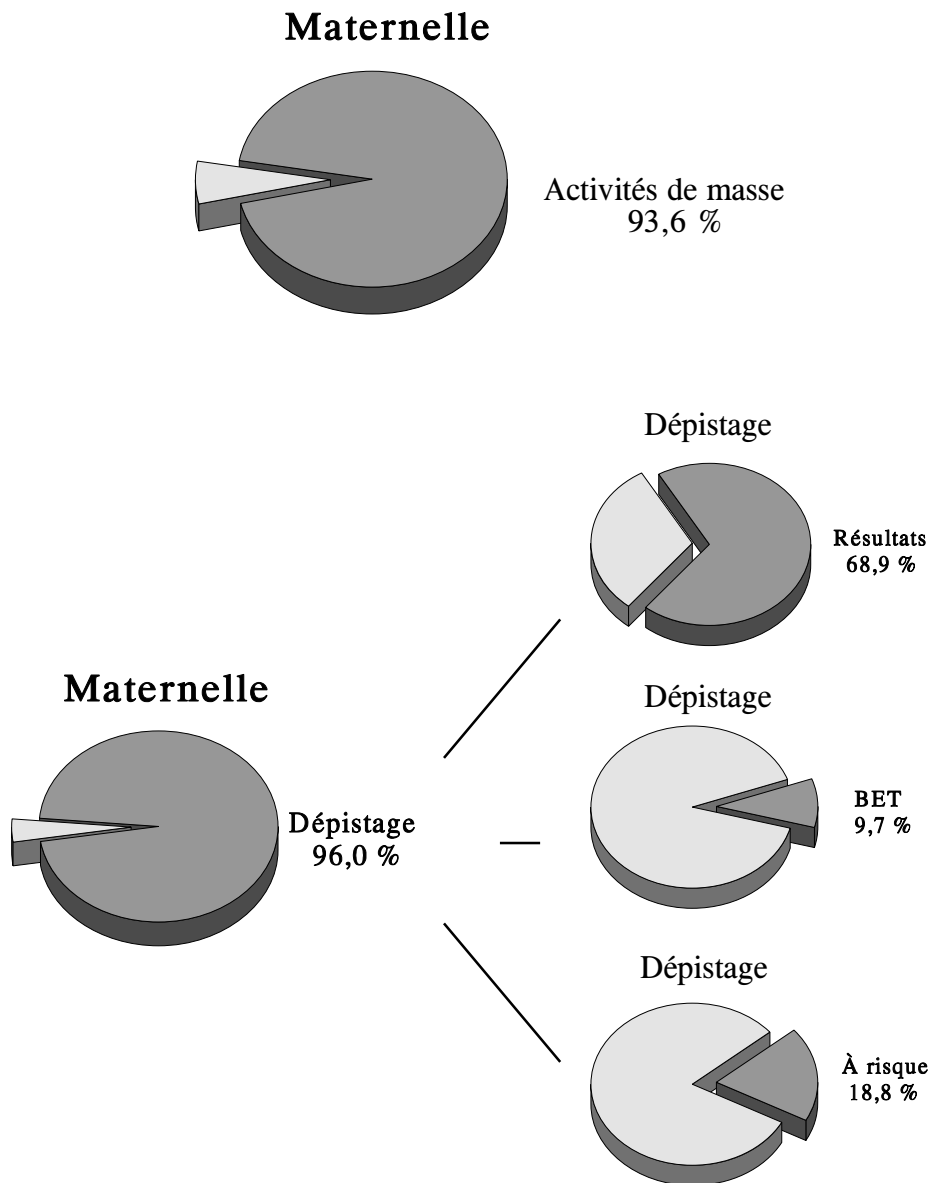


Figure 4.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

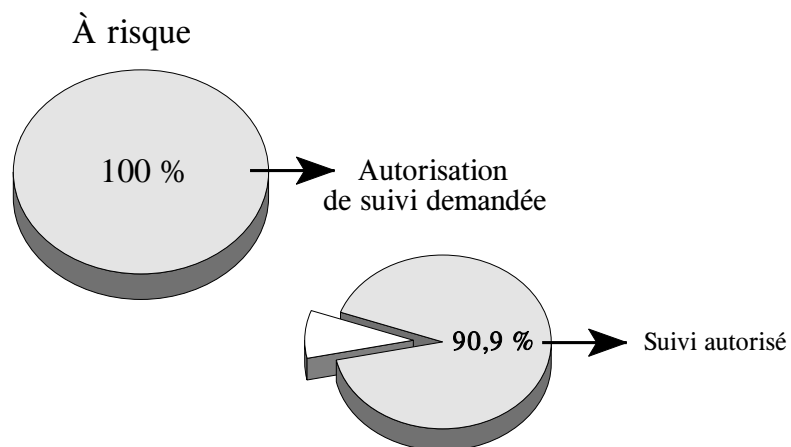


Figure 4.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

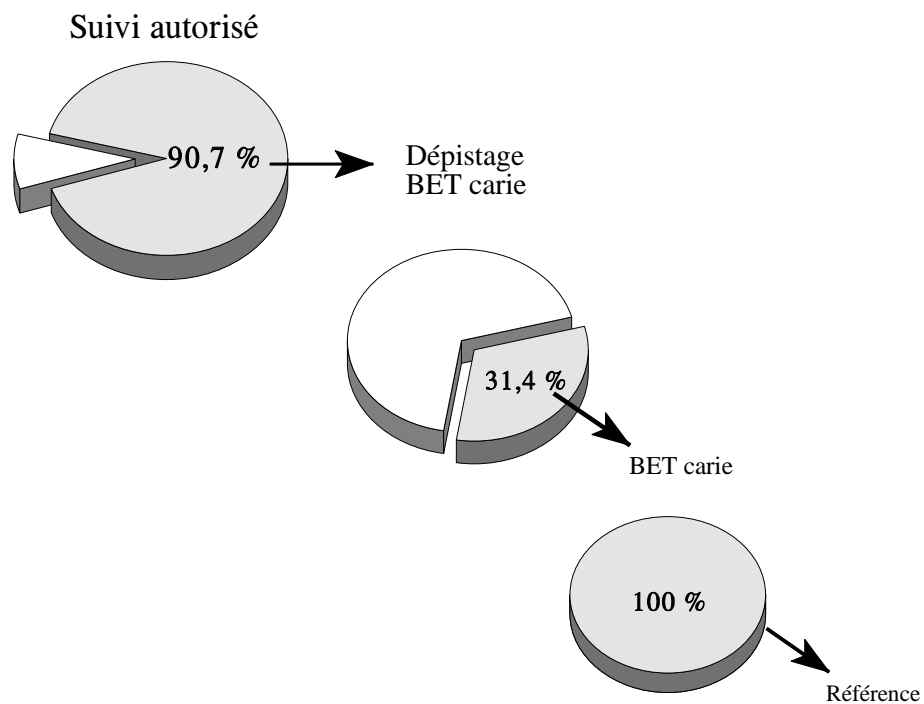
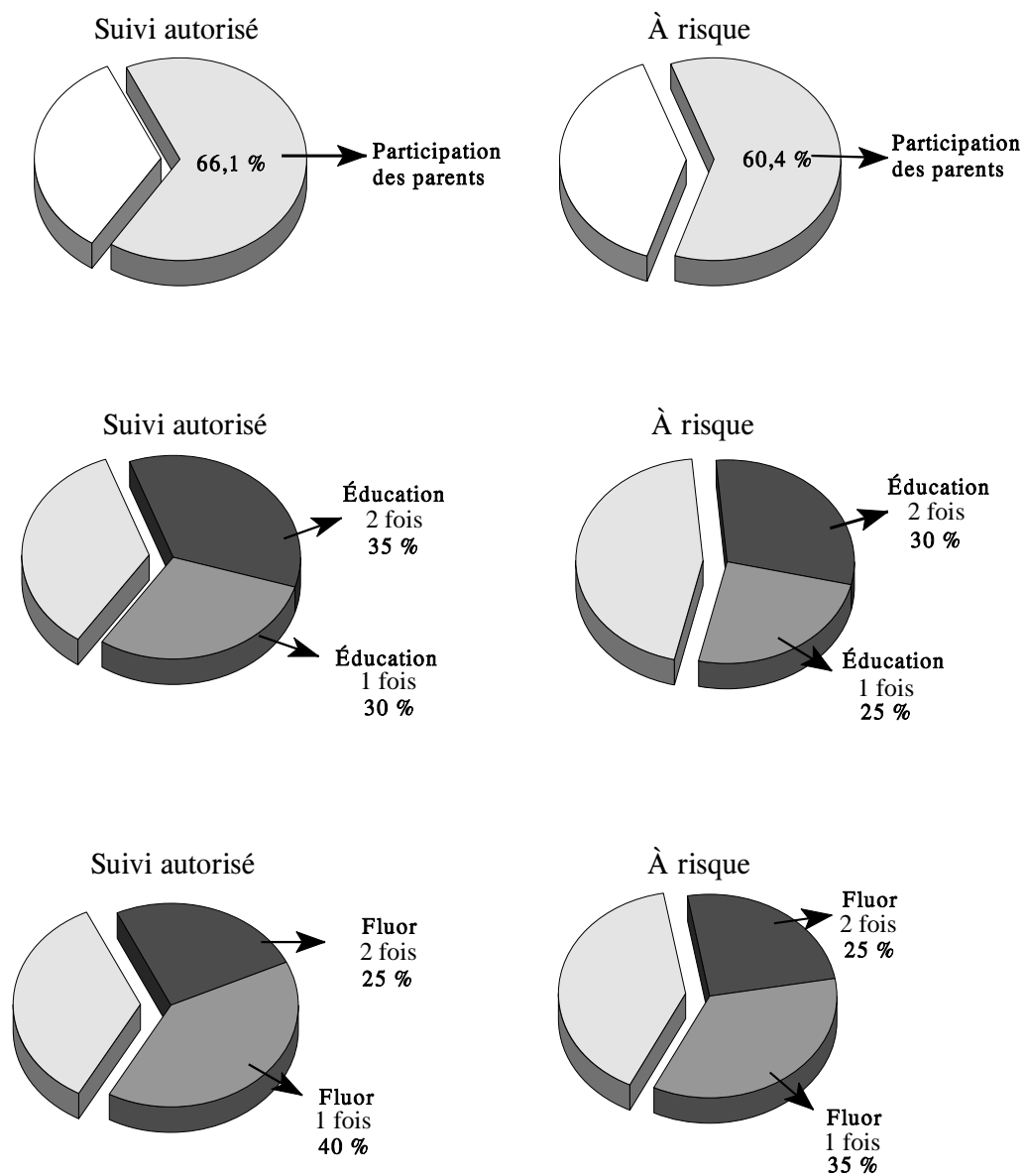


Figure 4.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Taux de réponse

La région de l'Estrie comprend huit CLSC (voir annexe 2). Seulement sept CLSC de cette région sur huit ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de l'Estrie avait, en 1994-1995, un effectif de douze hygiénistes dentaires en poste (douze permanents) équivalant à douze hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par les sept CLSC de la région ayant répondu au questionnaire.

La figure 5.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par trois des sept CLSC ayant répondu au questionnaire, en garderie par trois CLSC également, en prématernelle par quatre CLSC et en d'autres occasions par quatre CLSC.

En clinique d'immunisation, les répondants signalent que des activités d'information ont été tenues par l'infirmière ou par l'hygiéniste. Il est à noter que l'on forme les infirmières pour qu'elles puissent intervenir ensuite.

En garderie, des activités éducatives de groupe et des activités de dépistage ont eu lieu.

En prématernelle, des activités éducatives de groupe et des activités de dépistage ont aussi été réalisées.

Des interventions ont également eu lieu en clinique de dépistage avec d'autres professionnels travaillant en CLSC. Selon les répondants, il est aussi arrivé que l'on intervienne individuellement sur recommandation de l'infirmière.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par sept CLSC et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants ont invoqué le manque de ressources et le fait que certaines écoles soient dans des milieux très favorisés pour justifier cette implantation partielle.

Interventions au niveau primaire

La figure 5.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par six des sept CLSC de la région ayant répondu au questionnaire. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par un CLSC et de façon plutôt partielle par cinq CLSC;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par les sept CLSC répondants de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par cinq CLSC et de façon plutôt partielle par deux CLSC;
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a été fait.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 5.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 99,8 % et d'un dépistage dans une proportion de 99,1 %. On peut aussi noter que 41,9 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 9,2 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 19,3 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 5.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 78,1 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 89,8 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 5.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 100 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 31,8 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 98,0 % des cas.

La figure 5.6 montre que :

- les parents de 53,3 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 37,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 97 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (2 %) ou à deux reprises (95 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 72 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (2 %) ou à deux reprises (70 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 88 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (3 %) ou à deux reprises (85 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 62 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (2 %) ou à deux reprises (60 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les répondants couvraient plusieurs thèmes : hygiène, alimentation, fluor. Des dépliants sur les scellants dentaires et des comprimés de fluor furent également distribués.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient quant à elles au brossage des dents, à l'utilisation de la soie dentaire et à l'alimentation.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est traduite par des interventions téléphoniques et par des lettres. Des tableaux de brossage furent aussi utilisés.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants ont ici mentionné le manque de temps et la nécessité de faire des choix d'interventions. Ils ont aussi indiqué que l'accessibilité à des locaux à l'école et la disponibilité des enfants posaient certains problèmes.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 81 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par les sept CLSC de la région ayant répondu au questionnaire. Celles-ci consistaient en des activités de toutes sortes : projet de distribution de suppléments fluorés en maternelle, rencontres prénatales (projet OLO), prophylaxies, scellement des premières molaires permanentes (en deuxième année dans deux écoles), supervision de stagiaires, activités de formation, interventions dans des écoles spécialisées (handicapés intellectuels).

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 5.1 Interventions réalisées avant la maternelle

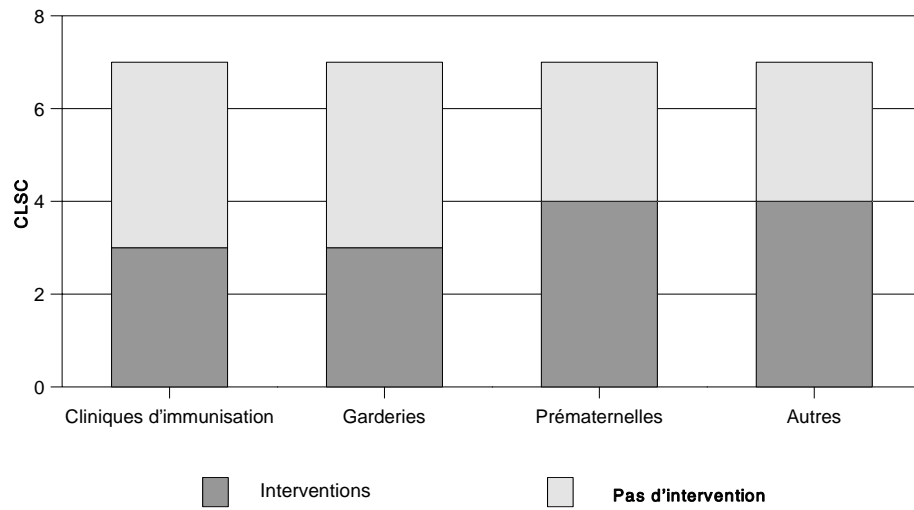


Figure 5.2 Interventions réalisées au primaire

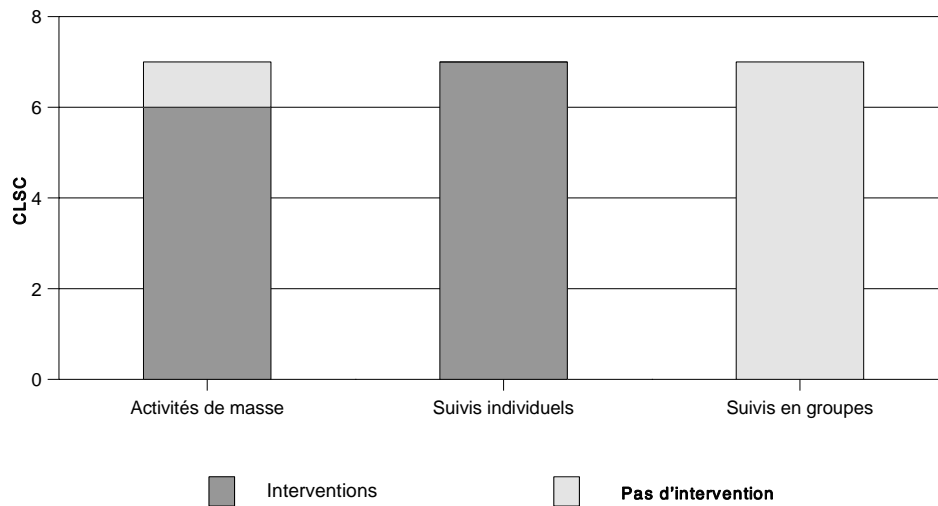


Figure 5.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

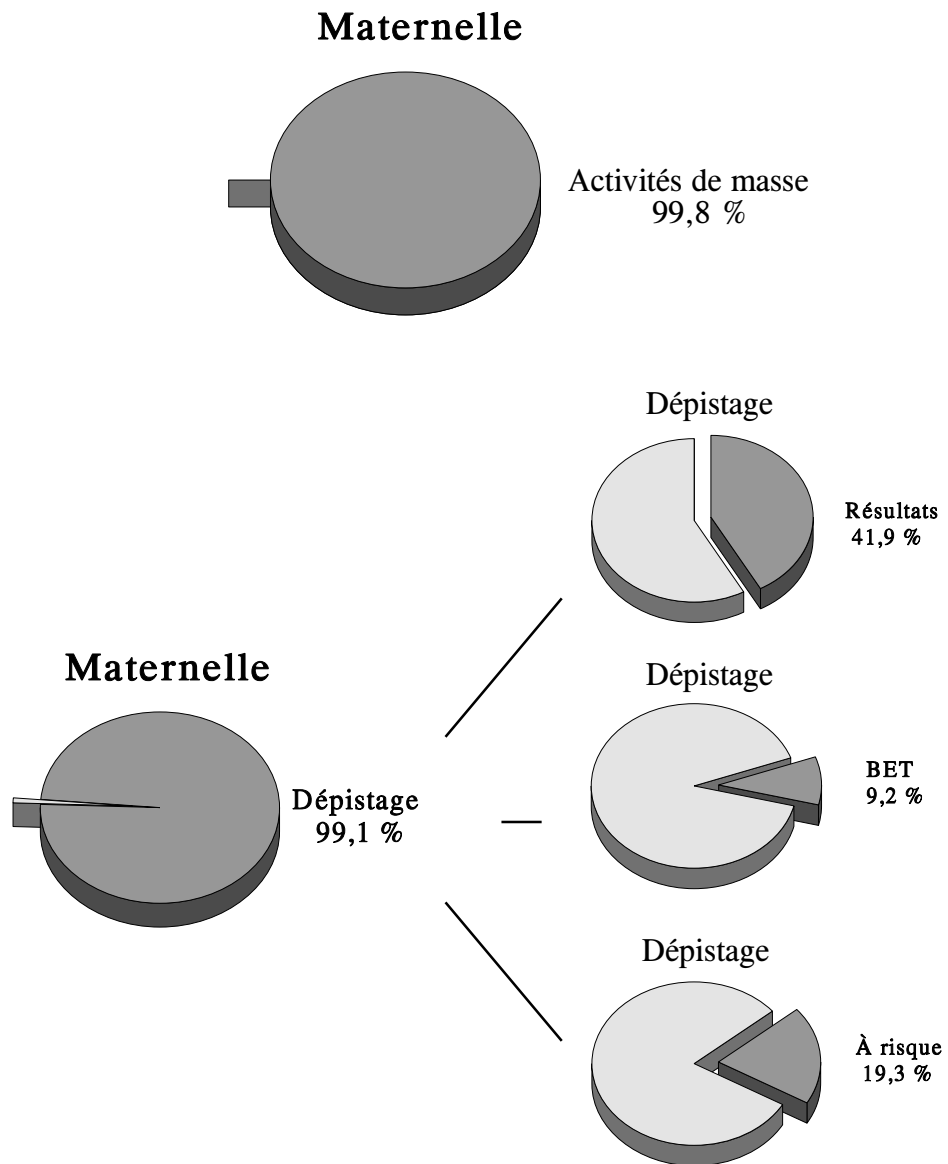


Figure 5.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

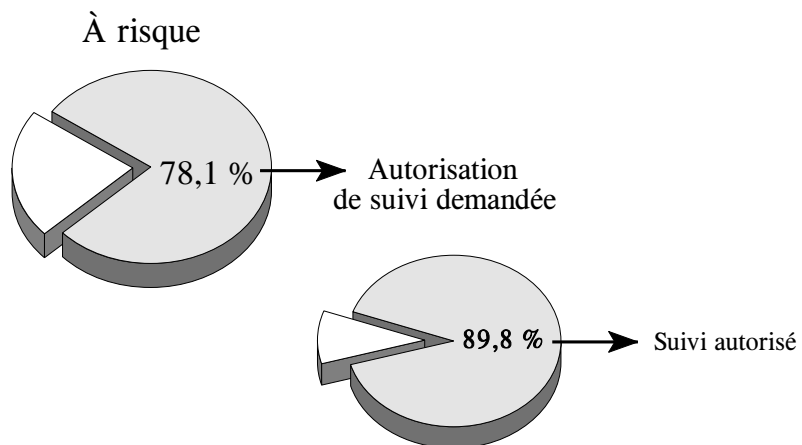


Figure 5.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

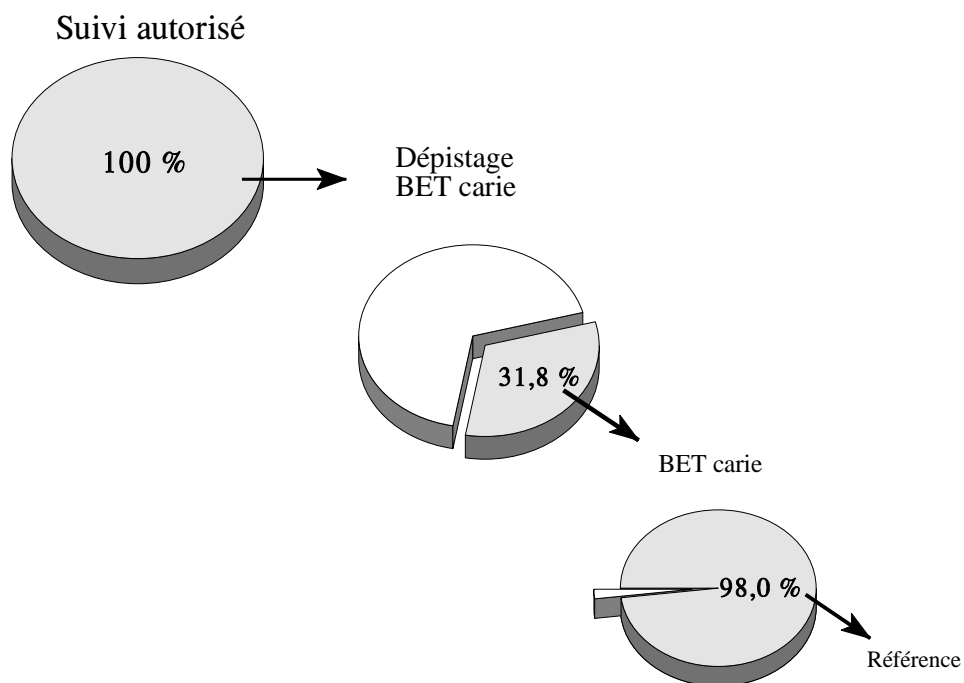
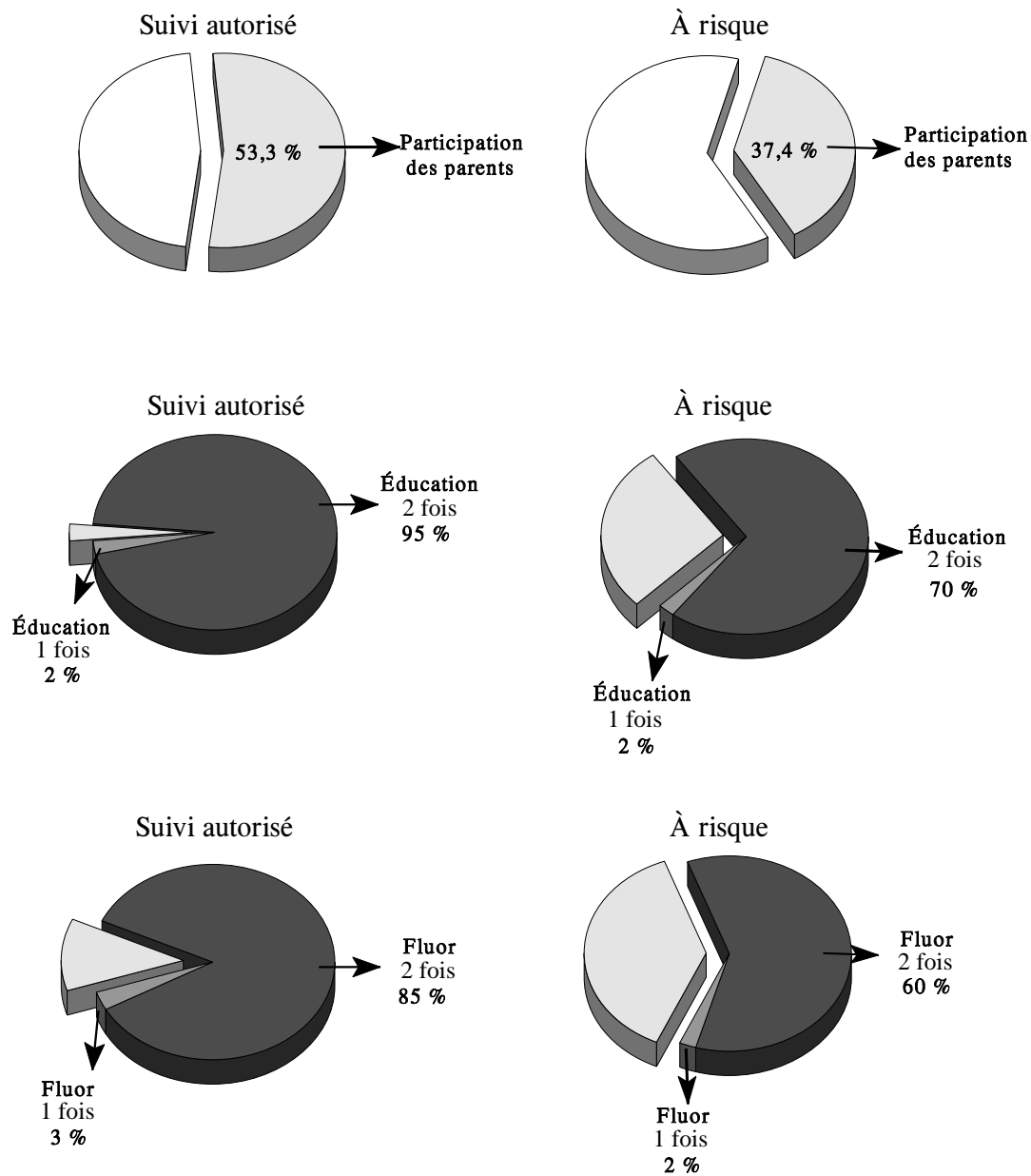


Figure 5.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



6. Région 06

Montréal-Centre

Taux de réponse

La région de Montréal-Centre comprend 30 CLSC (voir annexe 2). Seulement 26 CLSC sur 30 ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de Montréal-Centre avait, en 1994-1995, un effectif de 58 hygiénistes dentaires en poste (56 permanents et 2 contractuels) équivalant à 49,5 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par les 26 CLSC de la région ayant répondu au questionnaire.

La figure 6.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par 7 des 26 CLSC répondants, en garderie par 20 CLSC, en prématernelle par 20 CLSC également et en d'autres occasions par 11 CLSC.

En clinique d'immunisation, des activités d'information et des activités éducatives ont été organisées. L'infirmière référait les enfants à l'hygiéniste, au besoin. L'hygiéniste préparait quant à lui des questionnaires administrés par l'infirmière.

En garderie, des activités éducatives et des activités de dépistage et de référence ont été offertes. Un bulletin trimestriel était utilisé pour les parents. La visite de cabinets dentaires a aussi été encouragée. Les activités étaient réalisées à l'aide de marionnettes, de jeux et d'histoires. Des moniteurs furent par ailleurs formés pour faire office d'intervenants relais.

En prématernelle, des activités éducatives de groupe, des activités de dépistage et de référence et des interventions individuelles ont été réalisées à l'aide, entre autres, de marionnettes et d'histoires. Des avis furent envoyés aux parents. Des rencontres ont aussi été organisées avec ceux-ci.

Plusieurs interventions eurent lieu en d'autres occasions : auprès de l'équipe famille-enfance-jeunesse, au cours de rencontres préparatoires à la maternelle, dans des groupes d'aide aux nouvelles mères, auprès de familles immigrantes, dans des ateliers de stimulation, auprès de groupes de parents, ou encore par des interventions communautaires (maison de famille, halte-répét) ou en réponse à des demandes d'autres professionnels.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les 26 CLSC répondants et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants invoquent ici le manque de temps et de ressources et le fait que certaines écoles aient des vocations particulières pour expliquer l'implantation partielle du programme.

Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par un de ces 26 CLSC ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 6.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par 24 CLSC dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par cinq CLSC et de façon plutôt partielle par dix-neuf CLSC;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par seulement 14 des 25 CLSC de la région dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par sept CLSC et de façon plutôt partielle par sept CLSC également;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été organisés par seulement 10 des 25 CLSC de la région dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par cinq CLSC et de façon plutôt partielle par cinq CLSC également.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 6.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 95,8 % et d'un dépistage dans une proportion de 97,3 %. On peut aussi noter que 64,0 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 16,4 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 23,7 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 6.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 88,1 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 79,1 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 6.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 95,7 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 46,7 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 99,9 % des cas.

La figure 6.6 montre que :

- les parents de 61,9 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 43,2 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 85 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (30 %) ou à deux reprises (55 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 60 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (20 %) ou à deux reprises (40 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 70 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (25 %) ou à deux reprises (45 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 55 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (20 %) ou à deux reprises (35 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives mentionnées par les répondants couvraient plusieurs thèmes : hygiène, alimentation, fluor, visite chez le dentiste. Plusieurs outils ont été utilisés : films, jeux, bandes vidéo, théâtre.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient quant à elles à l'hygiène, à l'alimentation et à la visite chez le dentiste. On a aussi utilisé l'indice OHIS.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle a été sollicitée de différentes façons : interventions téléphoniques, envoi de documents (résumés d'intervention, lettres, bulletins de santé dentaire, feuilles aide-mémoire) et rencontres (au CLSC, au moment de la remise des bulletins, au cours des suivis individuels).

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis, de rince-dents ou de gel. Il s'agit là d'une intervention qui peut être faite au CLSC.

Les suivis en petits groupes (quatre ou cinq élèves) comprenaient des activités éducatives (hygiène) et des activités de dépistage. Des bandes vidéo furent utilisées à l'intérieur de ces suivis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits semblent contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants ont ici mentionné le manque de temps, d'équipement et de ressources, et la relative disponibilité des locaux à l'école. Ils disent aussi attendre de recevoir la formation prévue et soulignent que le programme est implanté de façon progressive.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 59 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par 24 des 26 CLSC de la région ayant répondu au questionnaire. Ces interventions comportaient des activités de toutes sortes : rencontres de classes d'accueil et de classes spéciales, activités à la halte-garderie du CLSC, transmission d'information à tous les intervenants du CLSC, activités auprès de déficients intellectuels, collaboration au programme OLO, déjeuners-causeries avec des dentistes du quartier, rencontres avec des directeurs d'école, des professeurs et des comités de parents, collaboration avec les cliniques de pédodontie de l'Université McGill et l'Université de Montréal, interventions dans des écoles secondaires, rédaction d'articles dans des journaux scolaires, interventions en maintien à domicile, activités avec les enfants dînant à l'école, interventions au COFI (Centre d'orientation et de

formation pour les immigrants), activités dans le cadre du mois de la santé dentaire. L'hygiéniste s'avère aussi être une personne-ressource (en pré et postnatal, pour les personnes âgées, pour les immigrants).

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 6.1 Interventions réalisées avant la maternelle

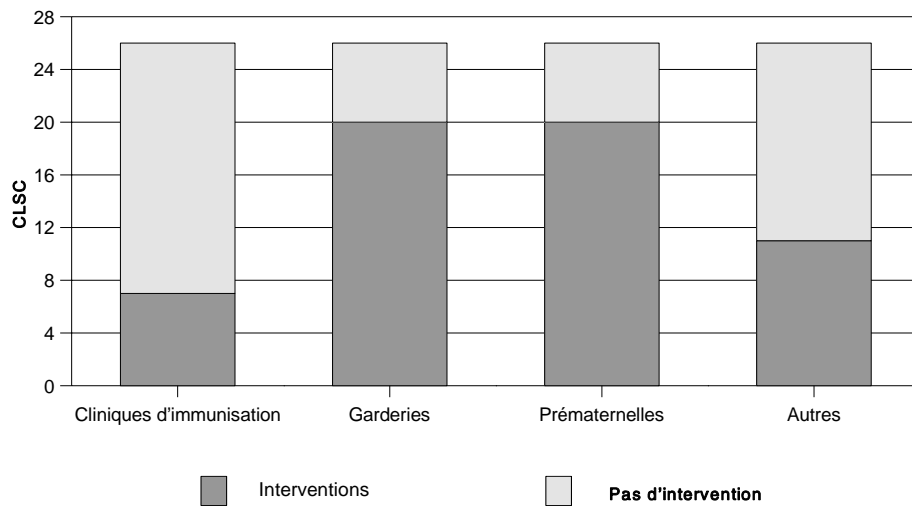


Figure 6.2 Interventions réalisées au primaire

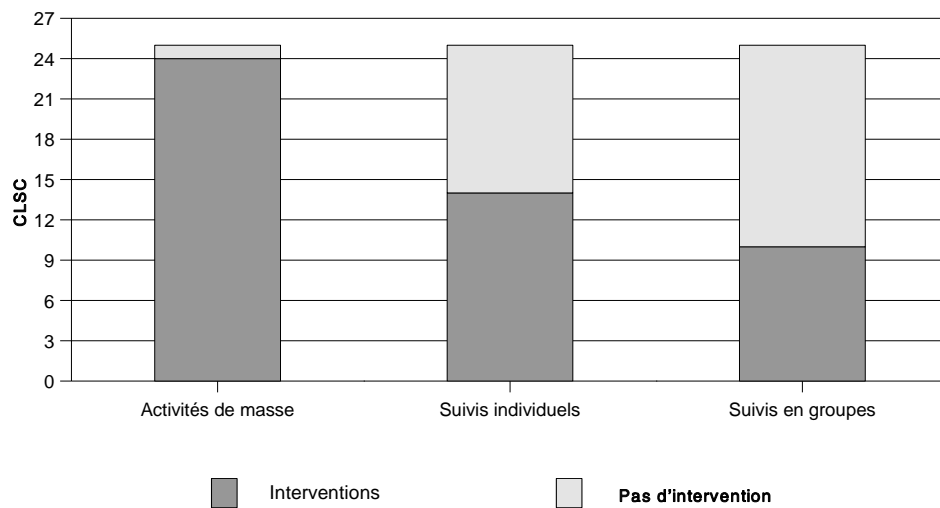


Figure 6.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

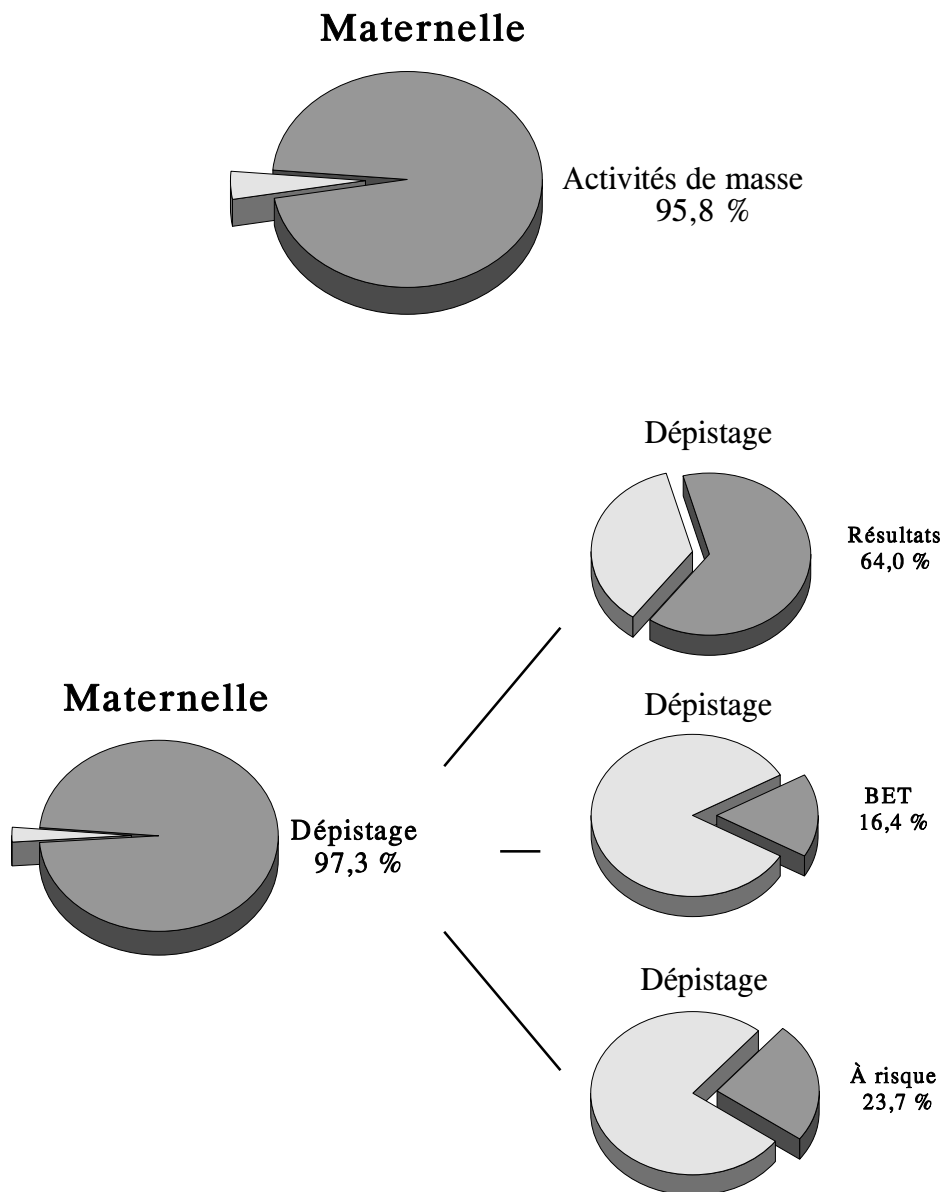


Figure 6.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

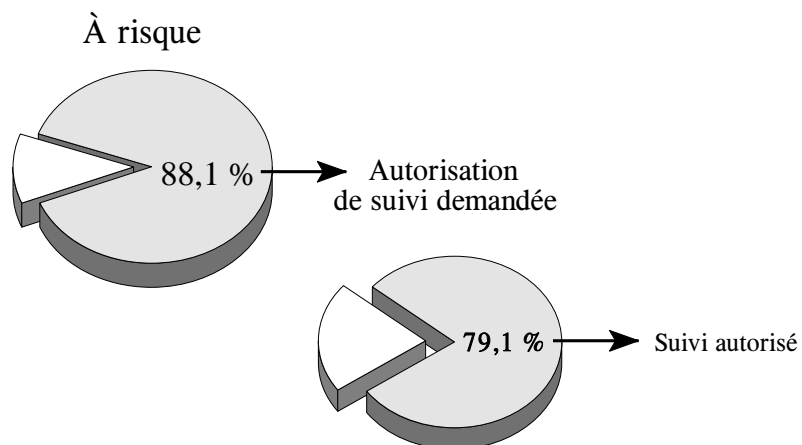


Figure 6.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

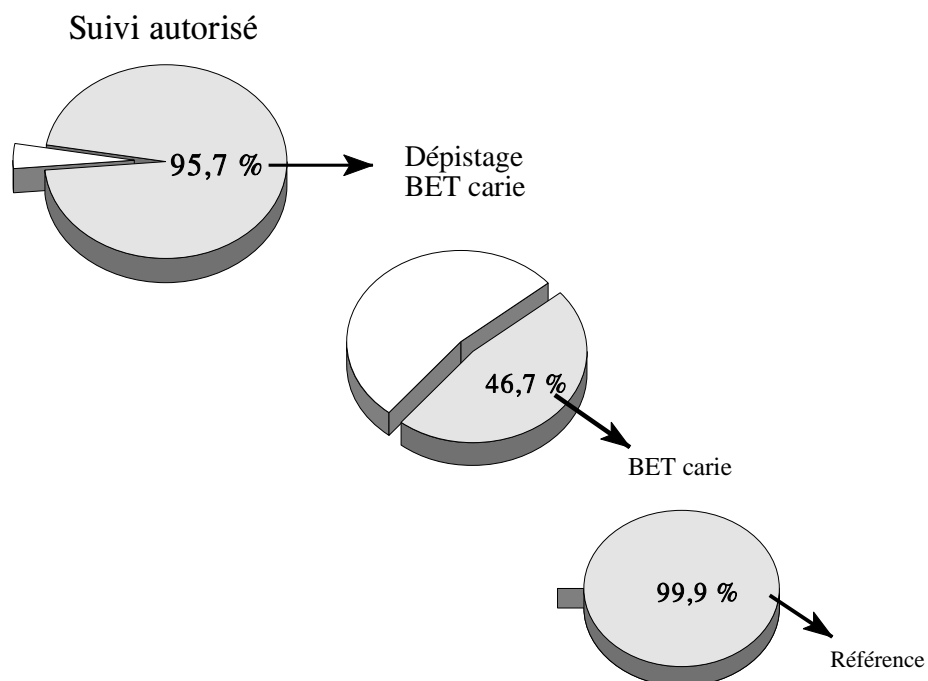
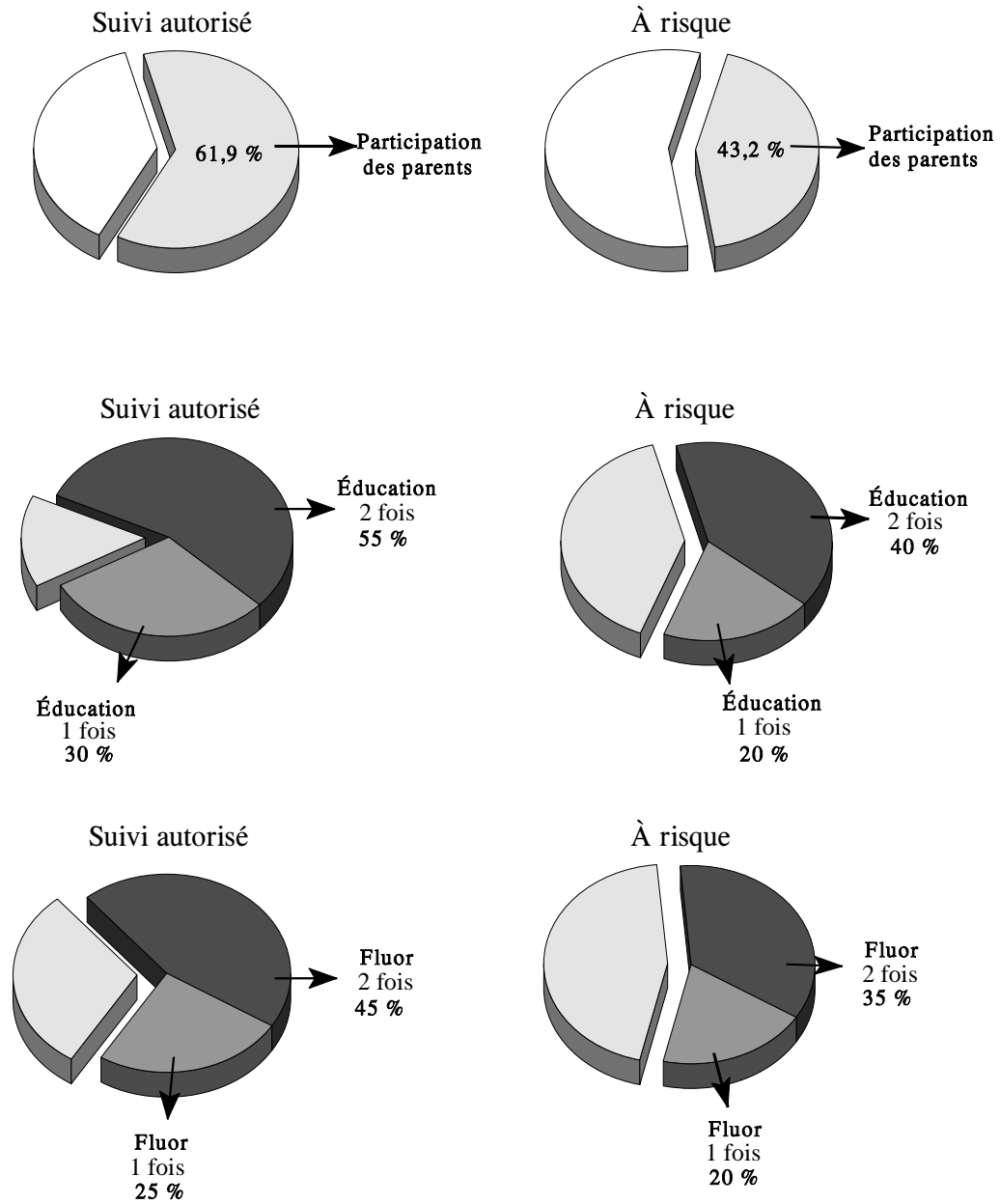


Figure 6.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



7. Région 07

Outaouais

Taux de réponse

La région de l'Outaouais comprend neuf CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (9/9) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de l'Outaouais avait, en 1994-1995, un effectif de 13 hygiénistes dentaires en poste (13 permanents) équivalant à 10,9 hygiénistes à temps plein. Il faut signaler qu'un des neuf CLSC de la région n'a pas d'hygiéniste dentaire en poste.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par huit des neuf CLSC de la région.

La figure 7.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par trois CLSC sur neuf, en garderie par cinq CLSC sur neuf, en prématernelle par quatre CLSC sur neuf et en d'autres occasions par cinq CLSC sur neuf. Les répondants ont ici invoqué le manque de ressources humaines pour expliquer la réalisation partielle des interventions souhaitées.

En clinique d'immunisation, des activités d'information (par l'infirmière) et des activités éducatives ont été organisées. L'hygiéniste y faisait office de personne-ressource pour l'infirmière.

En garderie, les répondants mentionnent avoir réalisé des activités éducatives. De l'information fut aussi donnée aux parents.

En prématernelle, des activités éducatives furent également réalisées.

Il y a aussi eu intervention en d'autres occasions. Les infirmières furent d'une part sensibilisées pour que de l'information soit transmise aux parents. De l'éducation et du dépistage furent d'autre part effectués auprès de la clientèle immigrante et certaines interventions ont été faites à l'intérieur de cours prénataux ou en équipe multidisciplinaire pour éduquer et dépister.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les neuf CLSC de la région et environ 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants ont mentionné le fait qu'une école en particulier ait refusé le programme.

Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par deux de ces neuf CLSC ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 7.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par six des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles furent réalisées de façon assez complète par un CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par cinq CLSC sur sept;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été organisés par seulement quatre des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été effectués de façon assez complète par un CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par trois CLSC sur sept;
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a été fait.

Interventions au niveau de la maternelle

Environ 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 7.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 99,0 % et d'un dépistage dans une proportion de 97,6 %. On peut aussi noter que 34,3 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 8,9 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 19,5 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 7.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 100 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 88,9 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 7.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 73,3 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 59,4 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 80,1 % des cas.

La figure 7.6 montre que :

- les parents de 48,9 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 45,9 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 70 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (45 %) ou à deux reprises (25 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 65 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (40 %) ou à deux reprises (25 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 85 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (60 %) ou à deux reprises (25 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 80 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (55 %) ou à deux reprises (25 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées couvraient plusieurs thèmes : carie, plaque, hygiène, alimentation, fluor, visite chez le dentiste, protection sportive.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient quant à elles à l'hygiène, aux collations, à la visite chez le dentiste, aux scellants et au fluor.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle a été sollicitée par des interventions téléphoniques et par la transmission de documents à ceux-ci (documents d'information, lettres). Des calendriers de brossage et des certificats de santé dentaire ont été utilisés.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Quelques faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants ont ici rapporté le manque de temps et d'équipement et la nécessité de faire des choix d'interventions.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 59 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par sept des neuf CLSC de la région. Ces interventions ont pris la forme d'activités variées : interventions en clinique pour immigrants, activités d'information au COFI, activités avec les dîneurs des classes d'accueil, interventions dans des cours prénataux et dans des « ateliers-papas », rencontres avec des intervenants scolaires, participation à des assemblées de parents, supervision de stagiaires, collaboration avec la télé communautaire, activités dans le cadre du mois de la santé dentaire.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 7.1 Interventions réalisées avant la maternelle

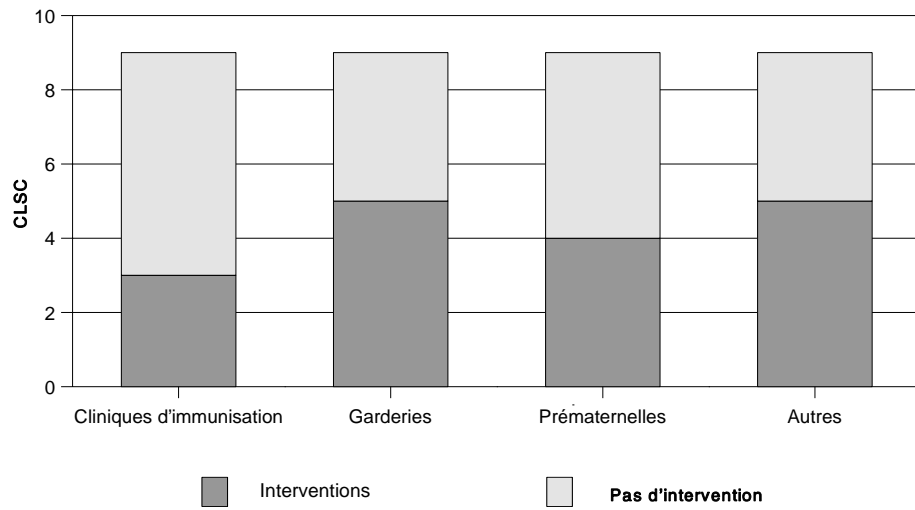


Figure 7.2 Interventions réalisées au primaire

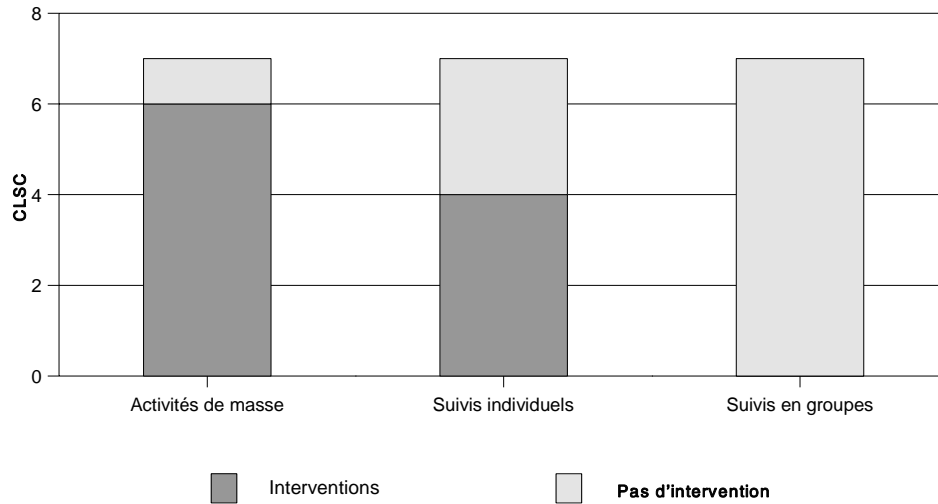


Figure 7.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

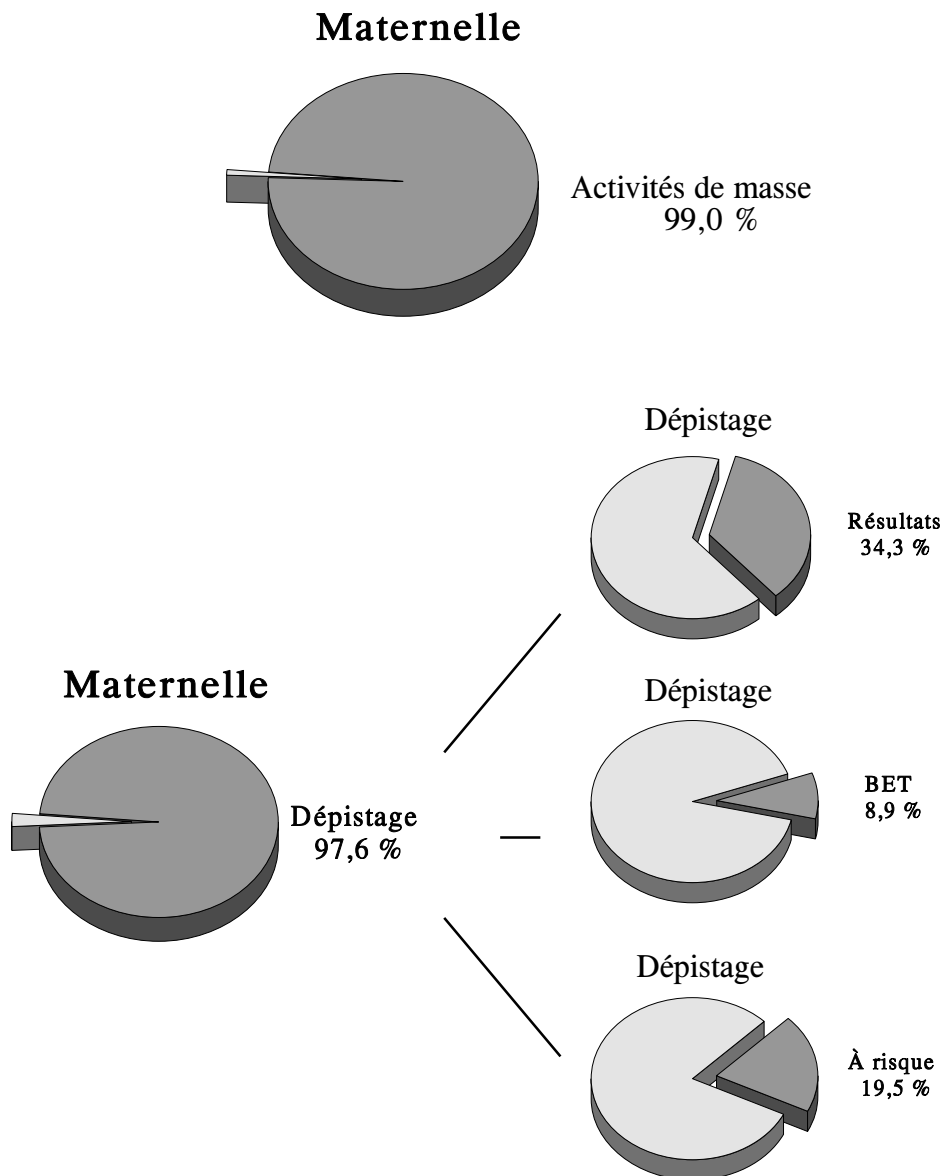


Figure 7.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

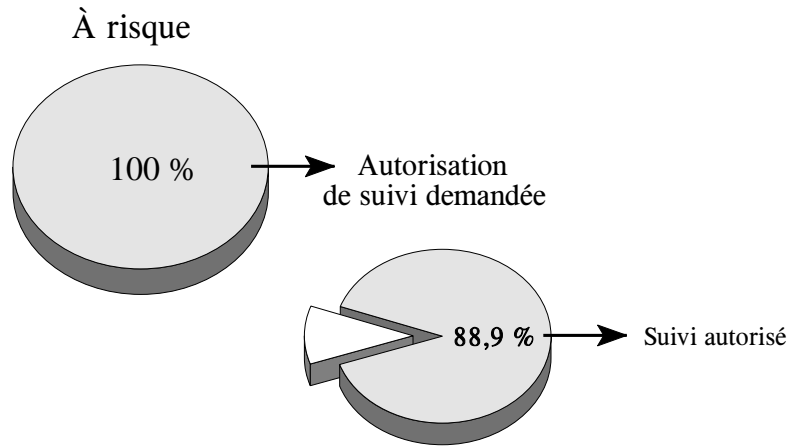


Figure 7.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

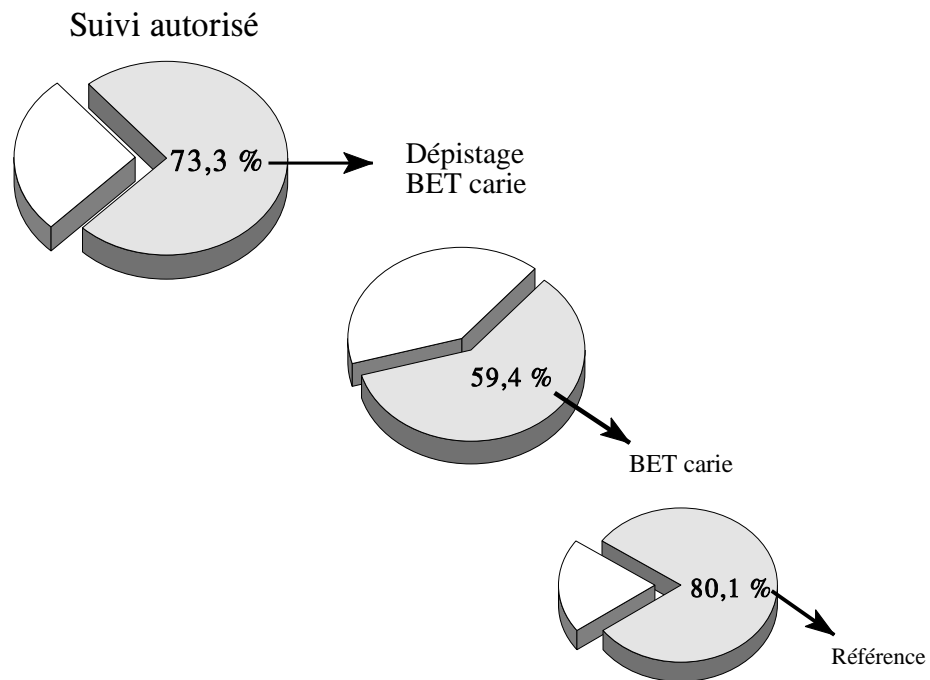
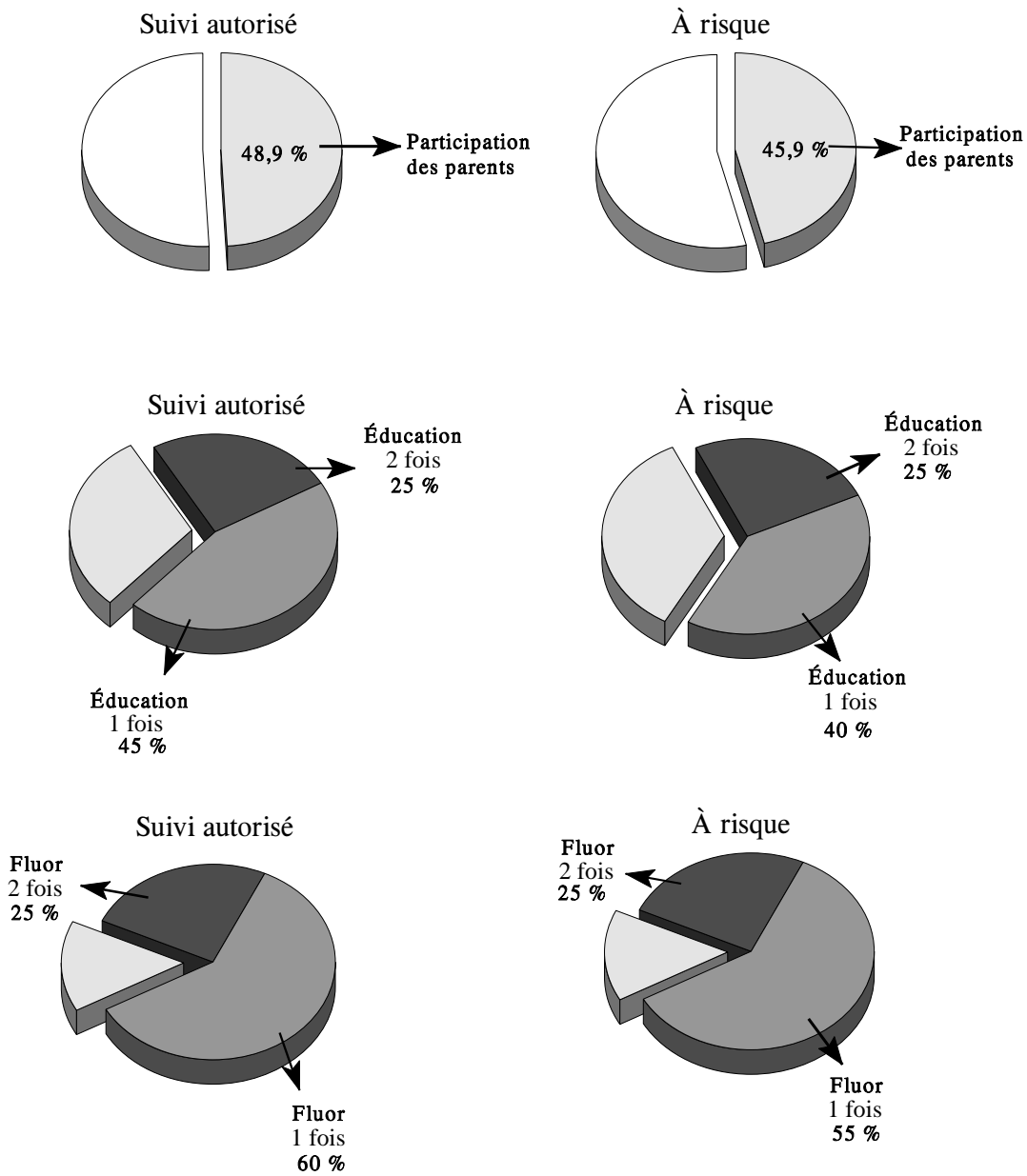


Figure 7.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



8. Région 08

Abitibi-Témiscamingue

Taux de réponse

La région de l'Abitibi-Témiscamingue comprend six CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (6/6) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

L'Abitibi-Témiscamingue avait, en 1994-1995, un effectif de 6 hygiénistes dentaires en poste (4 permanents et 2 contractuels) équivalant à 5,5 hygiénistes à temps plein. Il faut signaler que deux des six CLSC de la région n'ont pas d'hygiéniste dentaire en poste.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par cinq des six CLSC de la région.

La figure 8.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par quatre CLSC sur six, en garderie par quatre CLSC sur six, en prématernelle par quatre CLSC sur six également et en d'autres occasions par deux CLSC sur six.

En clinique d'immunisation, des activités d'information (par l'infirmière) et des activités éducatives ont été offertes aux parents. L'hygiéniste a fait le suivi avec les intervenants relais.

En garderie, des activités éducatives auprès des enfants et des éducateurs ont été réalisées.

En prématernelle, des activités d'information ont été offertes aux parents et des activités éducatives ont été organisées à l'intention des enfants.

Des interventions ont aussi eu lieu en clinique (multidisciplinaire) : dépistage et activités éducatives offertes aux parents.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par cinq CLSC sur six et environ 80 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Interventions au niveau primaire

La figure 8.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par cinq CLSC sur six dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par deux CLSC sur six et de façon plutôt partielle par trois CLSC sur six;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été organisés par seulement quatre des six CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par deux CLSC sur six et de façon plutôt partielle par deux CLSC sur six également;
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a eu lieu.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 80 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 8.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 97,9 % et d'un dépistage dans une proportion de 98,0 %. On peut aussi noter que 34,5 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 15,0 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 26,9 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 8.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 99,0 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 84,2 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 8.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 100 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 30,4 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 100 % des cas.

La figure 8.6 montre que :

- les parents de 66,5 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 55,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 96 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (1 %) ou à deux reprises (95 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 81 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (1 %) ou à deux reprises (80 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 91 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (6 %) ou à deux reprises (85 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 75 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (5 %) ou à deux reprises (70 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives mentionnées par les répondants couvraient plusieurs thèmes : carie, hygiène, alimentation, visite chez le dentiste, scellants. Des bandes vidéo ont été utilisées pour la réalisation de ces activités.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient quant à elles à la carie, à l'hygiène et aux collations. L'indice OHIS a été utilisé.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est concrétisée par des interventions téléphoniques et par la transmission de documents à ceux-ci (mémos, lettres).

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Les répondants ont ici invoqué le fait qu'il s'agissait de la première année d'implantation du programme et que cela contraignait la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 67 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par cinq CLSC sur six dans la région. Ces interventions consistaient en des activités variées : formation d'intervenants relais (enseignants, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, infirmières), activités d'information au cégep, promotion d'un dépliant, collaboration à une fête municipale, participation à des émissions radiophoniques.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 8.1 Interventions réalisées avant la maternelle

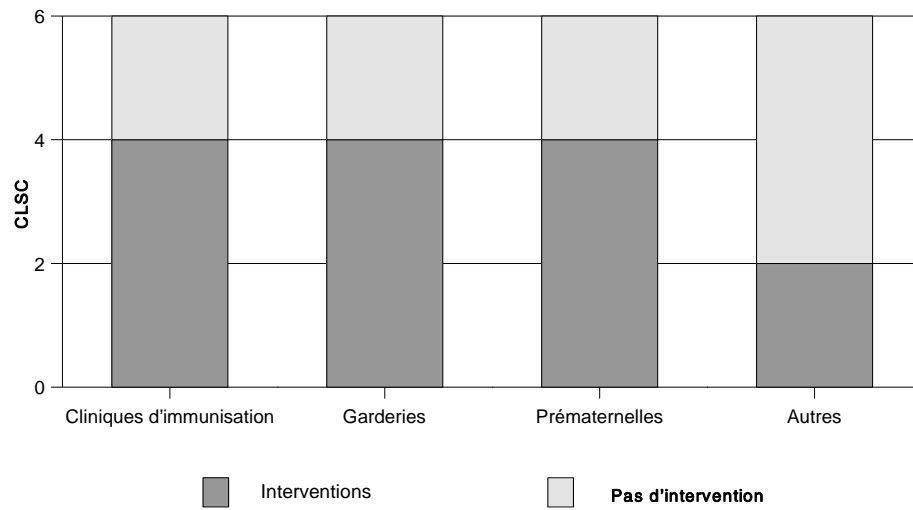


Figure 8.2 Interventions réalisées au primaire

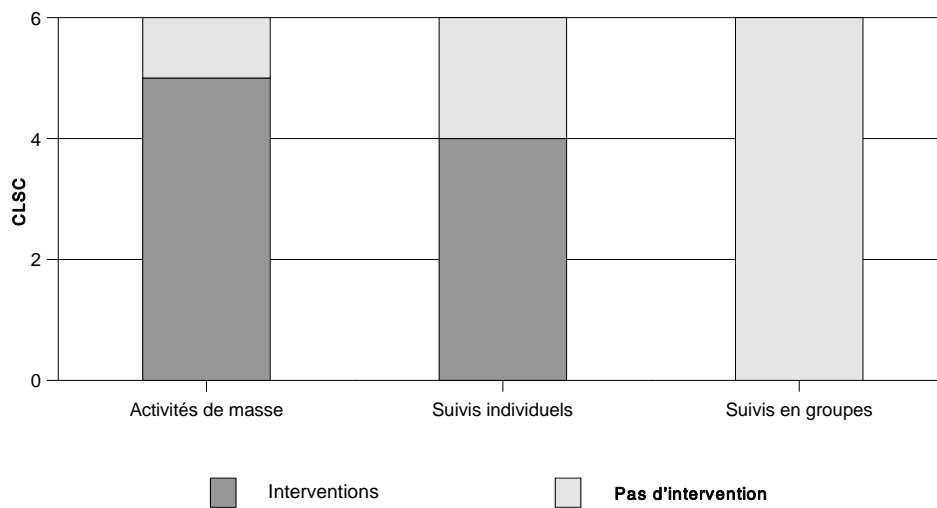


Figure 8.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

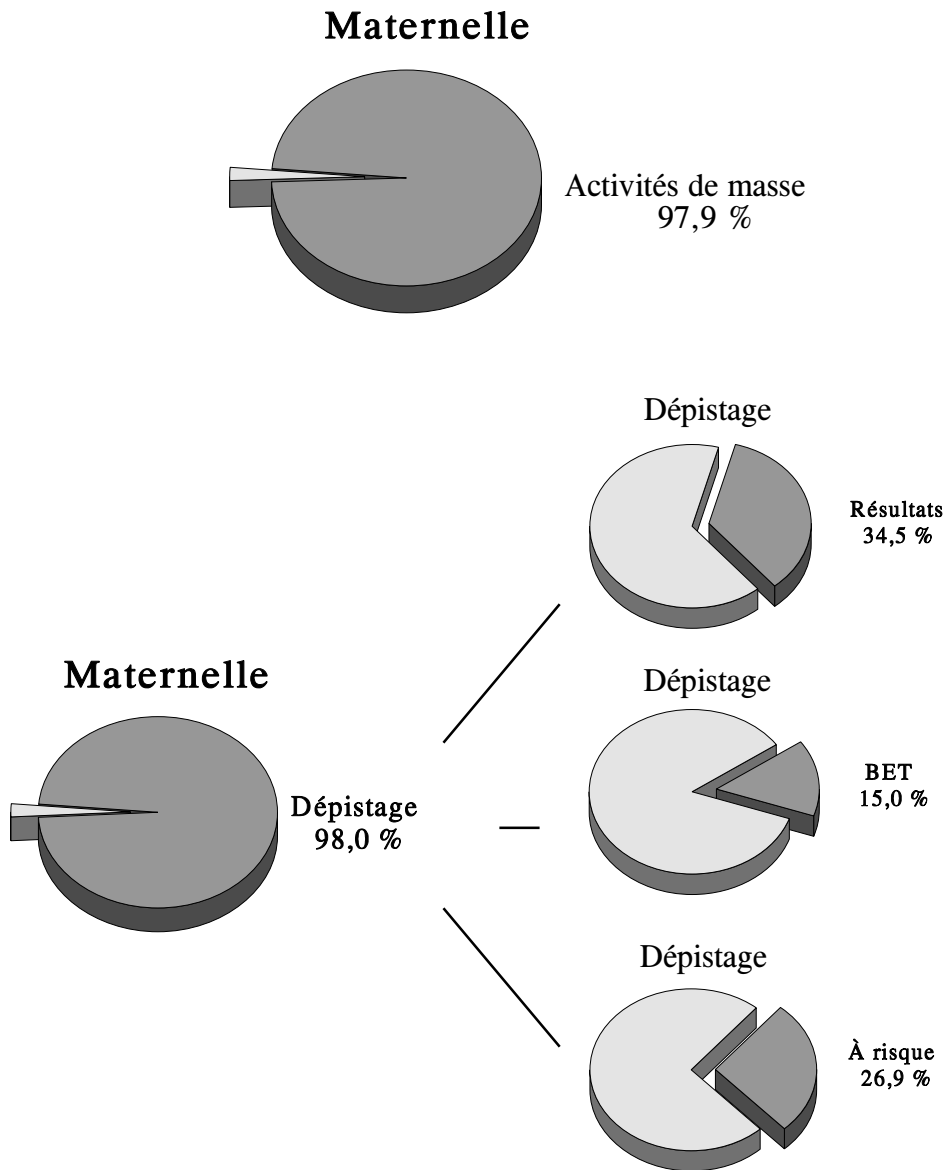


Figure 8.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

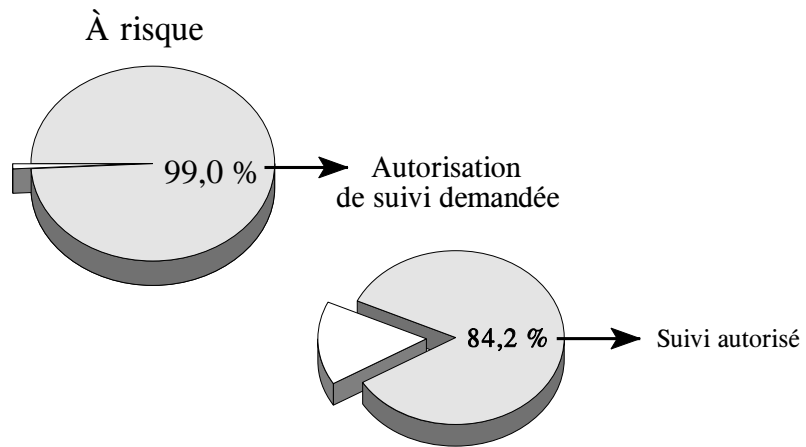


Figure 8.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

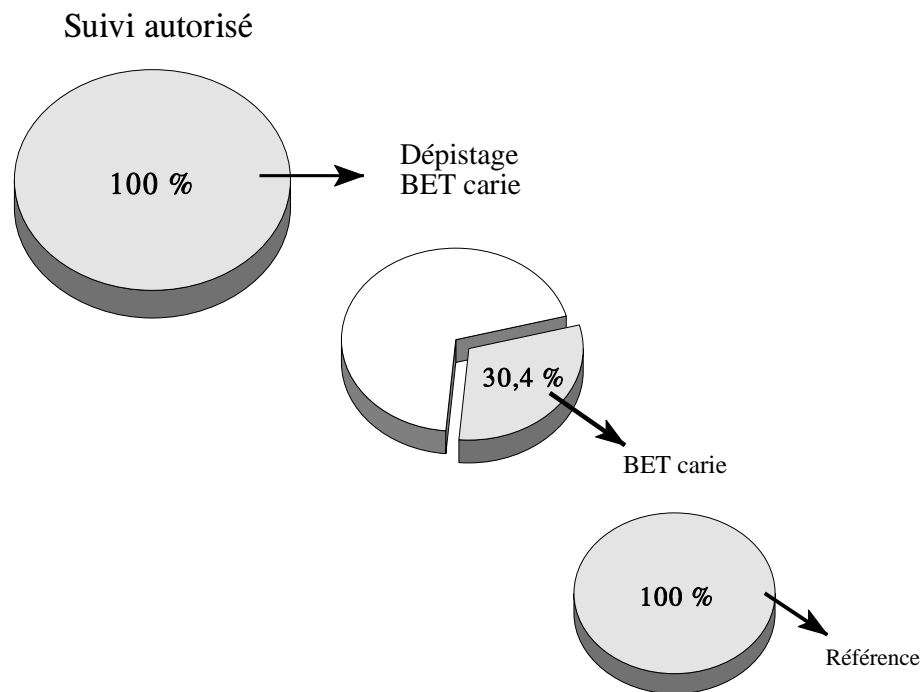
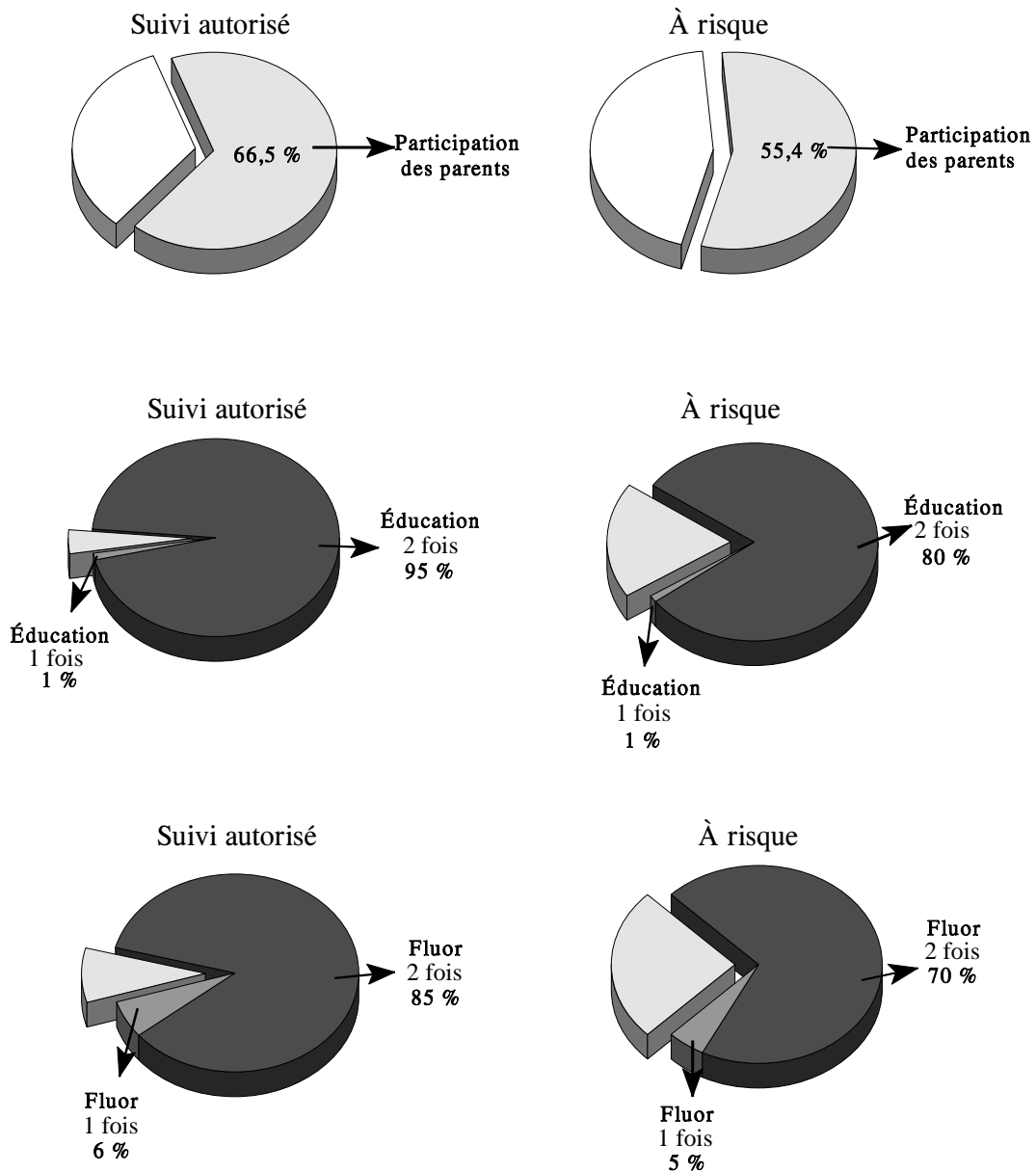


Figure 8.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Taux de réponse

La région de la Côte-Nord comprend huit CLSC (voir annexe 2). Seulement sept des huit CLSC de cette région ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La Côte-Nord avait, en 1994-1995, un effectif de 4 hygiénistes dentaires en poste (3 permanents et un contractuel) équivalant à 2,6 hygiénistes à temps plein. Il faut signaler que deux des sept CLSC de la région n'ont pas d'hygiéniste dentaire en poste.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par six des sept CLSC de la région ayant répondu au questionnaire.

La figure 9.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par trois des sept CLSC ayant répondu au questionnaire, en garderie par trois CLSC également, en prématernelle par quatre CLSC et en d'autres occasions par trois CLSC.

En clinique d'immunisation, des activités d'information (préparées par l'hygiéniste mais réalisées par l'infirmière) et des activités éducatives ont été réalisées.

En garderie, des activités éducatives à l'intention des enfants et des visites d'installations dentaires ont été organisées. Des brosses à dents ont également été distribuées.

En prématernelle, des activités éducatives à l'intention des enfants ont aussi été organisées.

Il y a aussi eu intervention en clinique (multidisciplinaire) par du dépistage et de l'éducation. Les répondants disent aussi avoir participé à un programme d'action communautaire et être intervenus dans le secteur postnatal.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par six des sept CLSC répondants et moins de 100 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Voir note 2.

Interventions au niveau primaire

La figure 9.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par six des sept CLSC de la région ayant répondu au questionnaire. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par trois CLSC et de façon plutôt partielle par trois CLSC également;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par seulement un des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été relativement complets.
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a eu lieu.

Interventions au niveau de la maternelle

Moins de 75 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

Voir note 3.

La figure 9.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 97,0 % et d'un dépistage dans une proportion de 83,5 %. On peut aussi noter que 97,4 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 29,7 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 29,7% ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 9.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 69,4 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 97,5 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 9.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 95,7 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 59,8 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 100 % des cas.

La figure 9.6 montre que :

- les parents de 69,2 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 46,8 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 97 % ont bénéficié ici d'une approche éducative à une (95 %) ou à deux reprises (2 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 66 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (65 %) ou à deux reprises (1 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 65 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 45 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une reprise.

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC de la région couvraient plusieurs thèmes : carie, hygiène, alimentation, visite chez le dentiste.

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient à la carie, à la plaque, à l'hygiène et aux collations. L'indice OHIS a été utilisé.

La participation des parents à l'approche d'éducation individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques et par des lettres.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Quelques faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants invoquent ici le manque de ressources humaines et d'équipement. Ils invoquent aussi la difficulté de rejoindre les enfants et le fait qu'ils aient ciblé certains niveaux scolaires.

Voir note 4.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 26 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par quatre des sept CLSC répondants de la région. Ces interventions comportaient des activités variées : tenue d'un kiosque d'information, rédaction d'articles pour un journal, interventions de dépistage en secondaire III, participation à des émissions radiophoniques, interventions à l'intérieur de cours prénataux, participation au « club des 4 ans ».

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Six répondants ont démontré qu'ils avaient rejoint toutes les écoles visées, mais le septième répondant a mentionné qu'il n'en avait rejoint aucune, sans toutefois préciser le nombre d'écoles visées.

Note 3 : Six répondants ont démontré qu'ils avaient rejoint (au total) plus de 75 % des enfants inscrits en maternelle, mais le septième répondant a mentionné qu'il n'en avait rejoint aucun, sans toutefois préciser le nombre d'enfants visés.

Note 4 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 9.1 Interventions réalisées avant la maternelle

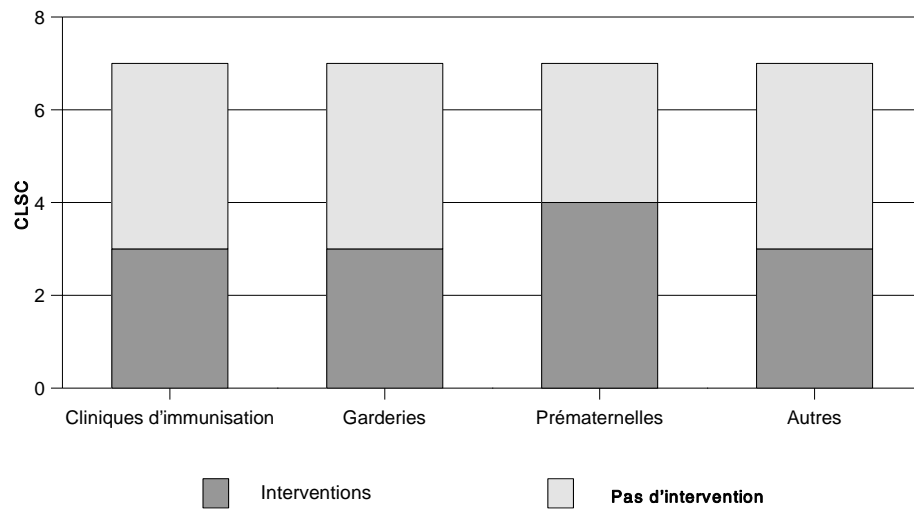


Figure 9.2 Interventions réalisées au primaire

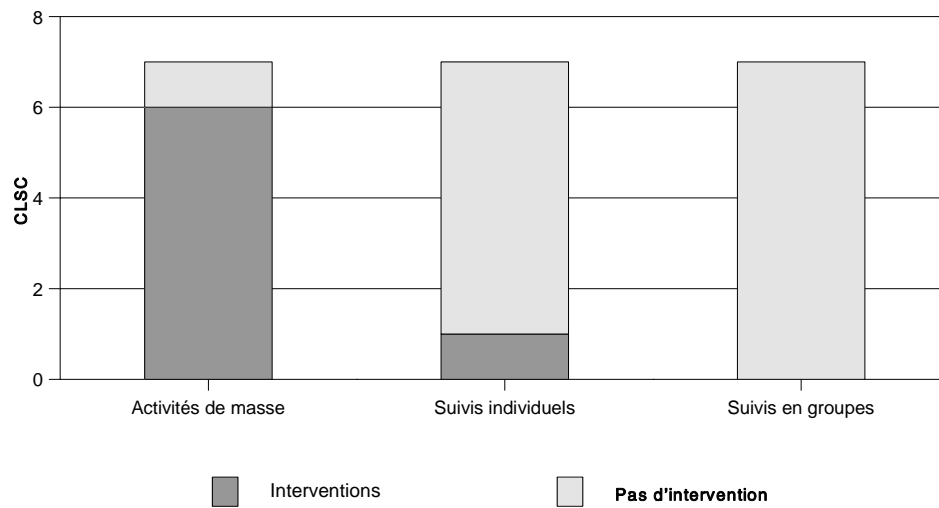


Figure 9.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

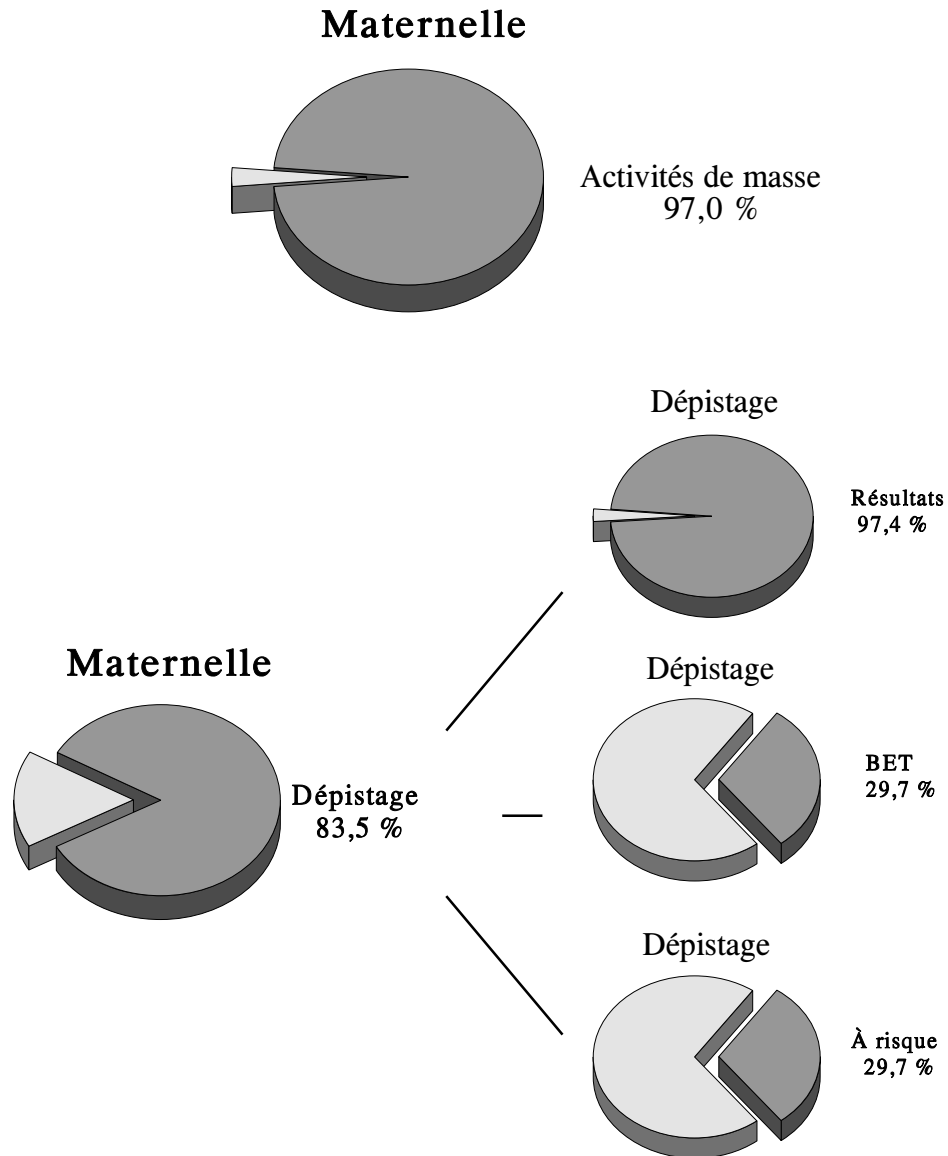


Figure 9.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel



Figure 9.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

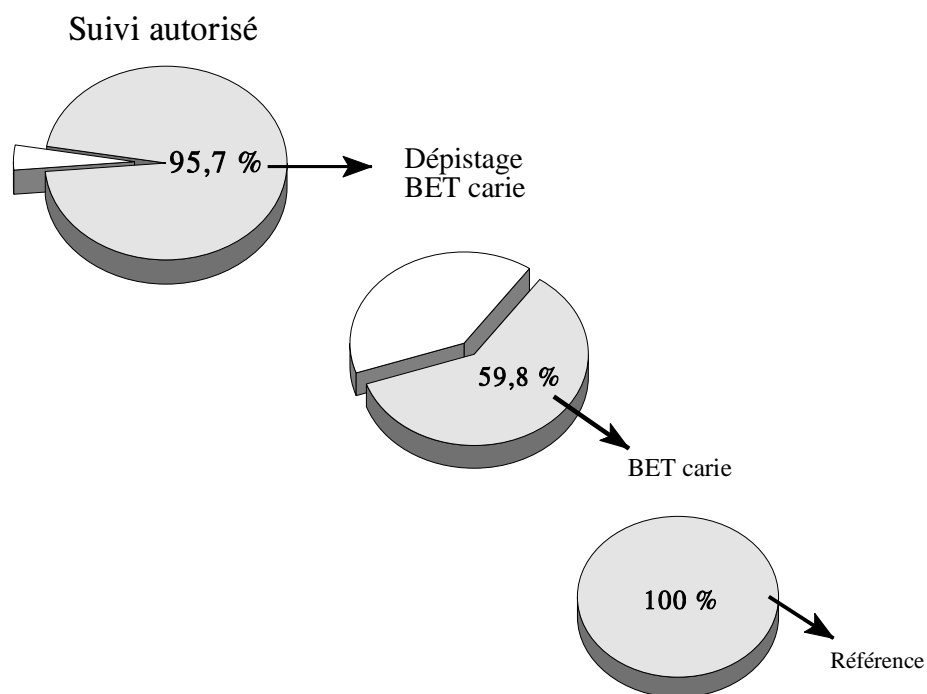
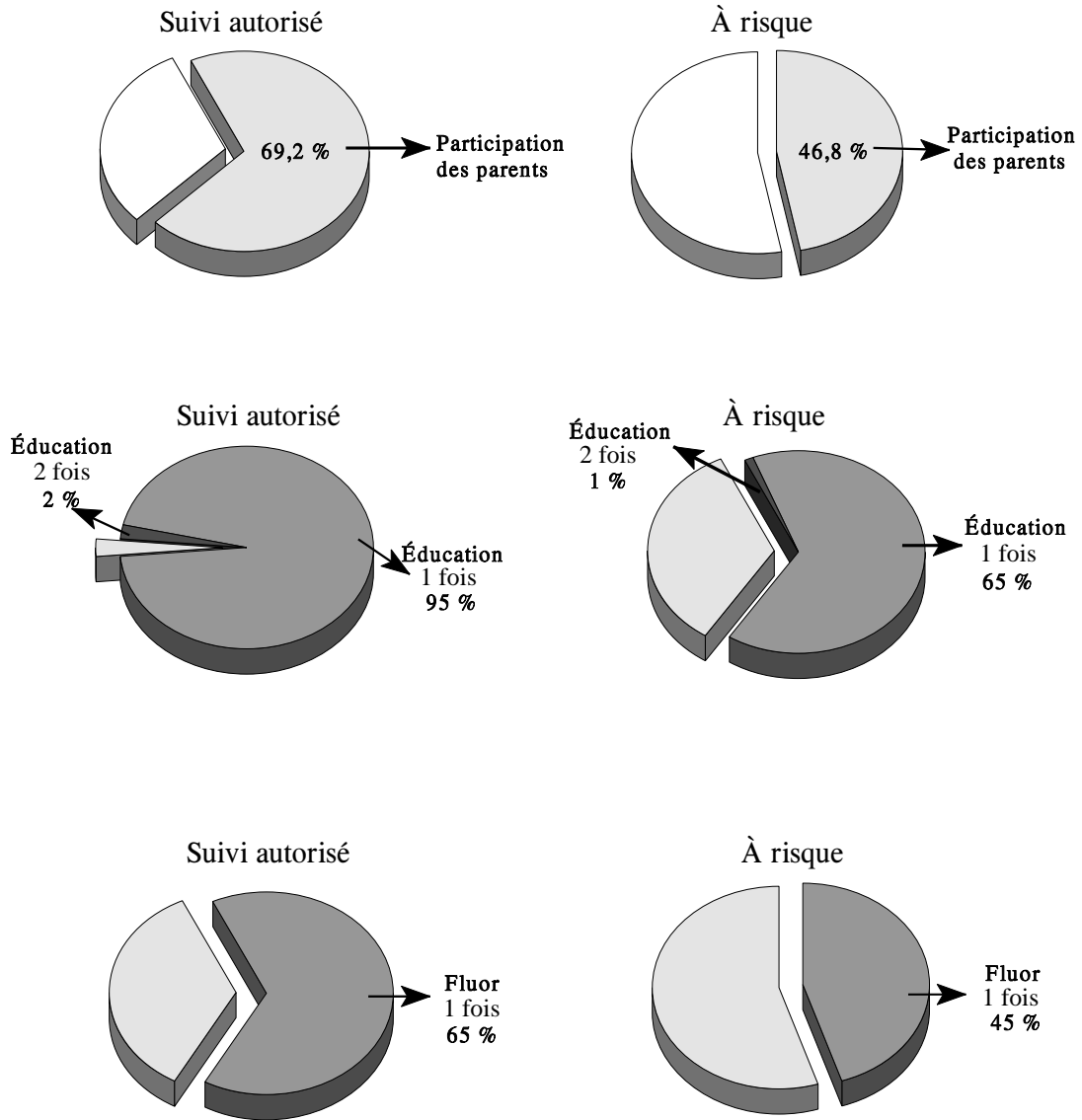


Figure 9.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



10. Région 10

Nord-du-Québec

Taux de réponse

La région du Nord-du-Québec comprend trois CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (3/3) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

Il n'y avait qu'un hygiéniste dentaire en poste dans la région du Nord-du-Québec en 1994-1995 (un permanent), équivalant à un hygiéniste à temps plein. Il faut signaler que deux des trois CLSC de la région n'ont pas d'hygiéniste dentaire en poste.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par seulement un CLSC sur trois dans la région.

La figure 10.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par un CLSC sur trois, en garderie par un CLSC sur trois, en prématernelle par un CLSC sur trois et en d'autres occasions par un CLSC sur trois également.

En clinique d'immunisation, des rencontres avec des parents ont eu lieu lorsqu'il y avait recommandation en ce sens de la part de l'infirmière.

En garderie, des activités éducatives et des activités de dépistage ont été organisées à l'intention des enfants.

En prématernelle, des activités éducatives et des activités de dépistage ont également été organisées à l'intention des enfants.

Il y a aussi eu intervention en clinique (multidisciplinaire) par la transmission d'information visant à éduquer les parents.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par seulement un CLSC sur trois et moins de 75 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Voir note 2.

Interventions au niveau primaire

La figure 10.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par seulement un CLSC sur trois dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, ces activités ont été réalisées de façon assez complète;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été organisés par seulement un CLSC sur trois dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été réalisés de façon plutôt partielle;
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a eu lieu.

Interventions au niveau de la maternelle

Moins de 80 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

Voir note 3.

La figure 10.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 98,8 % et d'un dépistage dans une proportion de 100 %. On peut aussi noter que 100 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 14,1 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 35,6 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 10.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 100 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 100 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 10.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 100 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 27,6 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 100 % des cas.

La figure 10.6 montre que :

- aucun des parents des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé n'a participé à une approche éducative;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une approche éducative à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 95 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une reprise;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une reprise. De façon comparative, on se rend compte qu'environ 95 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une reprise.

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées avaient trait à l'hygiène et à l'alimentation.

Les activités éducatives individuelles se rapportaient aussi à l'hygiène et à l'alimentation.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Les répondants n'ont mentionné aucun fait pour justifier la réalisation partielle des interventions en milieu scolaire.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 45 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par deux CLSC sur trois dans la région. Ces interventions comportaient des activités telles que : interventions à l'intérieur de cours prénataux, organisation de concours, transmission d'information à des groupes de femmes, activités d'information auprès de l'infirmière en santé scolaire.

Voir note 1.

-
- Note 1 :** Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.
- Note 2 :** Deux répondants ont démontré qu'ils avaient rejoint (au total) plus de 75 % des écoles visées, mais le troisième répondant a mentionné qu'il n'en avait rejoint aucune, sans toutefois préciser le nombre d'écoles visées.
- Note 3 :** Deux répondants ont démontré qu'ils avaient rejoint (au total) plus de 80 % des enfants inscrits en maternelle, mais le troisième répondant a mentionné qu'il n'en avait rejoint aucun, sans toutefois préciser le nombre d'enfants visés.

Figure 10.1 Interventions réalisées avant la maternelle

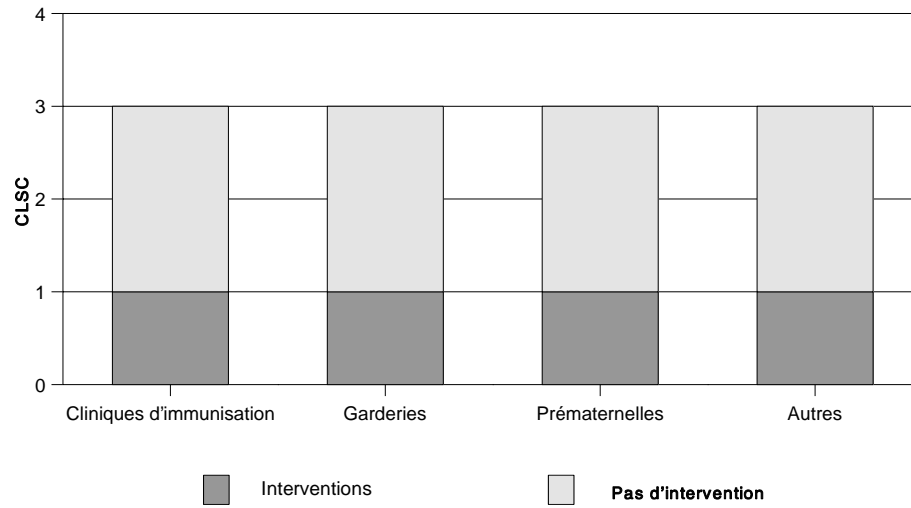


Figure 10.2 Interventions réalisées au primaire

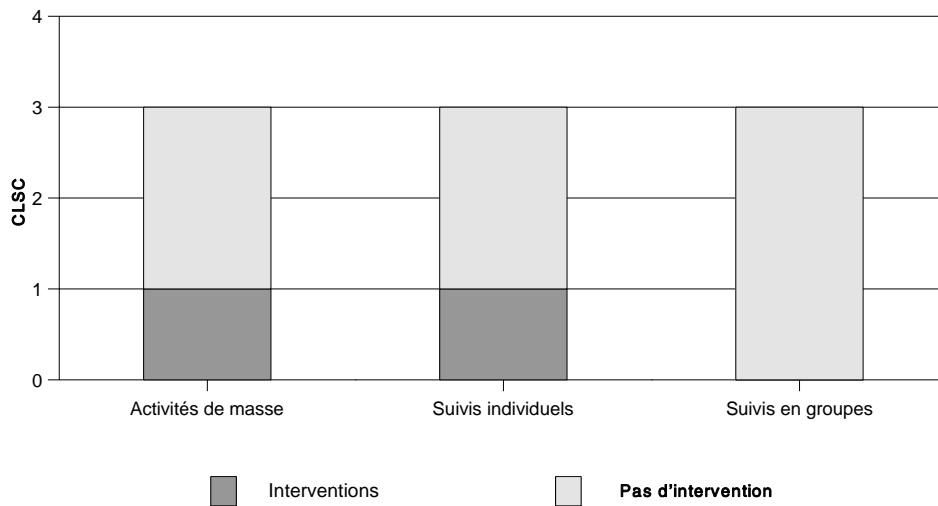


Figure 10.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

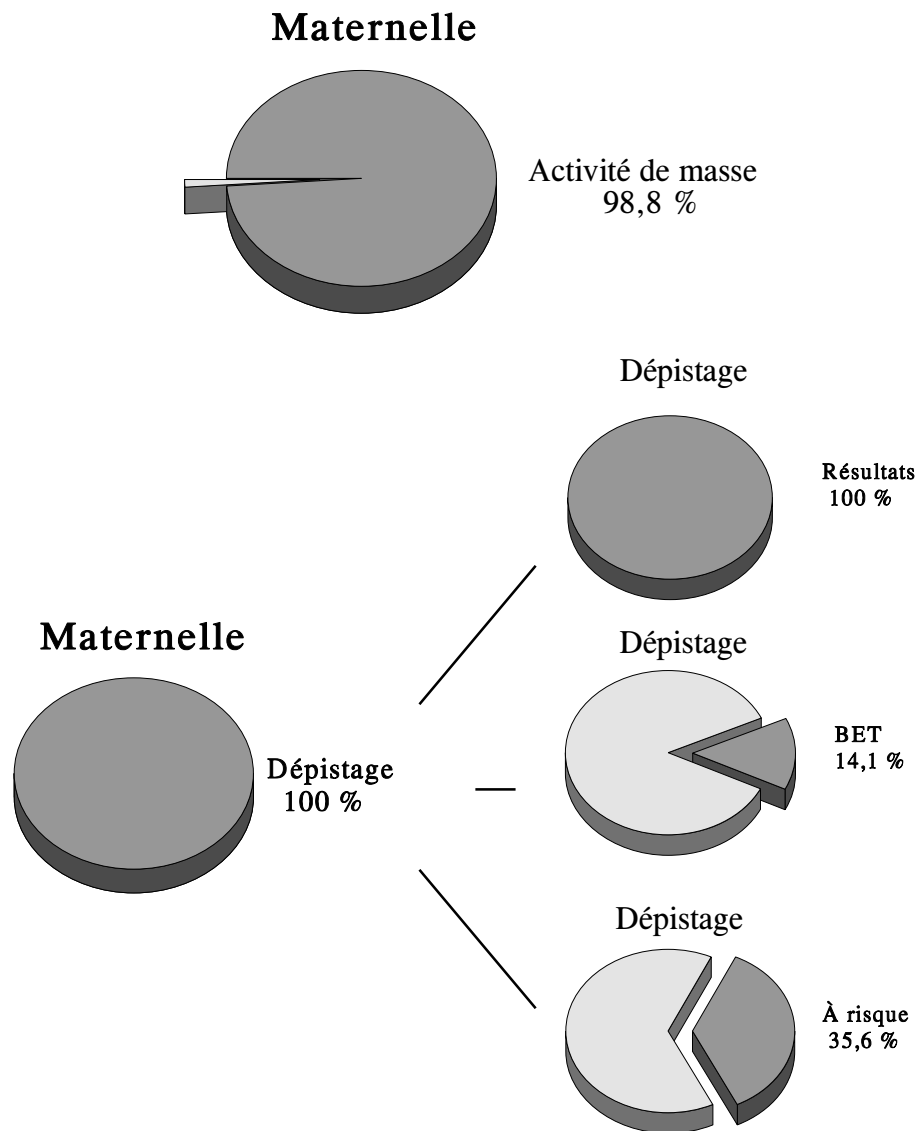


Figure 10.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

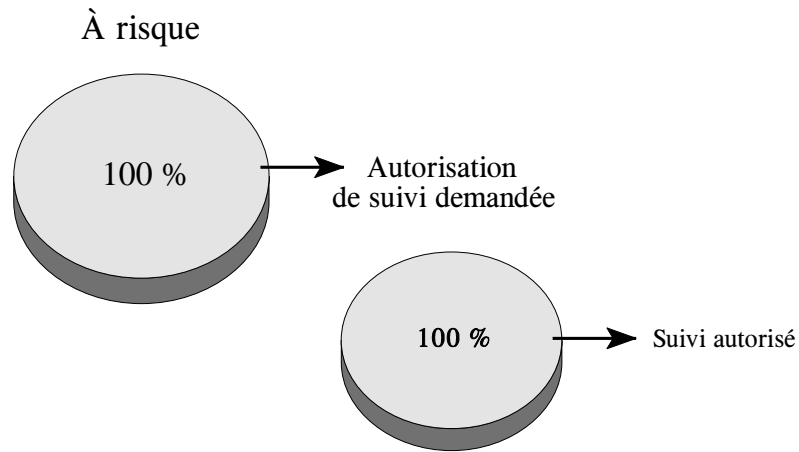


Figure 10.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

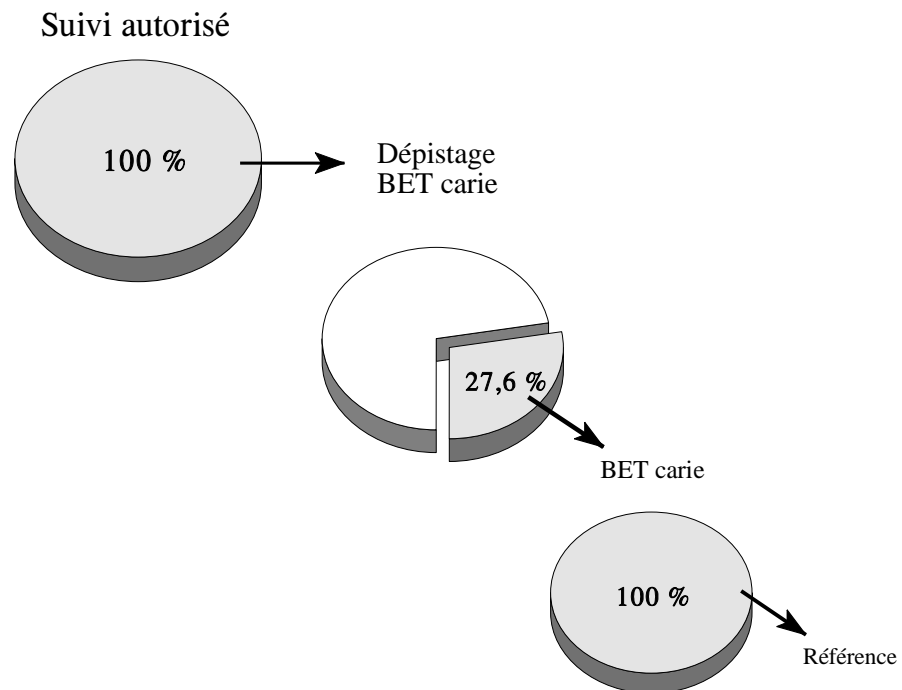
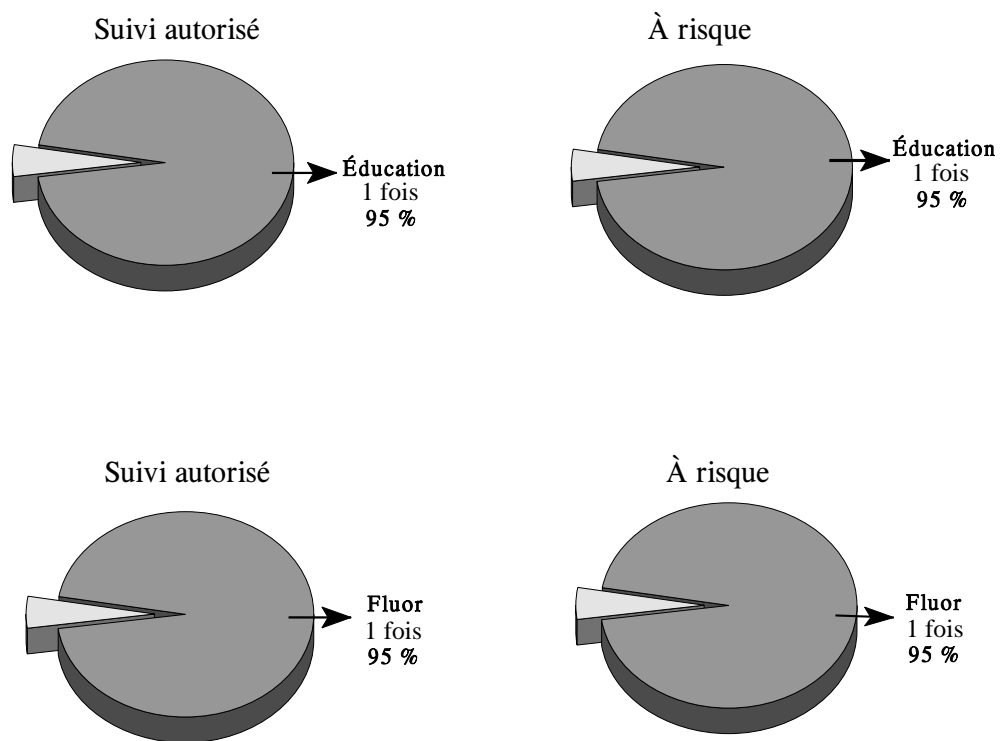


Figure 10.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (approche éducative, application topique de fluor)



11. Région 11

Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Taux de réponse

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine comprend huit CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (8/8) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine avait, en 1994-1995, un effectif de 6 hygiénistes dentaires en poste (6 permanents) équivalant à 5,3 hygiénistes à temps plein. Il faut signaler que trois des huit CLSC de la région n'ont pas d'hygiéniste dentaire en poste.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par seulement quatre CLSC sur huit dans la région.

La figure 11.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par quatre CLSC sur huit, en garderie par trois CLSC sur huit, en prématernelle par deux CLSC sur huit et en d'autres occasions par trois CLSC sur huit. Les répondants ont invoqué, pour expliquer la réalisation partielle des interventions souhaitées, que l'horaire des cliniques de vaccination était inadéquat, de sorte qu'il n'y avait pas de demande pour les services de l'hygiéniste.

En clinique d'immunisation, des activités d'information et de formation à l'intention des intervenants ont été organisées.

En garderie, des activités d'information (dépliants, document sur les activités suggérées) et des activités éducatives (brossage des dents, visite chez le dentiste) ont été organisées. L'hygiéniste y tenait lieu de personne-ressource.

Pour les enfants de la prématernelle, des visites chez le dentiste ont été organisées et des activités préventives ont été tenues au CLSC. Les enfants et leurs parents ont été rencontrés; à cette occasion, de l'information leur a été transmise et ils ont pu participer à des activités.

Il y a aussi eu intervention en clinique multidisciplinaire pour faire de l'éducation. Un dépliant a aussi été produit (sur la carie du biberon) et des rencontres spéciales avec les parents ont été organisées en vue de leur transmettre de l'information.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par seulement cinq CLSC sur huit et plus de 60 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par un de ces cinq CLSC de la région ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 11.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par seulement deux CLSC sur sept dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par un CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par un CLSC sur sept également;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par seulement trois des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon plutôt partielle;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été organisés par seulement deux des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ils ont été réalisés de façon assez complète par un CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par un CLSC sur sept également.

Interventions au niveau de la maternelle

Environ les deux tiers des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 11.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 100 % et d'un dépistage dans une proportion de 95,1 %. On peut aussi noter que 99,9 % des parents des enfants ont été informés des résultats de ce dépistage, que 25,5 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 36,1 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 11.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 100 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 98,6 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 11.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 54,6 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 43,9 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 100 % des cas.

La figure 11.6 montre que :

- les parents de 21,8 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 16,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 90 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (65 %) ou à deux reprises (25 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 80 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (65 %) ou à deux reprises (15 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 40 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (20 %) ou à deux reprises (20 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 30 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (15 %) ou à deux reprises (15 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC sont variées. Plusieurs thèmes y étaient abordés : brossage des dents, utilisation de la soie dentaire, alimentation. Plusieurs outils y ont également été utilisés : cahiers, bandes vidéo, dépliants, calendriers de brossage, jeux, marionnettes.

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient à la carie, à la plaque, à l'hygiène, aux scellants et à la visite chez le dentiste. Les répondants ont pu avoir recours à l'indice OHIS et ont utilisé des certificats, des tableaux de brossage et des autocollants.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres à l'école et à l'aide de certains documents (documents d'information, tableaux de brossage).

Les répondants n'ont pas décrit comment ils avaient procédé à l'application topique du fluor.

Les suivis en petits groupes comprenaient des activités éducatives (brossage des dents, utilisation de la soie dentaire) par groupes de deux.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Quelques faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants ont ici invoqué le manque de ressources humaines et d'équipement et le fait qu'ils aient procédé à des choix d'interventions.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 38 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par cinq des huit CLSC de la région et peuvent se résumer ainsi : interventions auprès de jeunes handicapés, installation d'un kiosque d'information au cégep, production d'affiches (pour les hôpitaux et les CLSC), visite d'une polyvalente, formation des intervenants (infirmières, travailleurs sociaux, enseignants), activités dans le cadre du mois de la santé dentaire.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 11.1 Interventions réalisées avant la maternelle

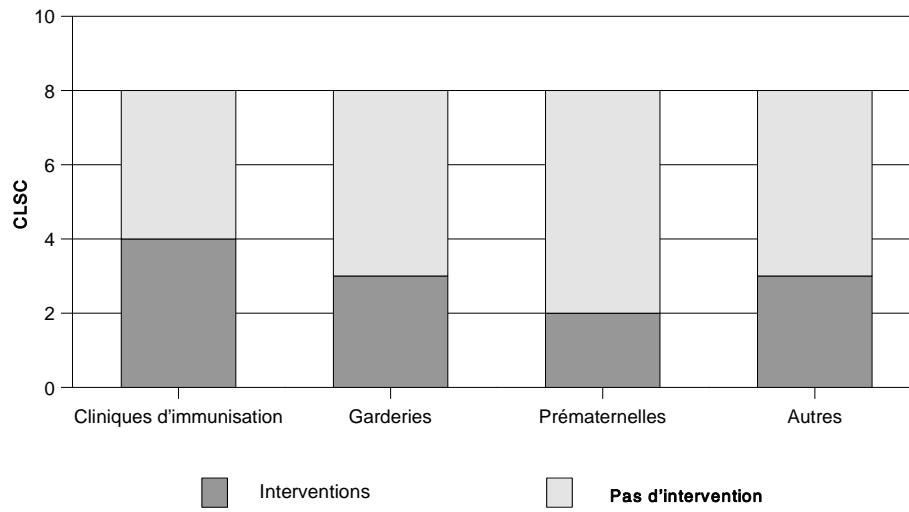


Figure 11.2 Interventions réalisées au primaire

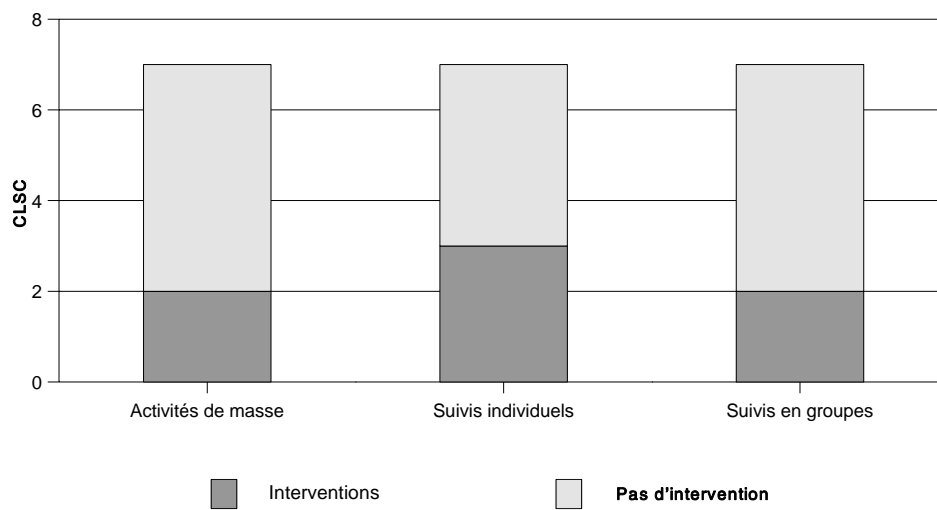


Figure 11.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

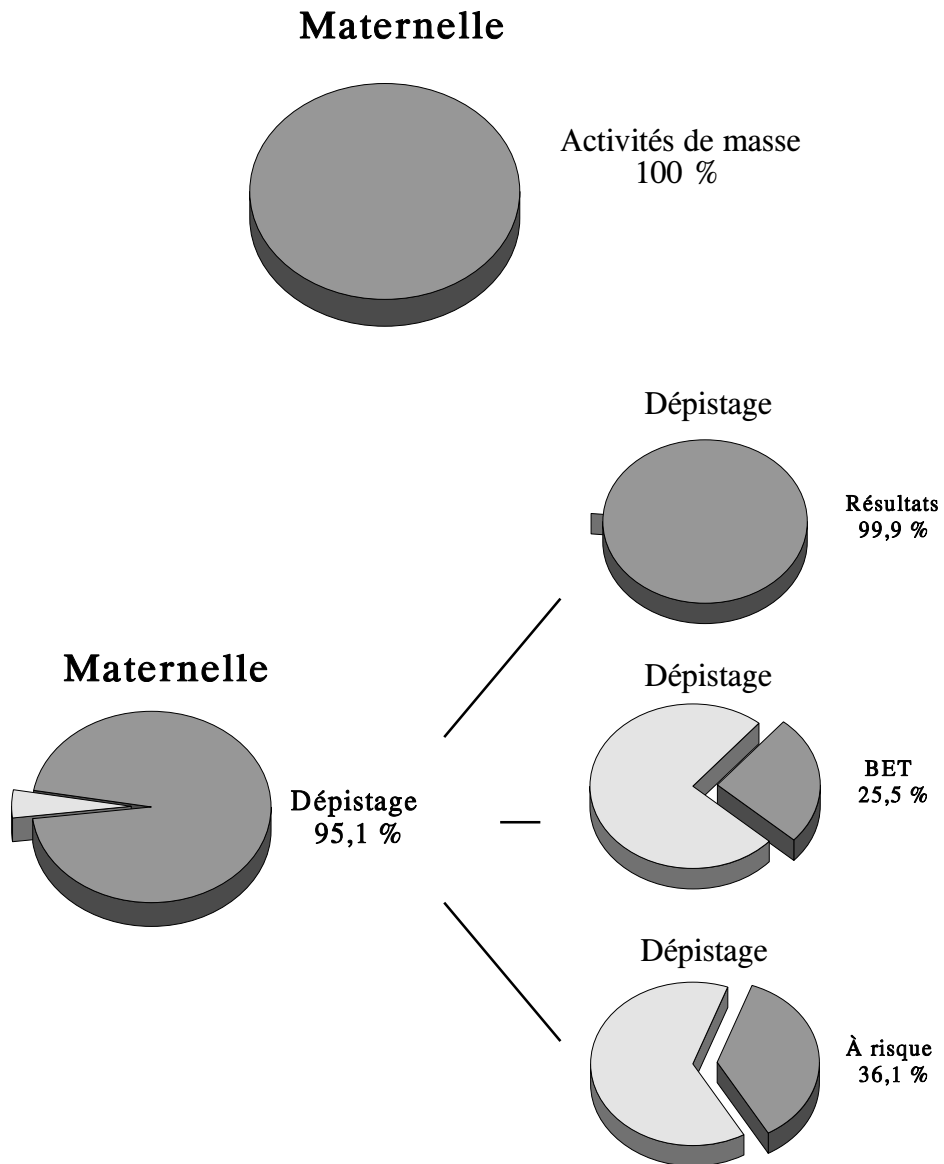


Figure 11.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

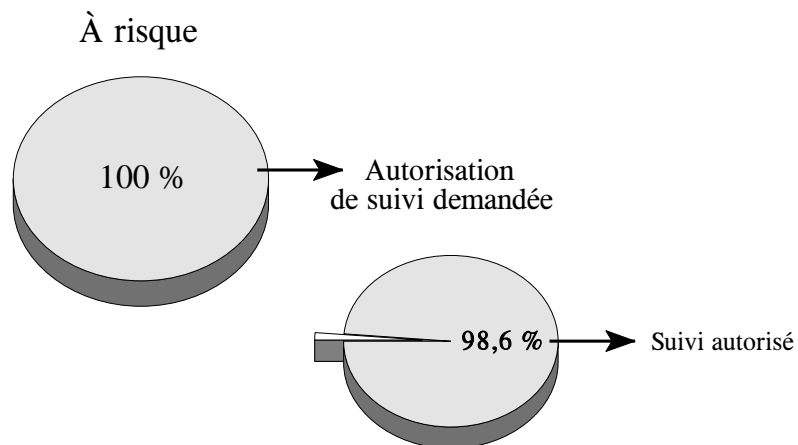


Figure 11.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

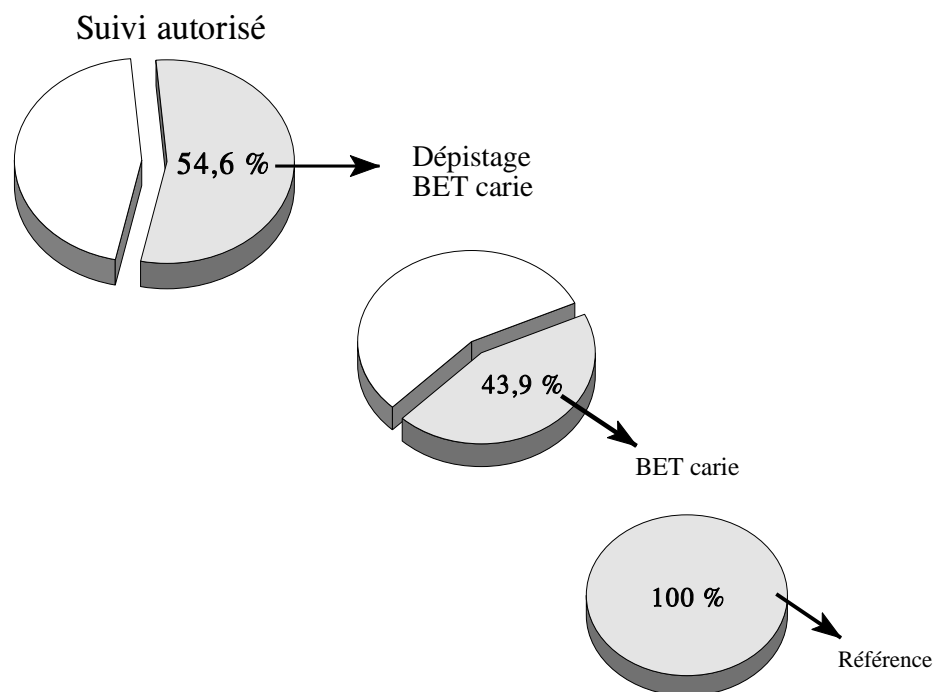
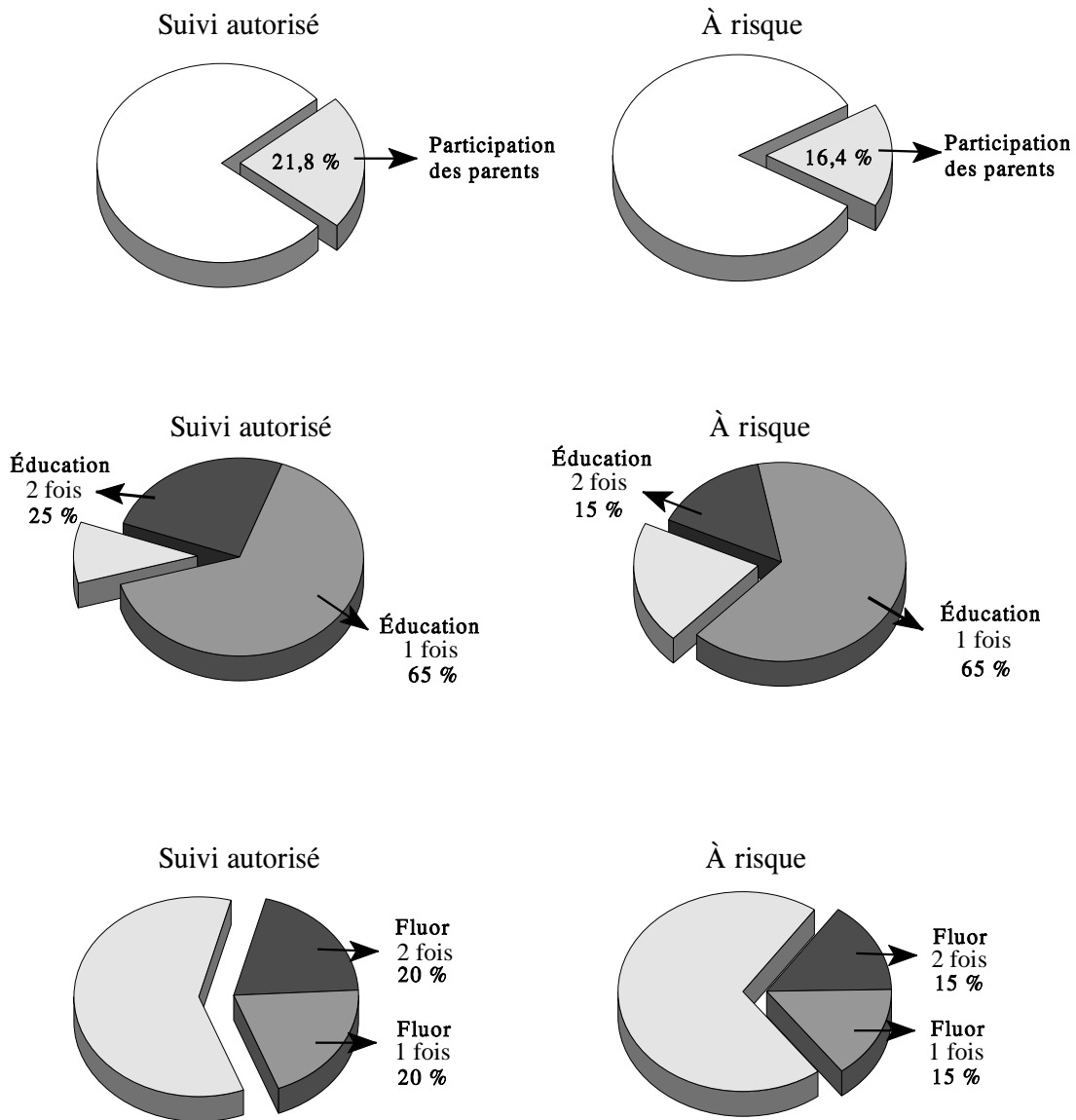


Figure 11.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



12. Région 12

Chaudière-Appalaches

Taux de réponse

La région de la Chaudière-Appalaches comprend onze CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (11/11) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de la Chaudière-Appalaches avait, en 1994-1995, un effectif de 22 hygiénistes dentaires en poste (21 permanents et un contractuel) équivalant à 17,3 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région.

La figure 12.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par cinq CLSC sur onze, en garderie par sept CLSC sur onze, en prématernelle par sept CLSC sur onze également et en d'autres occasions par quatre CLSC sur onze.

En clinique d'immunisation, des activités d'information (par les infirmières), des activités éducatives et des activités de dépistage ont été réalisées.

En garderie, des activités d'information destinées aux enfants et aux parents ont été tenues, de même que des activités préventives de groupe. Les CLSC ont aussi consenti des prêts de matériel pour que les animatrices puissent intervenir.

En prématernelle, des activités axées sur l'éducation et sur la prévention ont été organisées, et de l'information a été transmise aux parents. Les enfants de certaines prématernelles ont été rencontrés en même temps que ceux des maternelles.

Il y a aussi eu intervention en clinique multidisciplinaire (éducation, dépistage, référence) et à propos de la carie du biberon (suivi postal, rencontres). Les répondants disent aussi avoir participé à des rencontres prénatales et être intervenus (éducation, dépistage) en halte-garderie (CLSC).

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Interventions au niveau primaire

La figure 12.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par tous les CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par huit CLSC sur onze et de façon plutôt partielle par trois CLSC sur onze;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par neuf des onze CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon assez complète par sept CLSC sur onze et de façon plutôt partielle par deux CLSC sur onze;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par seulement deux des onze CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ils ont été réalisés de façon assez complète par un CLSC sur onze et de façon plutôt partielle par un CLSC sur onze également.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 12.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 99,6 % et d'un dépistage dans une proportion de 97,5 %. On peut aussi noter que 59,4 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 7,2 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 22,8 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 12.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 98,4 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 90,4 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 12.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 70,5 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 30,7 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 97,4 % des cas.

La figure 12.6 montre que :

- les parents de 75,7 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 68,1 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 96 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (1 %) ou à deux reprises (95 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 86 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (1 %) ou à deux reprises (85 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (5 %) ou à deux reprises (90 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 85 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (5 %) ou à deux reprises (80 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC sont variées. Les thèmes abordés comprenaient le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire. Plusieurs outils ont été utilisés par les répondants : cahiers, bandes vidéo, dépliants, jeux, concours.

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient à la carie, à la plaque, à l'hygiène, aux scellants, à la visite chez le dentiste et à l'alimentation. Des tableaux de brossage ont été utilisés.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres (rendez-vous au CLSC) et à l'aide de certains documents (lettres, résumés de rencontres). Les parents ont aussi été invités à collaborer au suivi de l'enfant (brossage des dents, alimentation, signature des résultats de l'indice de débris) et à participer à la « Fête de la molaire ».

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de gel ou de vernis.

Les suivis en petits groupes comprenaient enfin des activités éducatives (hygiène) et des activités de dépistage. Des jeux ont entre autres été utilisés à l'intérieur de ces suivis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Quelques faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants mentionnent entre autres le fait que les suivis individuels n'ont eu lieu qu'en maternelle, puisqu'il s'agissait de la première année d'implantation du programme. Ils disent aussi ne pas avoir fait plus de suivis individuels par manque de temps et mentionnent enfin que tous les parents d'une école ont refusé les suivis individuels.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 61 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par neuf des onze CLSC de la région et peuvent se résumer ainsi : participation au mois de la santé dentaire (tirage, prix), rédaction d'articles de journaux, installation d'un kiosque dans un cégep avec des infirmières, interventions dans des classes spéciales et activités promotionnelles au secondaire.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 12.1 Interventions réalisées avant la maternelle

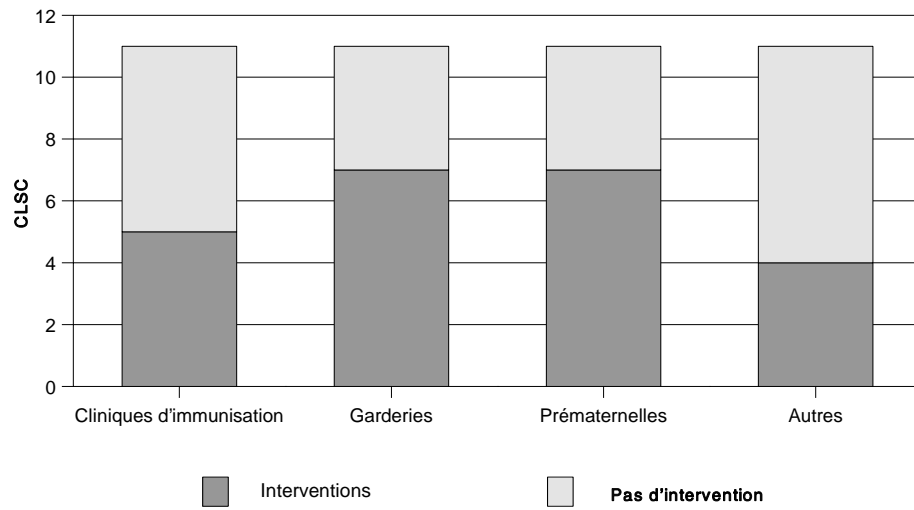


Figure 12.2 Interventions réalisées au primaire

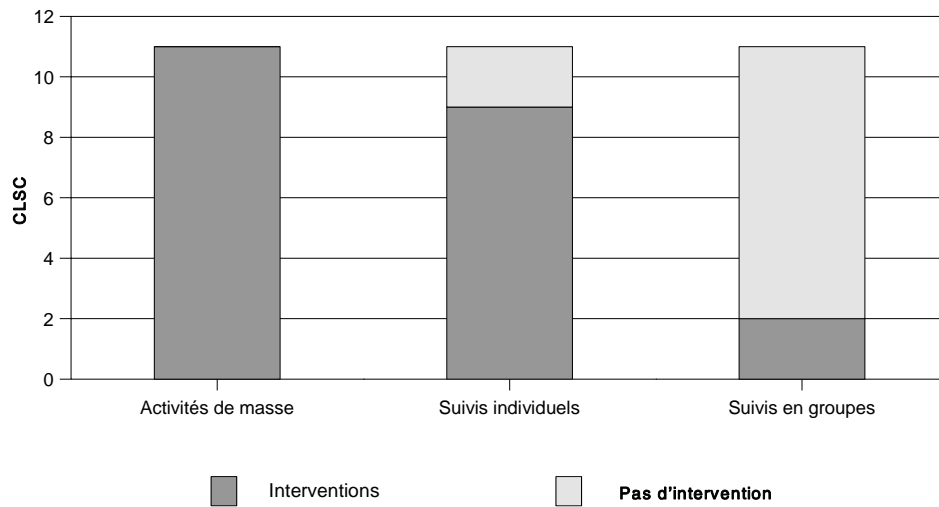


Figure 12.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

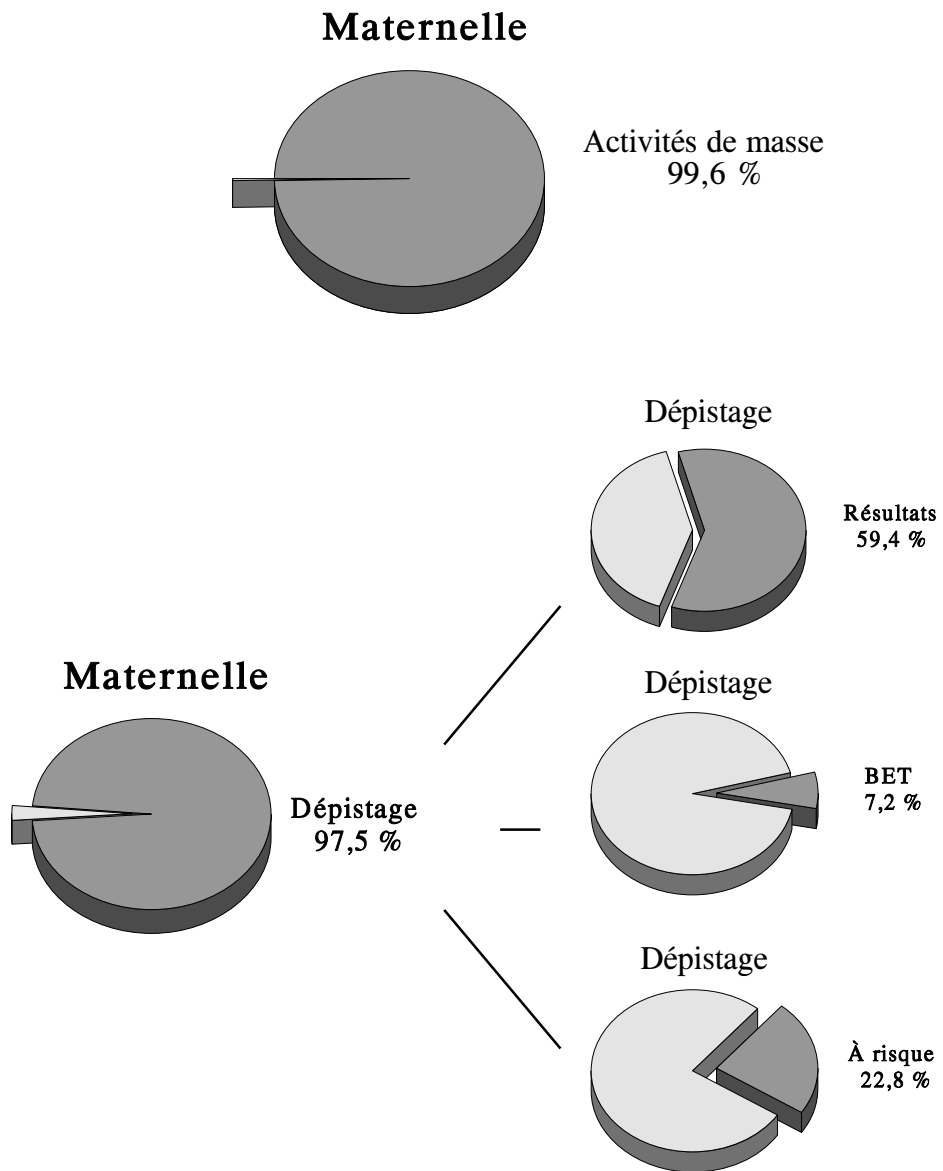


Figure 12.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

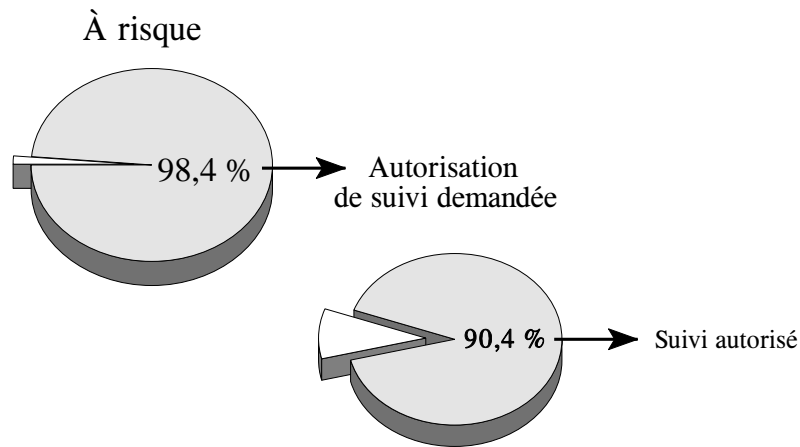


Figure 12.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

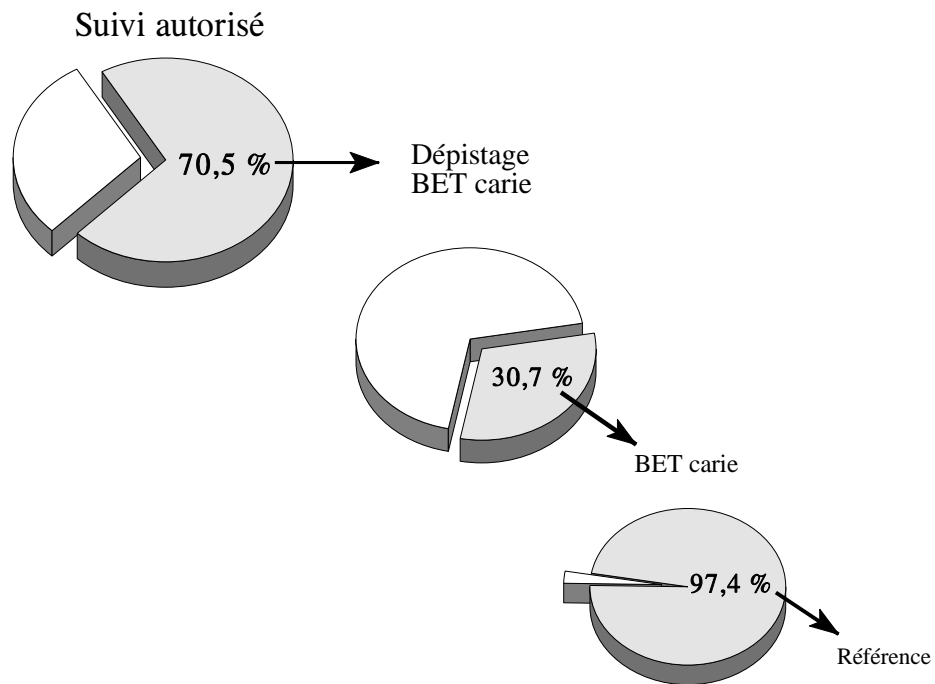
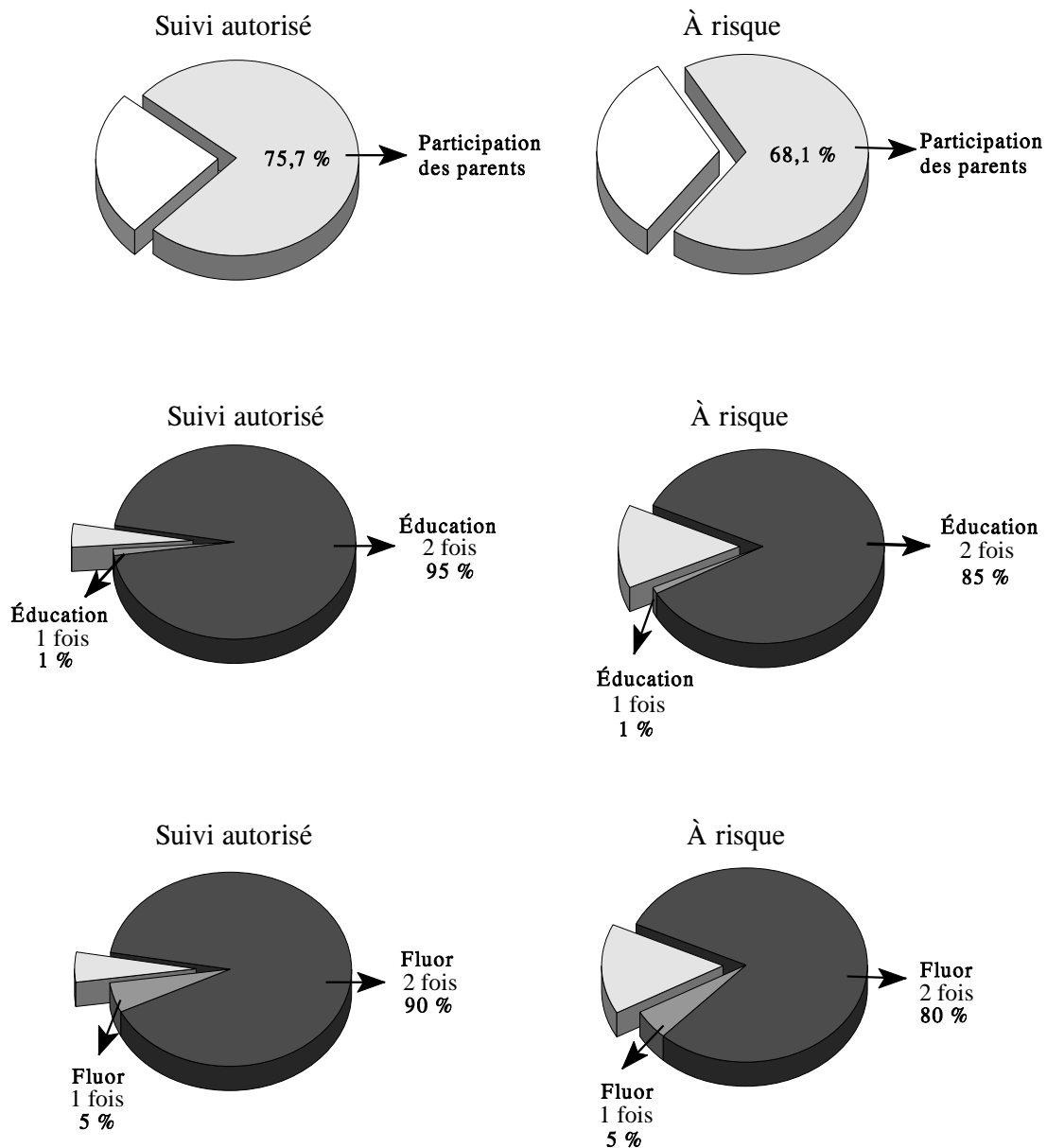


Figure 12.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



13. Région 13

Laval

Taux de réponse

La région de Laval comprend quatre CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (4/4) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de Laval avait, en 1994-1995, un effectif de huit hygiénistes dentaires en poste (deux permanents et six contractuels) équivalant à cinq hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par seulement deux des quatre CLSC de la région.

La figure 13.1 montre qu'aucune activité n'a été tenue en clinique d'immunisation. Par contre, des activités ont été tenues en garderie par un CLSC sur quatre, en prématernelle par un CLSC sur quatre et en d'autres occasions par un CLSC sur quatre également. Les répondants ont ici invoqué le manque de temps et de ressources humaines pour expliquer la réalisation partielle des interventions souhaitées.

Aucune activité n'a eu lieu en clinique d'immunisation.

En garderie, des activités d'information et des activités éducatives (hygiène) ont été organisées. Du dépistage pouvait aussi être fait sur demande. On a eu recours à des jeux et à des histoires pour la réalisation de ces activités.

En prématernelle, des activités d'information et des activités éducatives (hygiène, alimentation) ont aussi été organisées. Comme en garderie, du dépistage pouvait aussi être fait sur demande. Des jeux et des histoires ont été utilisés pour la réalisation de ces activités.

Il y a aussi eu intervention dans des maisons de quartier. De l'information a été diffusée et du dépistage a été fait dans des écoles d'adaptation scolaire.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région et environ 90 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants nous ont fait remarquer que des écoles socioéconomiquement faibles avaient été ciblées.

Interventions au niveau primaire

La figure 13.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par trois des quatre CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, ces activités ont été réalisées de façon assez complète par un CLSC sur quatre et de façon plutôt partielle par deux CLSC sur quatre;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par trois des quatre CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète par un CLSC sur quatre et de façon plutôt partielle par deux CLSC sur quatre;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par seulement un des quatre CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ces suivis ont été réalisés de façon assez complète.

Interventions au niveau de la maternelle

Environ 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 13.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 79,4 % et d'un dépistage dans une proportion de 95,1 %. On peut aussi noter que 72,2 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 7,9 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 13,8 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 13.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 37,3 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 83,7 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 13.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 95,3 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 71,1 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 98,0 % des cas.

La figure 13.6 montre que :

- les parents de 94,0 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 29,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 90 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (70 %) ou à deux reprises (20 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 25 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (20 %) ou à deux reprises (5 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 75 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (60 %) ou à deux reprises (15 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 25 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (20 %) ou à deux reprises (5 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées dans la région de Laval portaient particulièrement sur le brossage des dents et sur l'utilisation de la soie dentaire. Des démonstrations, des histoires et des jeux ont servi à la réalisation de ces activités.

Quant aux activités éducatives individuelles, elle se rapportaient à la carie, à l'hygiène, à la visite chez le dentiste et à l'alimentation.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres et à l'aide de documents (comptes rendus). Des calendriers de brossage ont aussi été utilisés.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de gel, de mousse ou de rince-dents.

Les suivis en petits groupes étaient occasionnels et se sont faits par groupes de deux.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Quelques faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants mentionnent encore ici le manque de temps et de ressources humaines. Ils soulignent aussi le manque de collaboration de l'école et le fait qu'ils aient procédé à des choix (d'interventions) personnels.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 65 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par trois des quatre CLSC de la région et elles peuvent être résumées ainsi : formation de stagiaires en hygiène dentaire, diffusion d'information sur la fluoration (dans les CLSC et les pharmacies), organisation d'activités pour le mois de la santé dentaire, publication d'un journal dentaire mensuel, et intervention auprès d'enfants en difficulté d'apprentissage, auprès de personnes âgées et auprès d'adolescents déficients.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 13.1 Interventions réalisées avant la maternelle

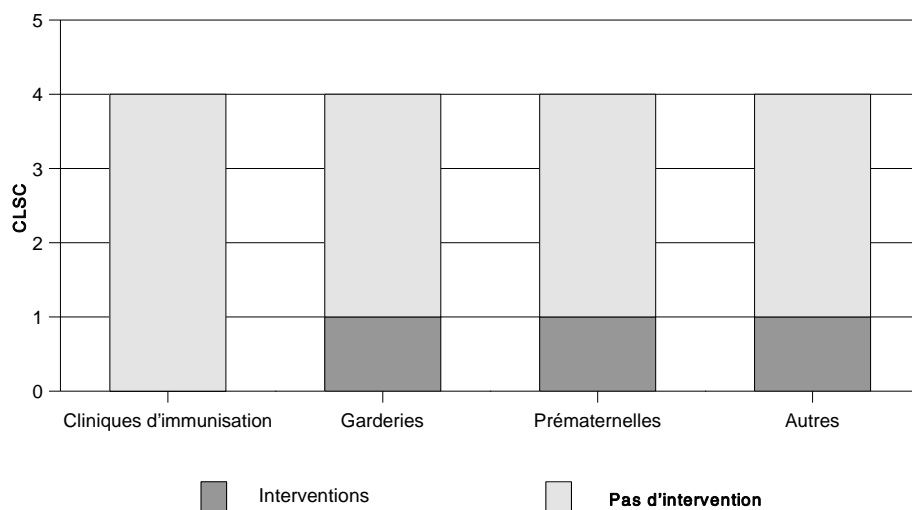


Figure 13.2 Interventions réalisées au primaire

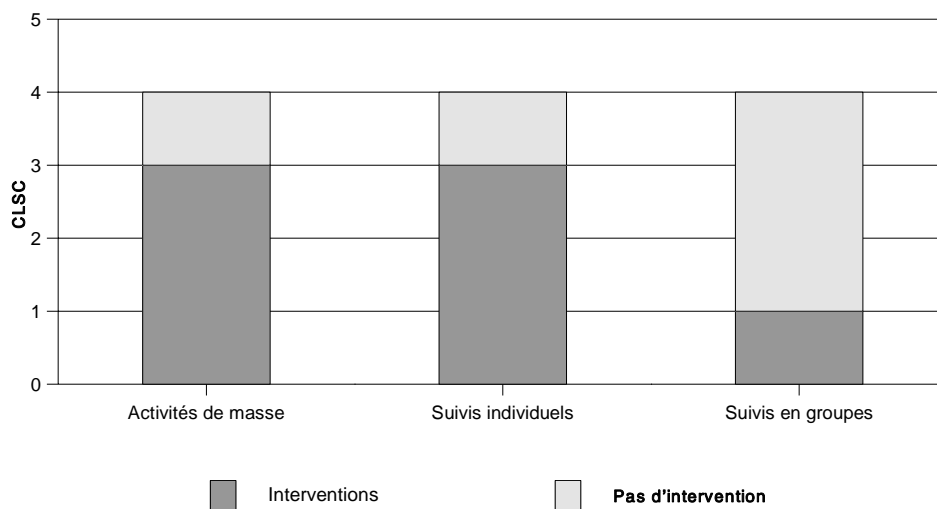


Figure 13.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

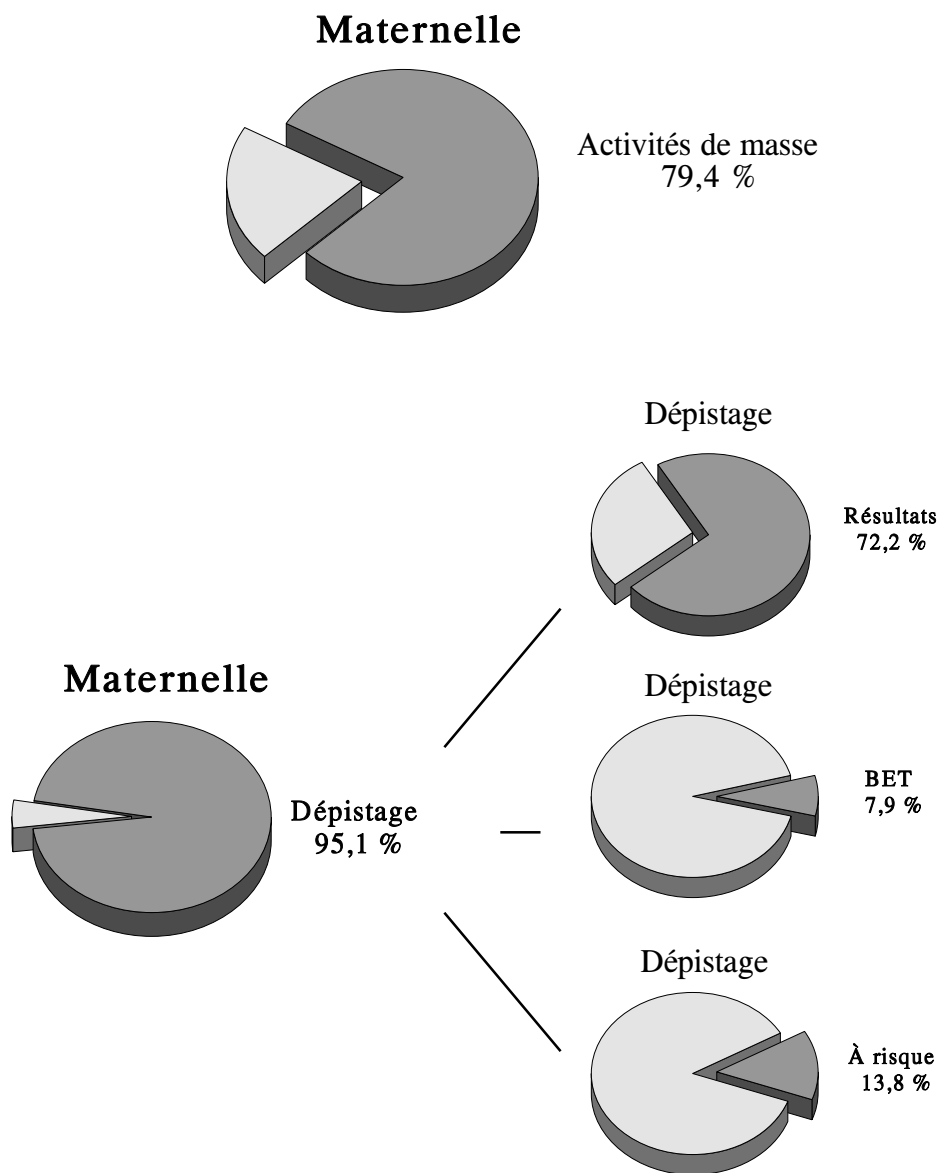


Figure 13.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

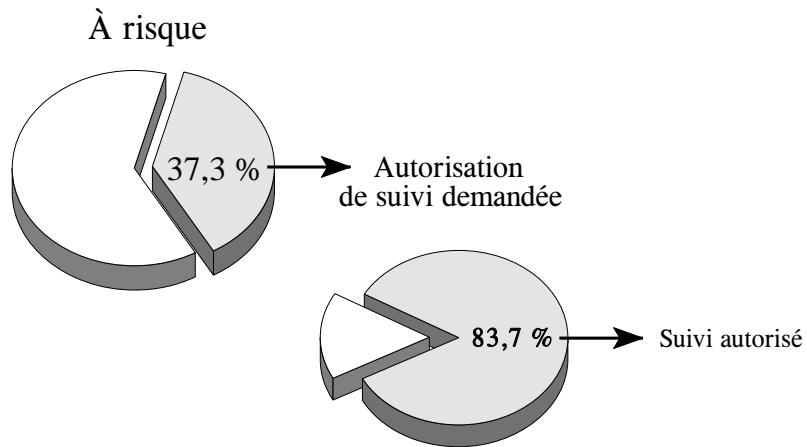


Figure 13.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

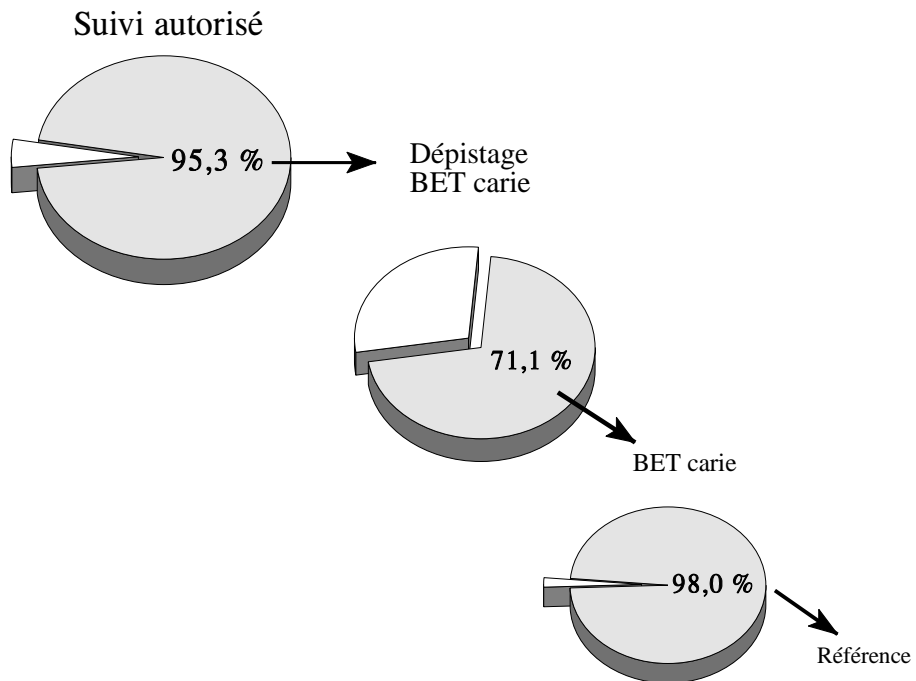
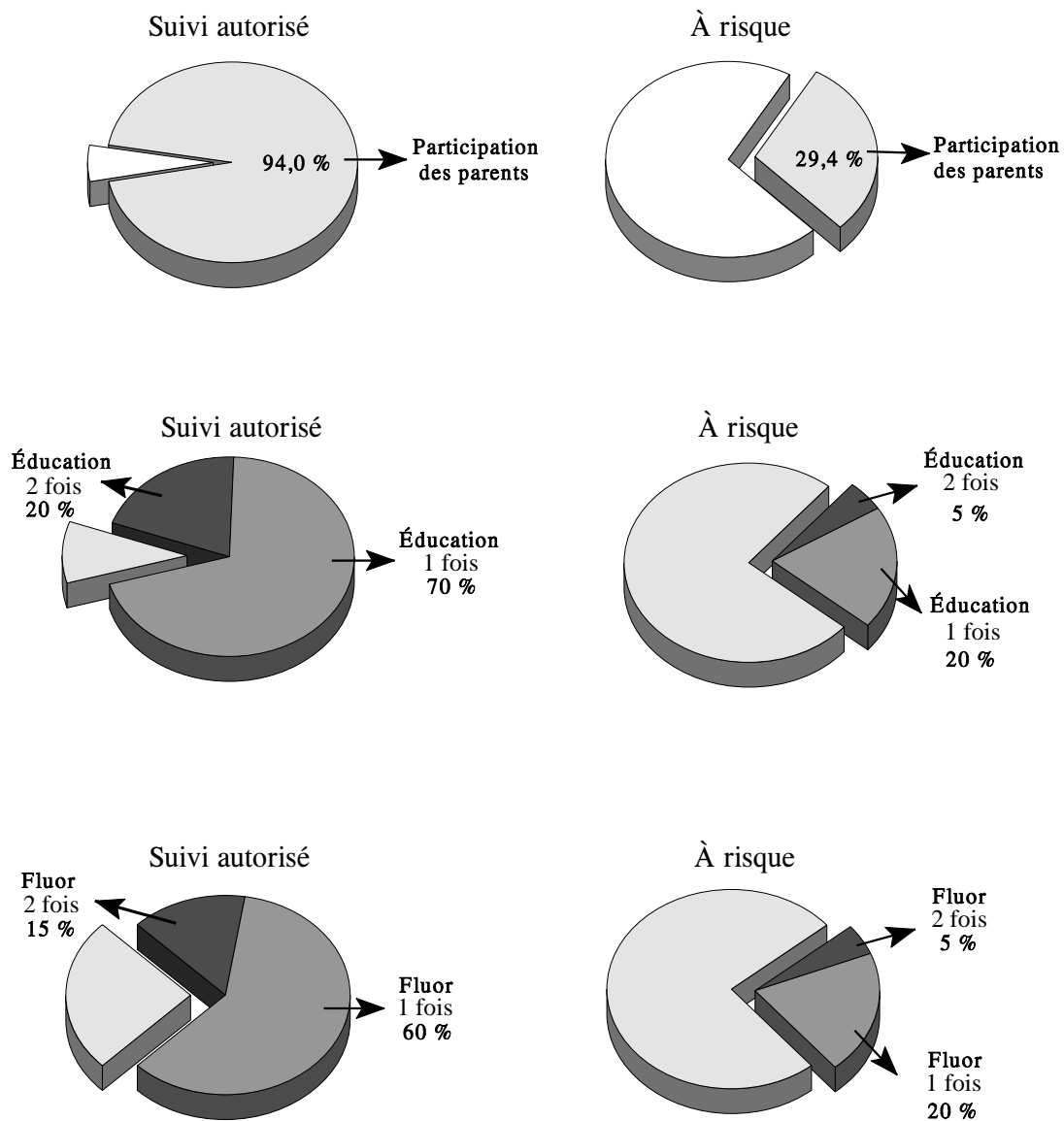


Figure 13.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Taux de réponse

La région de Lanaudière comprend six CLSC (voir annexe 2). Seulement cinq des six CLSC de cette région ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région de Lanaudière avait, en 1994-1995, un effectif de 10 hygiénistes dentaires en poste (7 permanents et 3 contractuels) équivalant à 9,7 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par les cinq CLSC de la région ayant répondu au questionnaire.

La figure 14.1 montre qu'aucune activité n'a été tenue en clinique d'immunisation. Par contre, des activités ont été tenues en garderie par cinq CLSC, en prématernelle par cinq CLSC également et en d'autres occasions par un CLSC.

Aucune activité n'a eu lieu en clinique d'immunisation.

En garderie, des activités éducatives ont eu lieu (hygiène, alimentation, visite chez le dentiste).

En prématernelle, des activités éducatives ont aussi été organisées (hygiène, alimentation, visite chez le dentiste). Ces activités ont pris la forme d'ateliers, de jeux et de chansons. Des rencontres ont enfin eu lieu avec les stagiaires.

Il y a aussi eu diffusion d'information grâce à une carte d'anniversaire envoyée à tous les enfants de 3 ans.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par les cinq CLSC répondants et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par un de ces cinq CLSC ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 14.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par deux CLSC dans la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon plutôt partielle;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par quatre CLSC dans la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon assez complète par deux CLSC et de façon plutôt partielle par deux CLSC également;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par seulement deux CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ils ont été réalisés de façon assez complète.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 14.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 86,6 % et d'un dépistage dans une proportion de 66,1 %. On peut aussi noter que 31,1 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 4,3 % des enfants dépistés présentaient

un besoin évident de traitement et que 15,8 % d'entre eux ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 14.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 62,3 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 84,2 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 14.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 97,9 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 39,3 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 80,6 % des cas.

La figure 14.6 montre que :

- les parents de 40,1 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 14,4 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (5 %) ou à deux reprises (90 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 68 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (3 %) ou à deux reprises (65 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 95 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (5 %) ou à deux reprises (90 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 68 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (3 %) ou à deux reprises (65 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives tenues par les CLSC de la région couvraient différents thèmes : carie, plaque, hygiène, alimentation. On a eu recours à de l'autobrossage et des comptines ont été utilisées.

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient aux interventions suggérées par le guide sur le suivi des cas à risque (dit-on).

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres (ceux-ci ont été invités aux suivis) et à l'aide de documents (information).

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de liquide, de gel ou de mousse.

Les suivis en petits groupes se sont faits par deux. On a fait de l'éducation. Les habiletés et les connaissances des enfants ont été évaluées, ces dernières au moyen de jeux.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants invoquent ici le manque de temps et de ressources humaines, et le fait que les équipements soient incomplets et qu'il y ait trop d'enfants. Ils soulignent enfin le peu d'information disponible sur la nature des suivis en petits groupes.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 63 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par deux des cinq CLSC répondants de la région. Parmi les activités retenues, mentionnons la participation des hygiénistes aux cours prénataux et des interventions auprès de groupes spécialisés.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 14.1 Interventions réalisées avant la maternelle

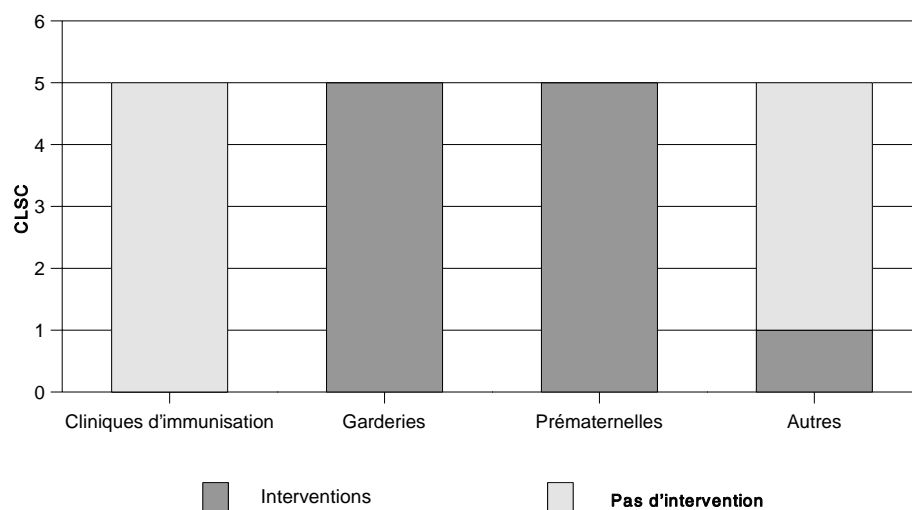


Figure 14.2 Interventions réalisées au primaire

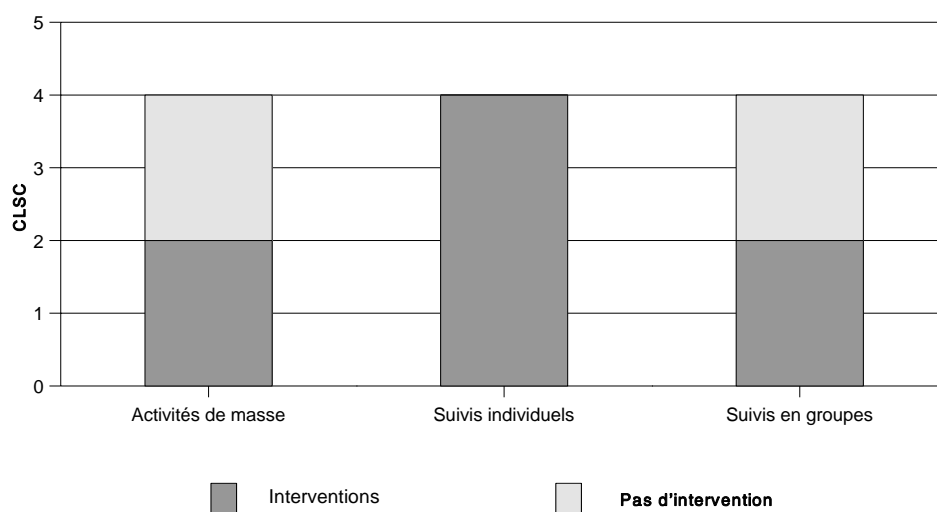


Figure 14.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

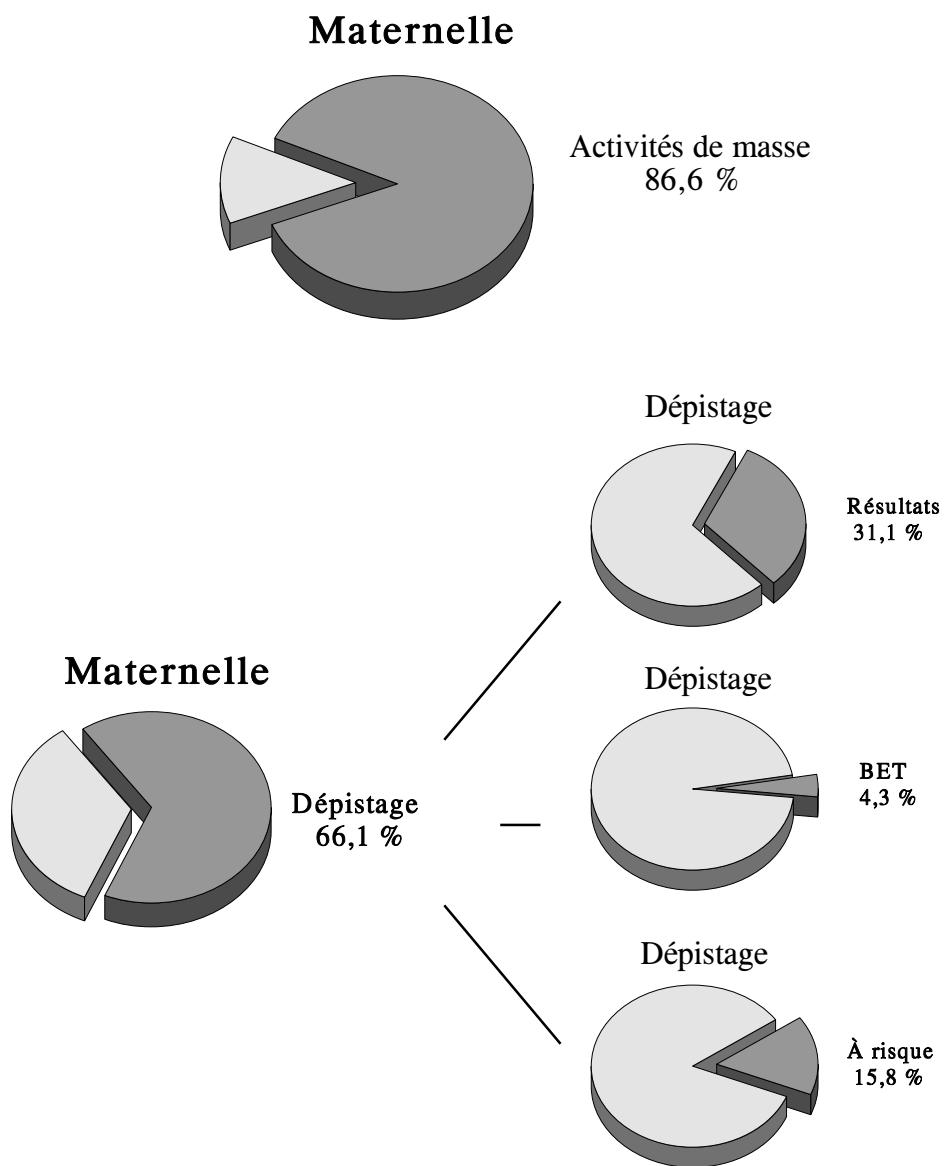


Figure 14.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

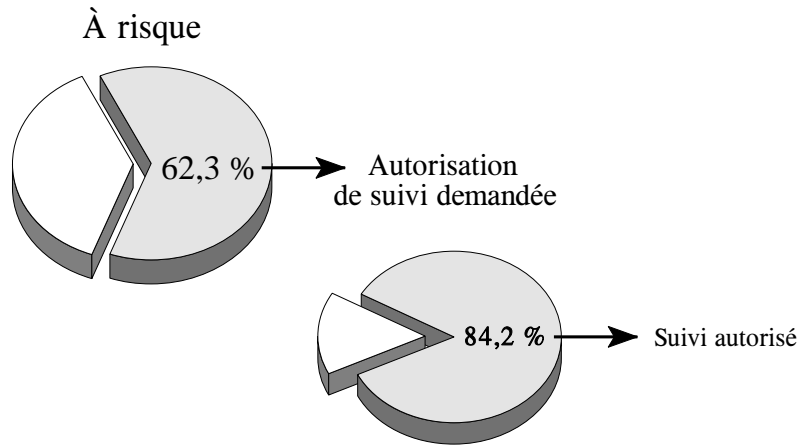


Figure 14.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

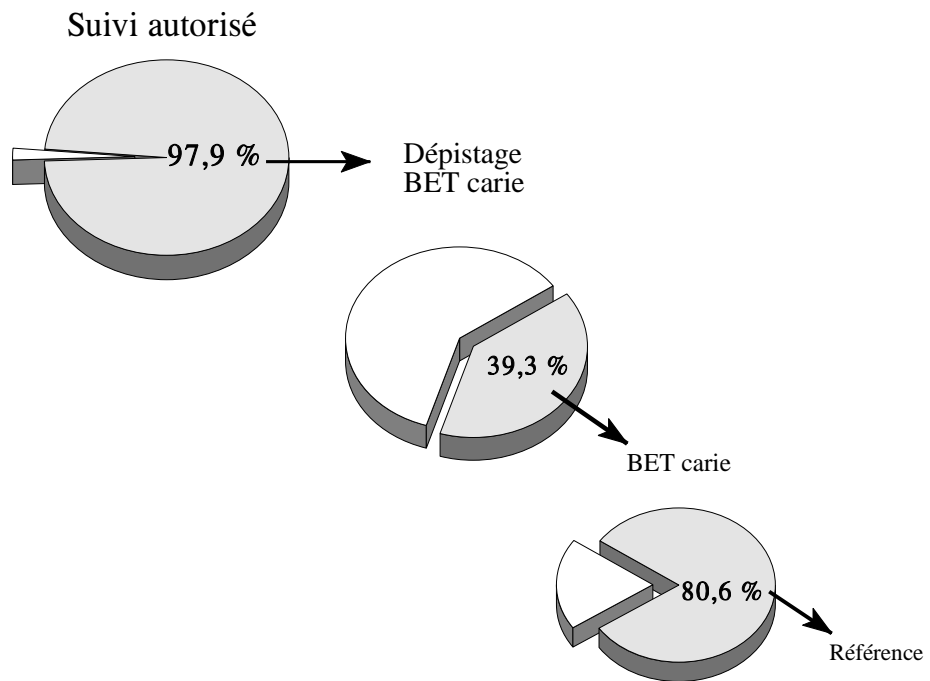
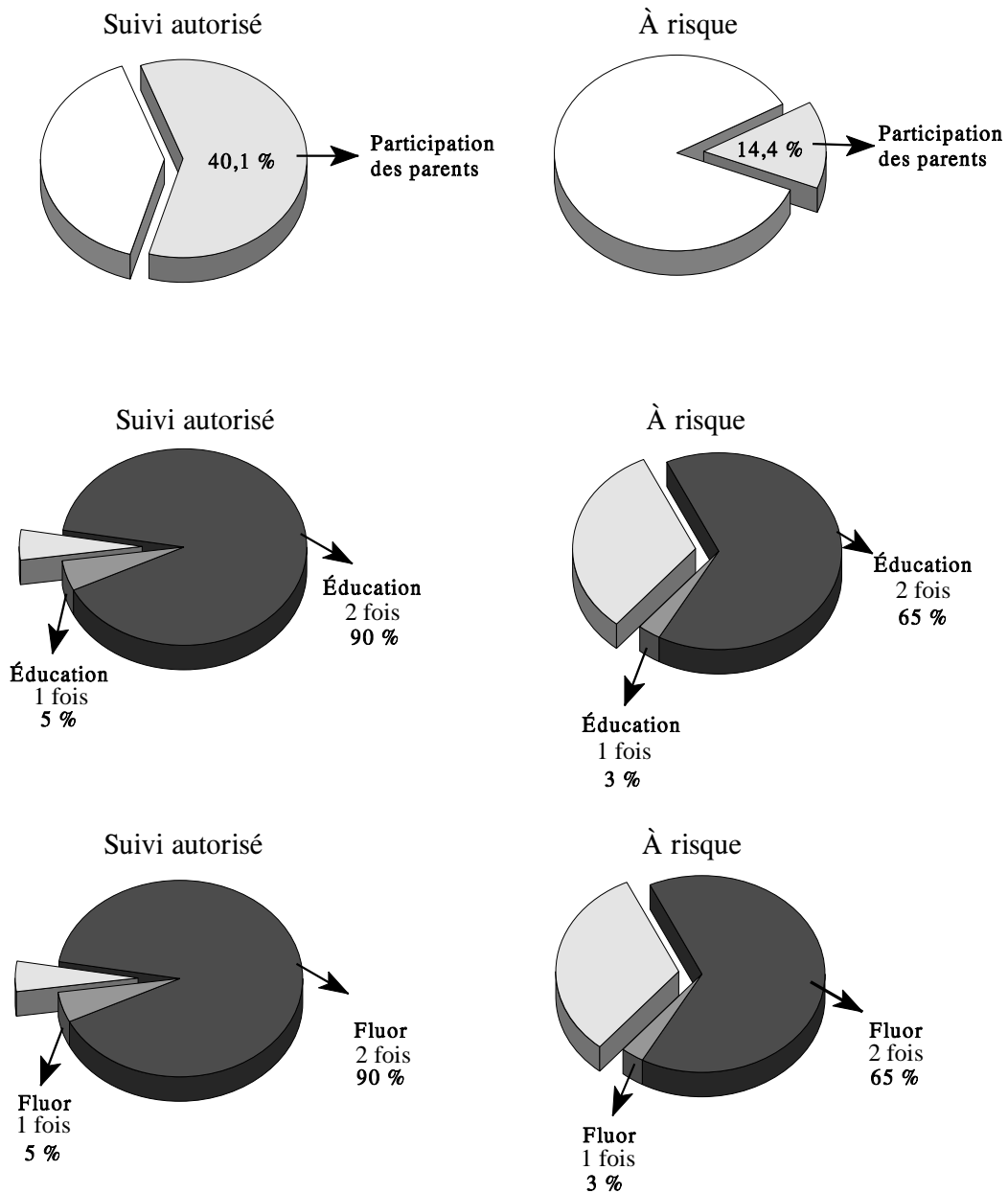


Figure 14.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Taux de réponse

La région des Laurentides comprend sept CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (7/7) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La région des Laurentides avait, en 1994-1995, un effectif de 16 hygiénistes dentaires en poste (13 permanents et 3 contractuels) équivalant à 13,9 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région.

La figure 15.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par cinq CLSC sur sept, en garderie et en prématernelle par tous les CLSC et en d'autres occasions par quatre CLSC sur sept.

En clinique d'immunisation, on a procédé à du dépistage et on a rencontré les parents. Il y a aussi eu formation d'intervenants relais (infirmières qui interviennent ensuite).

En garderie, des activités éducatives et préventives, de même que des activités de dépistage et de référence, ont été organisées.

En prématernelle, des activités de même nature que celles organisées en garderie ont été offertes aux enfants.

Les hygiénistes ont participé à des rencontres prénatales et à des rencontres en maternelle-maison dans des secteurs défavorisés. Les répondants ont aussi rencontré des groupes d'enfants et de parents et sont intervenus auprès d'enfants en difficulté.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région et plus de 95 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes.

Interventions au niveau primaire

La figure 15.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par tous les CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par deux CLSC sur sept et de façon plutôt partielle par cinq CLSC sur sept;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par quatre des sept CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon assez complète;
- aucun suivi en petit groupe des enfants à risque (du deuxième cycle) n'a été fait.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 95 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 15.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 98,4 % et d'un dépistage dans une proportion de 98,2 %. On peut aussi noter que 34,9 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 10,7 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 19,3 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 15.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 31,6 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 86,4 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 15.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 100 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 14,5 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 99,0 % des cas.

La figure 15.6 montre que :

- les parents de tous les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 33,7 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 100 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (10 %) ou à deux reprises (90 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 60 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (30 %) ou à deux reprises (30 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 46 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (1 %) ou à deux reprises (45 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 15 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à deux reprises.

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC de la région couvraient différents thèmes : carie, plaque, hygiène, alimentation, visite chez le dentiste, éruption des dents. On a eu entre autres recours à un diaporama pour la réalisation de certaines de ces activités .

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient à l'hygiène, à la nutrition et à la visite chez le dentiste. On a fait la coloration de la plaque dentaire et on a utilisé l'indice OHIS.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres et à l'aide de documents (comptes rendus, dépliants, calendriers de brossage).

L'application topique de fluor s'est faite à l'aide de gel, de mousse ou de vernis.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants mentionnent entre autres un manque d'équipement. Ils invoquent aussi la nécessité d'implanter progressivement le programme pour favoriser la collaboration du milieu scolaire, qui s'interroge quant au temps requis par les suivis individuels.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 50 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par cinq des sept CLSC de la région. Ces interventions peuvent se résumer ainsi : rencontres à la maison, rencontres de groupes enfants-parents, rencontres avec des personnes âgées, interventions dans des classes d'adaptation scolaire et organisation de projets spéciaux dans les écoles.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 15.1 Interventions réalisées avant la maternelle

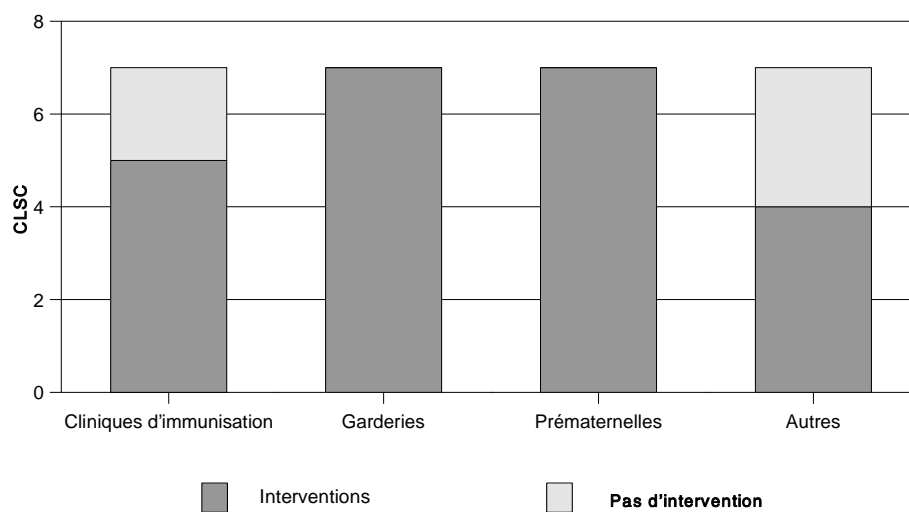


Figure 15.2 Interventions réalisées au primaire

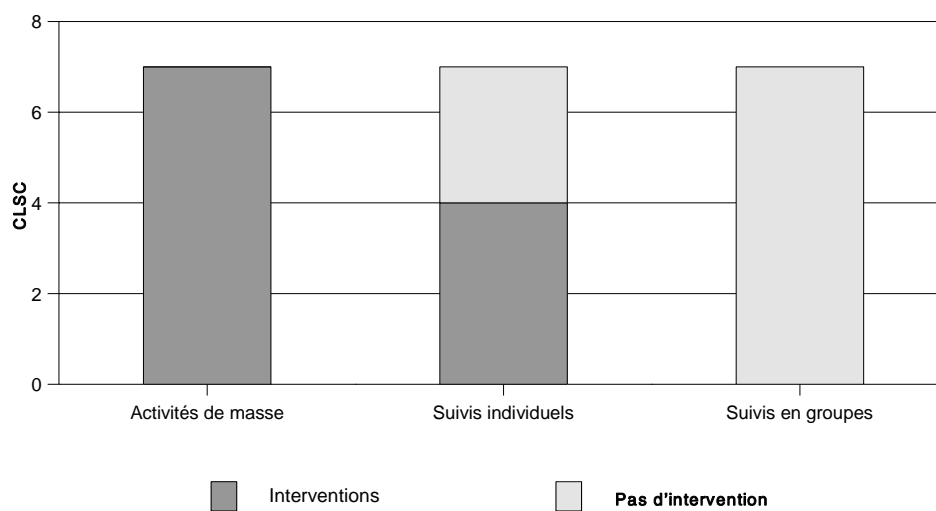


Figure 15.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

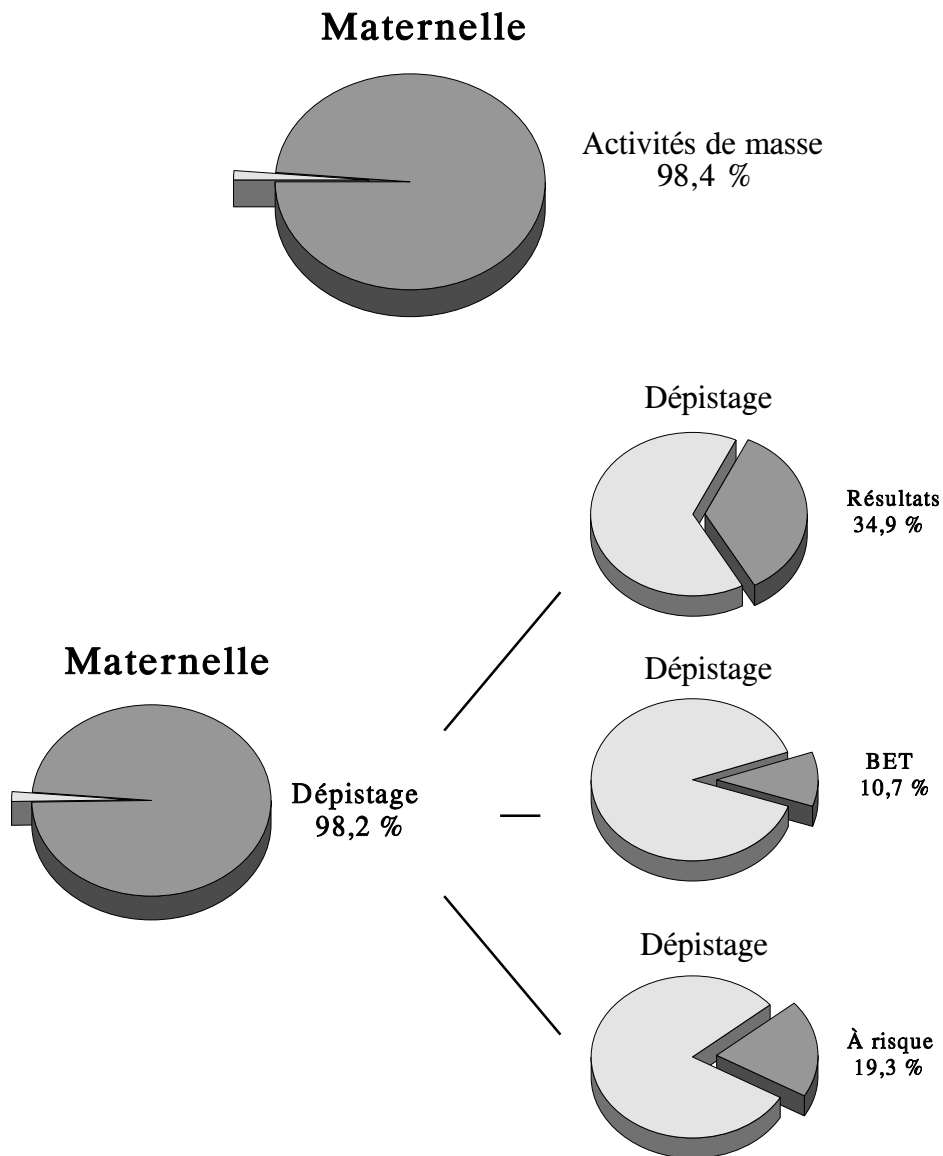


Figure 15.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

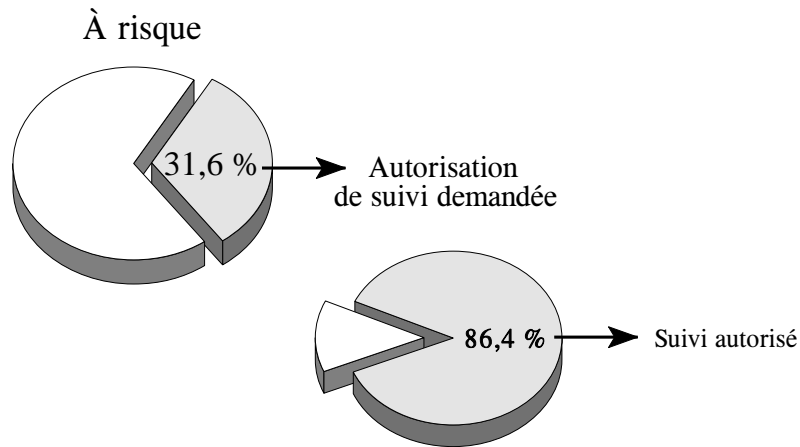


Figure 15.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

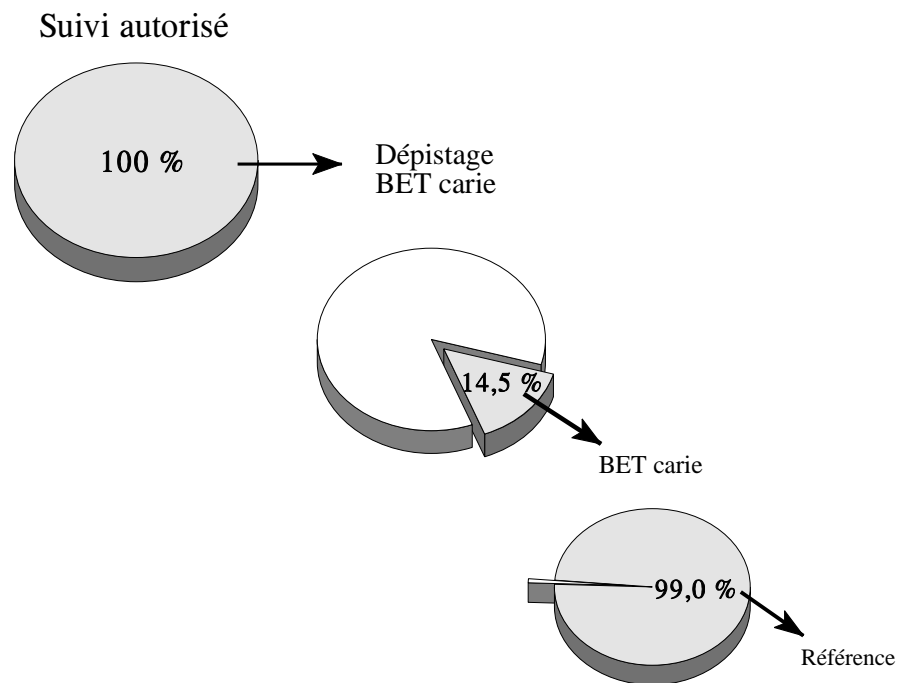
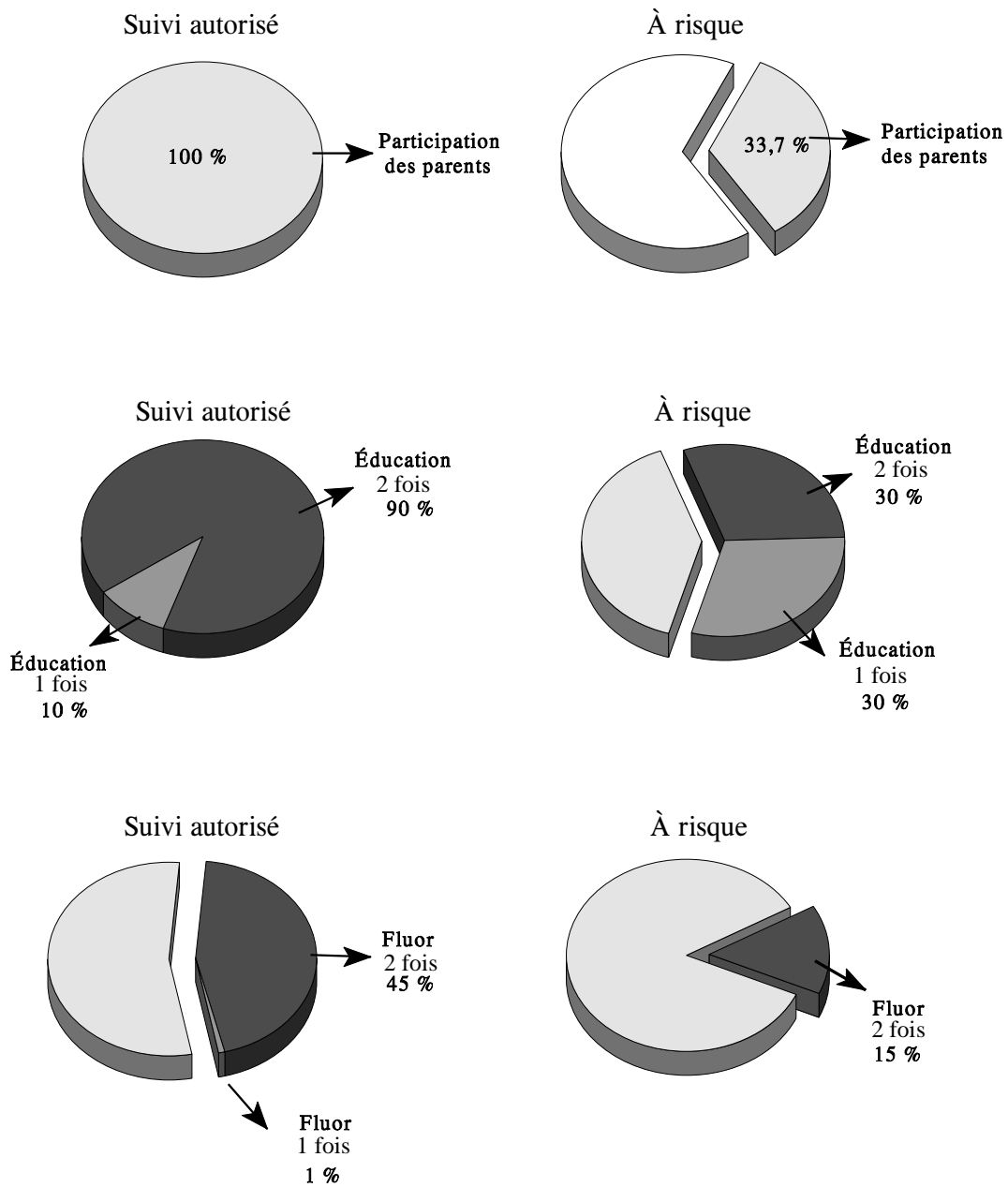


Figure 15.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Taux de réponse

La région de la Montérégie comprend dix-neuf CLSC (voir annexe 2). Tous les CLSC de cette région (19/19) ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La Montérégie avait, en 1994-1995, un effectif de 49 hygiénistes dentaires en poste (46 permanents et 3 contractuels) équivalant à 39,7 hygiénistes à temps plein.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région.

La figure 16.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par sept CLSC sur dix-neuf, en garderie par quinze CLSC sur dix-neuf, en prématernelle par treize CLSC sur dix-neuf et en d'autres occasions par quatorze CLSC sur dix-neuf.

Les activités réalisées en clinique d'immunisation comportaient de l'éducation, du dépistage et des références. L'hygiéniste y servait de personne-ressource pour l'infirmière.

En garderie, des activités éducatives (hygiène) et des activités d'information (à l'intention des parents) et de dépistage ont été organisées. Les interventions ont eu lieu dans des garderies subventionnées et en milieu familial. Un projet d'hygiénistes stagiaires a aussi été mis sur pied. Pour la réalisation de ces activités, les intervenants ont entre autres eu recours à des pièces de théâtre. Les hygiénistes servaient de personnes ressources pour les intervenants.

En prématernelle, des activités d'information à l'intention des parents, des activités éducatives (rencontres de groupe, hygiène) et des activités de dépistage et de référence ont entre autres été réalisées à l'aide de communiqués, de jeux et d'histoires.

Il y a aussi eu intervention en clinique (multidisciplinaire) de dépistage, dans des cours prénataux, dans des groupes de soutien pour parents et enfants, au cours de journées d'accueil dans les CLSC, dans des ateliers de loisirs, dans des ateliers de stimulation et au cours de la journée de la famille dans les CLSC. De l'information a aussi été donnée au module petite enfance.

Voir note 1.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par tous les CLSC de la région et plus de 90 % des écoles visées (régionalement) ont été rejointes. Les répondants rapportent que l'implantation du programme dans les écoles a été limitée parce qu'une commission scolaire ne voulait pas que celui-ci soit appliqué pendant le temps scolaire. Les répondants ont aussi mentionné avoir fait des choix d'établissements.

Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par un des dix-neuf CLSC de la région ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 16.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par seize des dix-huit CLSC dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par cinq CLSC sur dix-huit et de façon plutôt partielle par onze CLSC sur dix-huit;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par douze des dix-huit CLSC dont nous avons obtenu les données. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon assez complète par cinq CLSC sur dix-huit et plutôt partielle par sept CLSC sur dix-huit;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été faits par six des dix-huit CLSC de la région. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ils ont été réalisés de façon assez complète par trois CLSC sur dix-huit et de façon plutôt partielle par trois CLSC sur dix-huit également.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 16.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 90,7 % et d'un dépistage dans une proportion de 87,5 %. On peut aussi noter que 60,0 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 13,0 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 18,2 % d'entre eux ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 16.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 79,5 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 86,0 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 16.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 93,3 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 39,0 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 98,4 % des cas.

La figure 16.6 montre que :

- les parents de 51,5 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 33,3 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 85 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (25 %) ou à deux reprises (60 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 60 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (20 %) ou à deux reprises (40 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 60 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (30 %) ou à deux reprises (30 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 40 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (20 %) ou à deux reprises (20 %).

Nature des interventions réalisées en milieu scolaire

Les activités de masse promotionnelles et éducatives réalisées par les CLSC de la région couvraient différents thèmes : carie, plaque, hygiène, alimentation, visite chez le dentiste, éruption des dents.

Quant aux activités éducatives individuelles, elles se rapportaient à l'hygiène, à la nutrition et au fluor. On a utilisé l'indice OHIS.

La participation des parents à l'approche éducative individuelle s'est faite par des interventions téléphoniques, par des rencontres (à domicile au besoin), et à l'aide de documents (rapports, dépliants, tableaux de brossage) et d'activités à faire à la maison.

L'application topique de fluor a été faite à l'aide de gel, de mousse, de vernis ou de rince-bouche.

Les suivis en petits groupes ont eu lieu par groupes de trois à cinq enfants. Il y était question d'hygiène et on utilisait l'indice OHIS.

Voir note 1.

Contraintes relatives aux interventions en milieu scolaire

Plusieurs faits ont semblé contraindre la pleine réalisation des interventions en milieu scolaire. Les répondants mentionnent ici qu'il y a eu un manque de disponibilité de la part des hygiénistes et un manque d'accessibilité aux écoles. Ils invoquent aussi le fait que leur équipement était incomplet, qu'il leur a fallu participer à un comité sur la formation et qu'il s'agissait seulement de la première année d'implantation du programme. Enfin, on rapporte avoir fait des choix d'interventions personnels.

Voir note 2.

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 58 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par quatorze des dix-neuf CLSC de la région. Ces interventions peuvent se résumer ainsi : interventions auprès de clientèles handicapées, participation à une enquête sur la santé dentaire des enfants de la région, activités estivales en collaboration avec les loisirs municipaux, activités dans le cadre du mois de la santé dentaire, participation à la journée de la famille, prise de contact avec les nouveaux dentistes du territoire, participation à des ateliers de loisirs et à des ateliers de stimulation, interventions en milieu de garde, formation (infirmières, résidents en médecine, mères visiteuses d'un programme d'accompagnement maternel), rédaction de textes pour les journaux locaux, organisation et participation à la formation prévue dans le cadre de l'implantation du PPSDP, mise sur pied d'un projet collectif pour les enfants dînant à l'école, interventions dans des classes spéciales, interventions de masse au secondaire, supervision de stages, installation d'un kiosque au salon de la famille. Mentionnons enfin que certaines interventions ont été réalisées de façon multidisciplinaire avec d'autres professionnels travaillant en CLSC.

Voir note 1.

Note 1 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales interventions (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces interventions, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles a nécessairement été réalisée par tous les CLSC concernés.

Note 2 : Le lecteur doit bien comprendre qu'il s'agit là d'une présentation des principales contraintes (regroupées ou non) rapportées par les répondants. Elle sert à rendre compte de la diversité de ces contraintes, mais il ne faut pas croire que chacune d'entre elles était nécessairement présente dans tous les CLSC concernés.

Figure 16.1 Interventions réalisées avant la maternelle

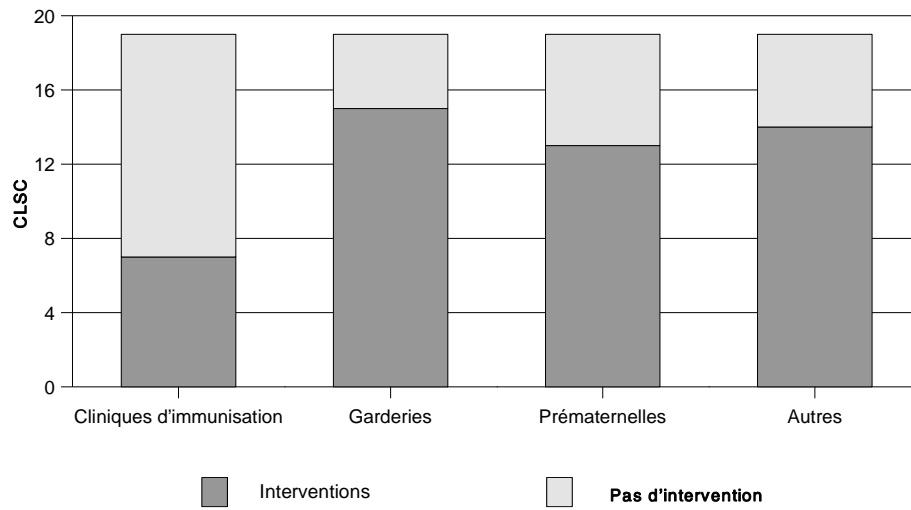


Figure 16.2 Interventions réalisées au primaire

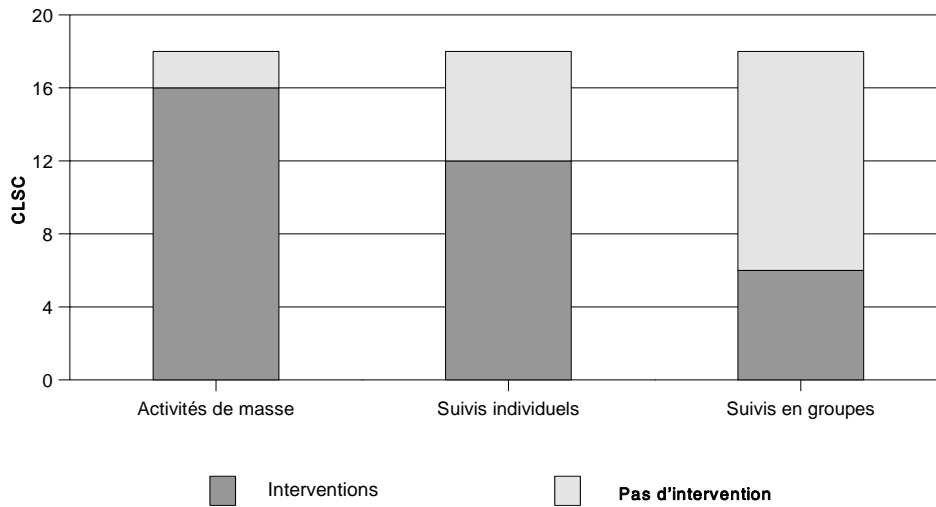


Figure 16.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

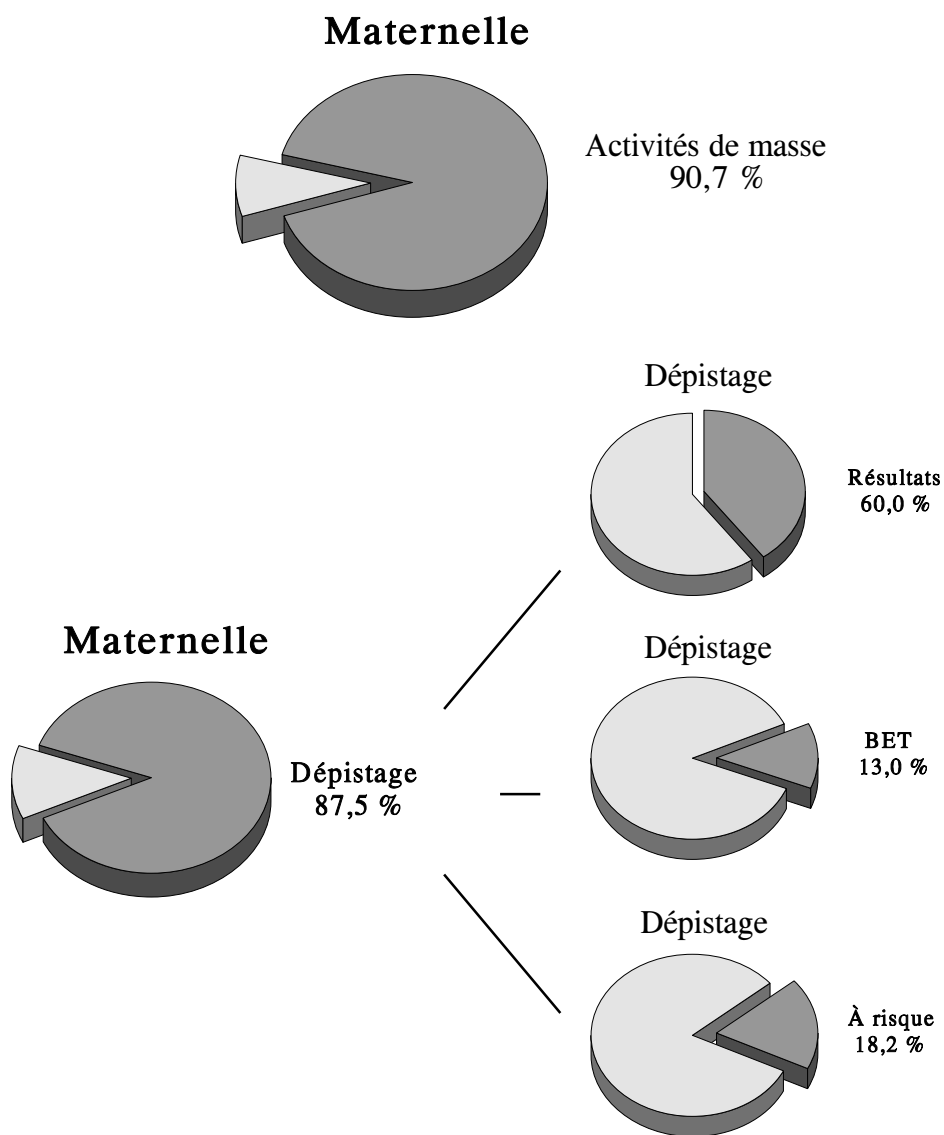


Figure 16.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

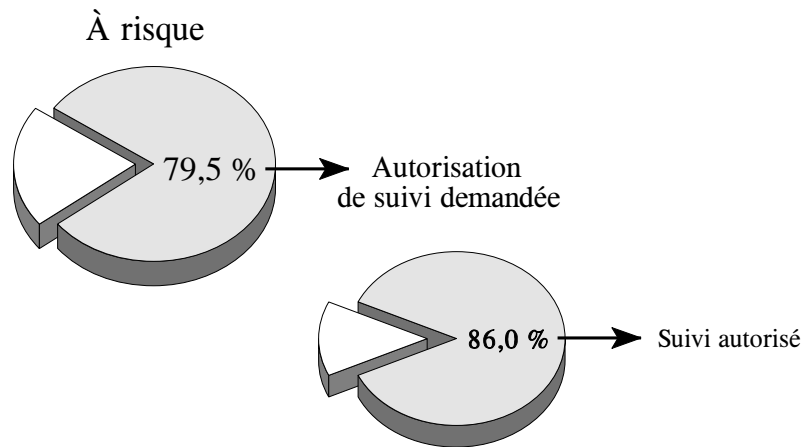


Figure 16.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

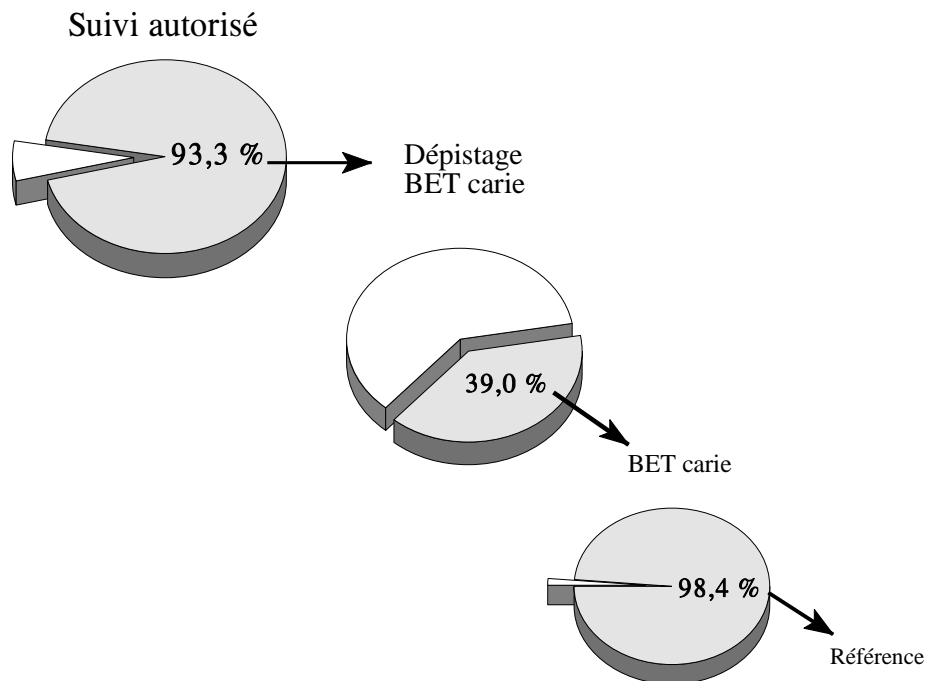
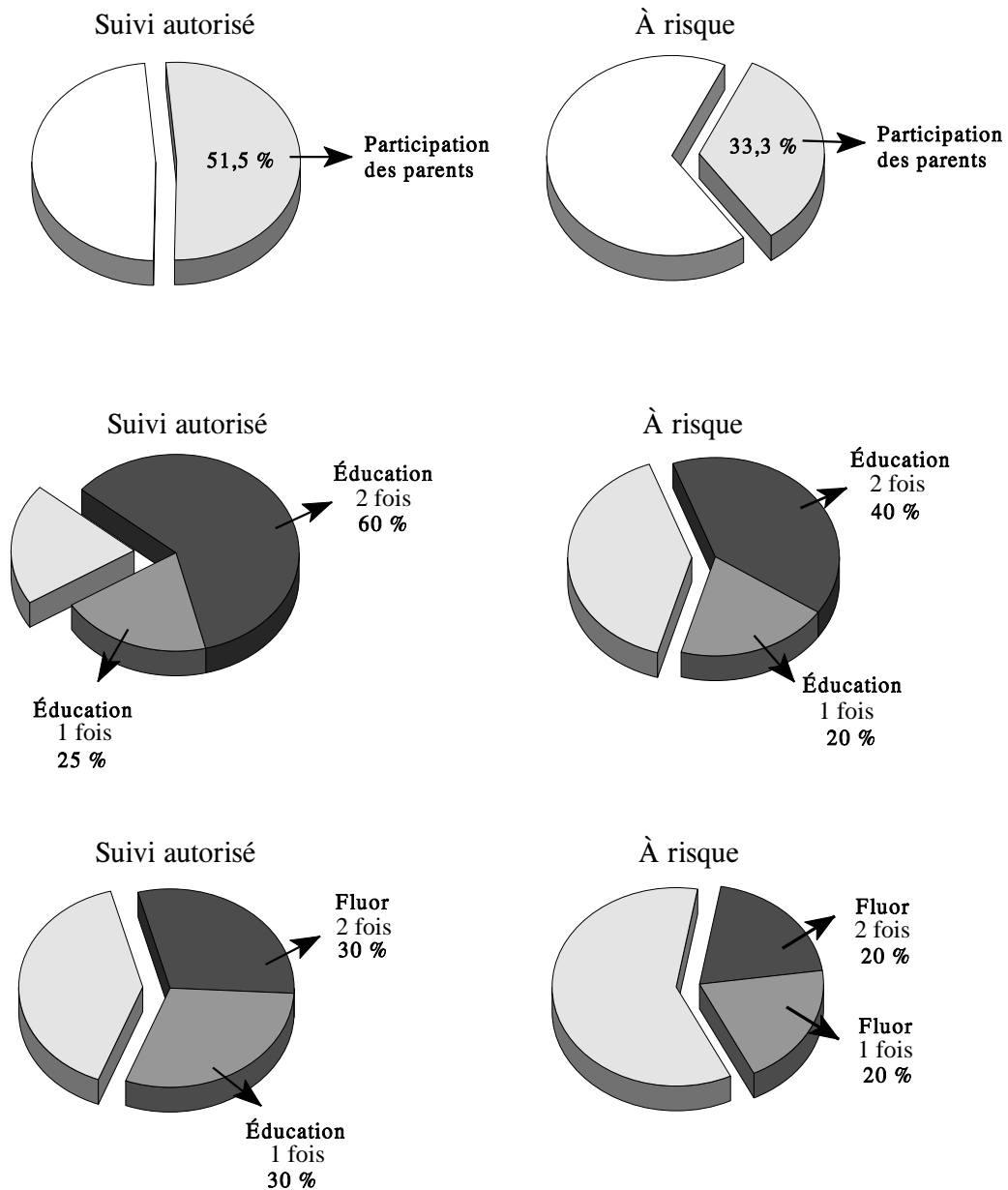


Figure 16.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



17. Province

Taux de réponse

Les 16 régions visées comprenaient 157 CLSC (voir annexe 2) et 95,5 % (150/157) d'entre eux ont répondu au questionnaire qui leur était soumis.

Effectif d'hygiénistes dentaires

La province de Québec avait, en 1994-1995, un effectif de 270 hygiénistes dentaires en poste (239 permanents et 31 contractuels) équivalant à 224,7 hygiénistes à temps plein. Il faut signaler que 10 des 150 CLSC qui ont répondu au questionnaire n'avaient pas d'hygiéniste dentaire en poste en 1994-1995.

Interventions du PPSDP réalisées avant que les enfants soient à la maternelle

De telles interventions ont été réalisées par 92,0 % (138/150) des CLSC répondants de la province.

La figure 17.1 montre que des activités ont été tenues en clinique d'immunisation par 40,7 % (61/150) des CLSC répondants, en garderie par 66,7 % (100/150) des CLSC, en prématernelle par 66,7 % (100/150) des CLSC et en d'autres occasions par 47,3 % (71/150) d'entre eux.

Interventions du PPSDP réalisées avec des enfants de la maternelle ou du primaire

De telles interventions ont été réalisées par 95,3 % (143/150) des CLSC répondants et plus de 90 % des écoles visées (provincialement) ont été rejointes.

Il faut noter que les données décrivant l'intensité des interventions réalisées par 6 de ces 143 CLSC ne sont pas disponibles.

Interventions au niveau primaire

La figure 17.2 montre que :

- des activités de masse promotionnelles et éducatives ont été tenues par 83,3 % (120/144) des CLSC dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants rejoints, elles ont été réalisées de façon assez complète par 26,4 % (38/144) des CLSC et de façon plutôt partielle par 56,9 % (82/144) des CLSC;
- des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle) ont été faits par 66,7 % (96/144) des CLSC de la province dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints et aux interventions prévues, ils ont été réalisés de façon assez complète par 38,2 % (55/144) des CLSC et de façon plutôt partielle par 28,5 % (41/144) des CLSC;
- des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle) ont été organisés par 23,6 % (34/144) des CLSC de la province dont nous avons pu analyser les données. Par rapport au nombre d'enfants à risque rejoints, ils ont été réalisés de façon assez complète par 11,8 % (17/144) des CLSC et de façon plutôt partielle par 11,8 % (17/144) des CLSC.

Interventions au niveau de la maternelle

Plus de 90 % des enfants inscrits en maternelle ont été rejoints.

La figure 17.3 montre que les enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse promotionnelles et éducatives dans une proportion de 94,1 % et d'un dépistage dans une proportion de 92,7 %. On peut aussi noter que 55,7 % des parents des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage, que 11,6 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement et que 20,9 % ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial).

La figure 17.4 montre qu'une autorisation de procéder à un suivi préventif individuel a été demandée pour 76,5 % des enfants à risque et que cette autorisation a été obtenue dans 86,5 % des cas.

Suivis préventifs individuels

La figure 17.5 montre que, parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, 87,8 % ont fait l'objet d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Parmi les enfants ainsi dépistés, 38,5 % présentaient un besoin pour lequel ils ont été référés à un dentiste dans 96,3 % des cas.

La figure 17.6 montre que :

- les parents de 58,1 % des enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. De façon comparative, on se rend compte qu'il s'agit des parents de 38,8 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque;
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 90 % ont bénéficié d'une approche éducative à une (35 %) ou à deux reprises (55 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 60 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'une telle approche à une (25 %) ou à deux reprises (35 %);
- parmi les enfants (à risque) pour lesquels un suivi individuel a été autorisé, environ 80 % ont bénéficié d'une application topique de fluor à une (35 %) ou à deux reprises (45 %). De façon comparative, on se rend compte qu'environ 50 % de l'ensemble des enfants initialement classés à risque ont bénéficié d'un tel traitement à une (20 %) ou à deux reprises (30 %).

Temps consacré aux enfants classés à risque

En moyenne, les hygiénistes dentaires déclarent avoir consacré aux enfants classés à risque élevé de carie 58 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme.

Les interventions hors-programme

De telles interventions ont été réalisées par 76,0 % (114/150) des CLSC répondants de la province.

Figure 17.1 Interventions réalisées avant la maternelle

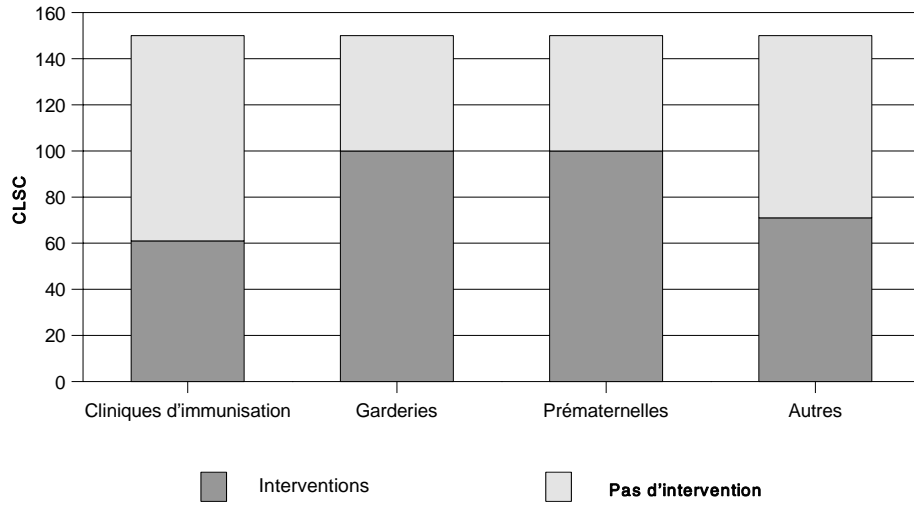


Figure 17.2 Interventions réalisées au primaire

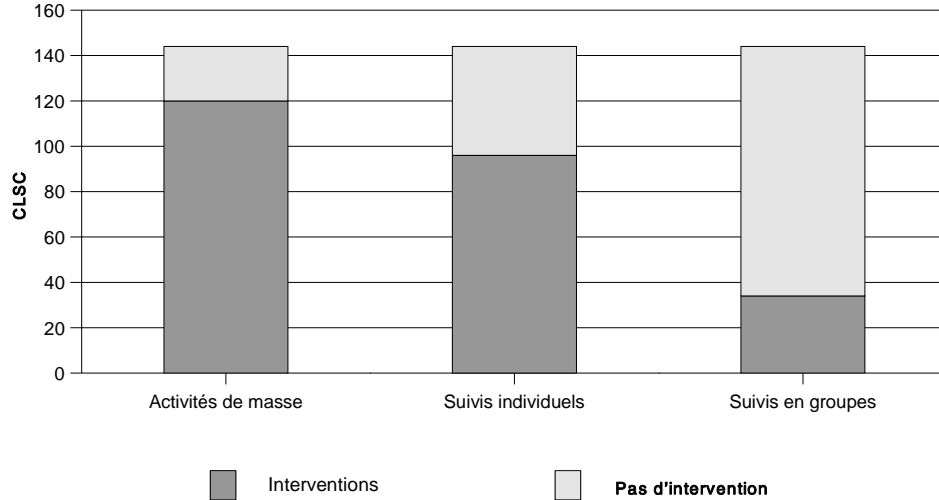


Figure 17.3 Interventions réalisées à la maternelle : activités de masse et dépistage (transmission des résultats, besoin évident de traitement (BET), à risque élevé de carie)

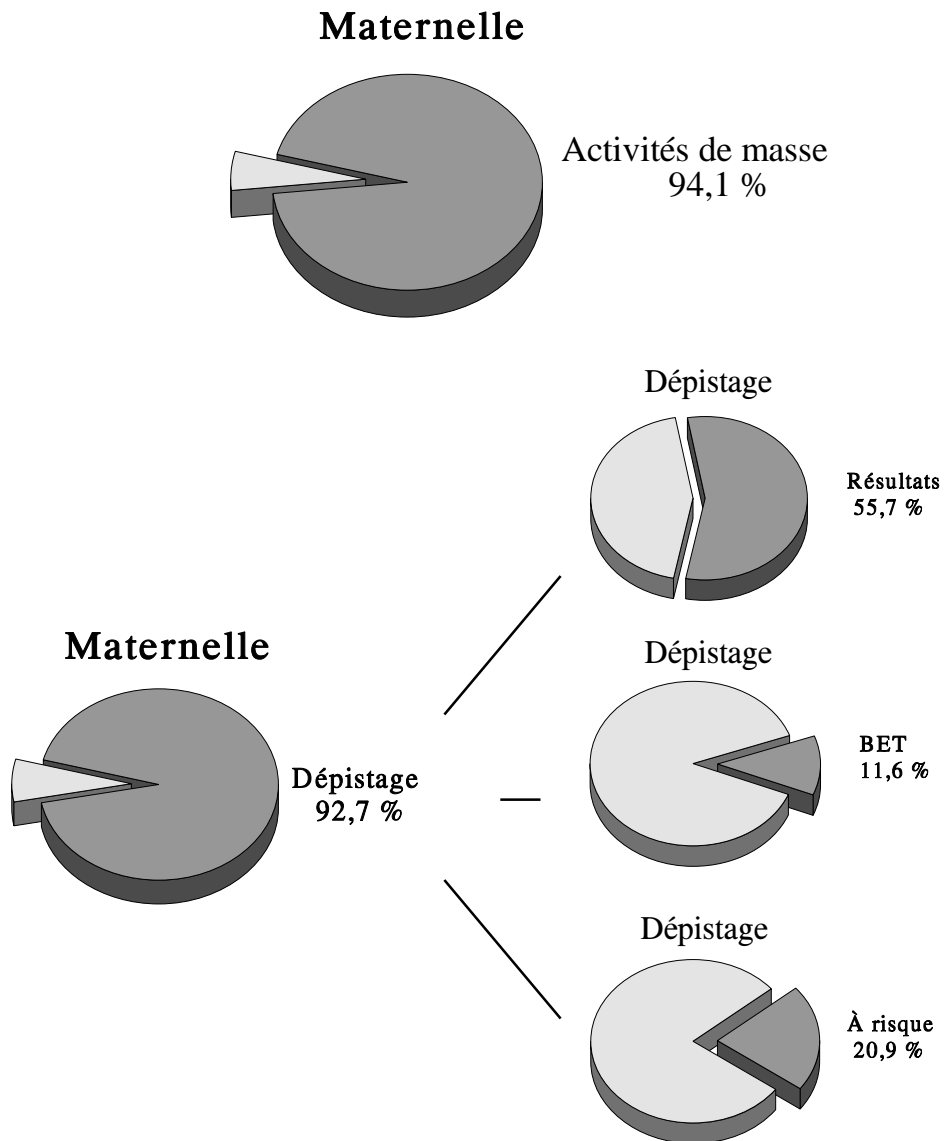


Figure 17.4 Interventions réalisées à la maternelle : autorisation de suivi préventif individuel

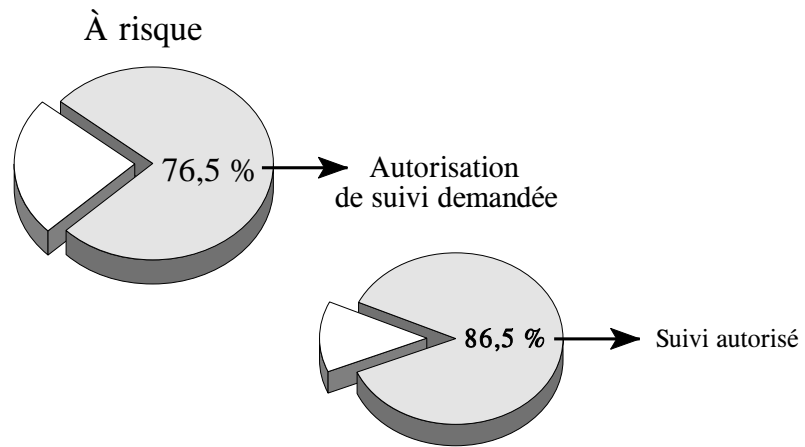


Figure 17.5 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (dépistage, besoin évident de traitement (BET) de la carie, référence au dentiste)

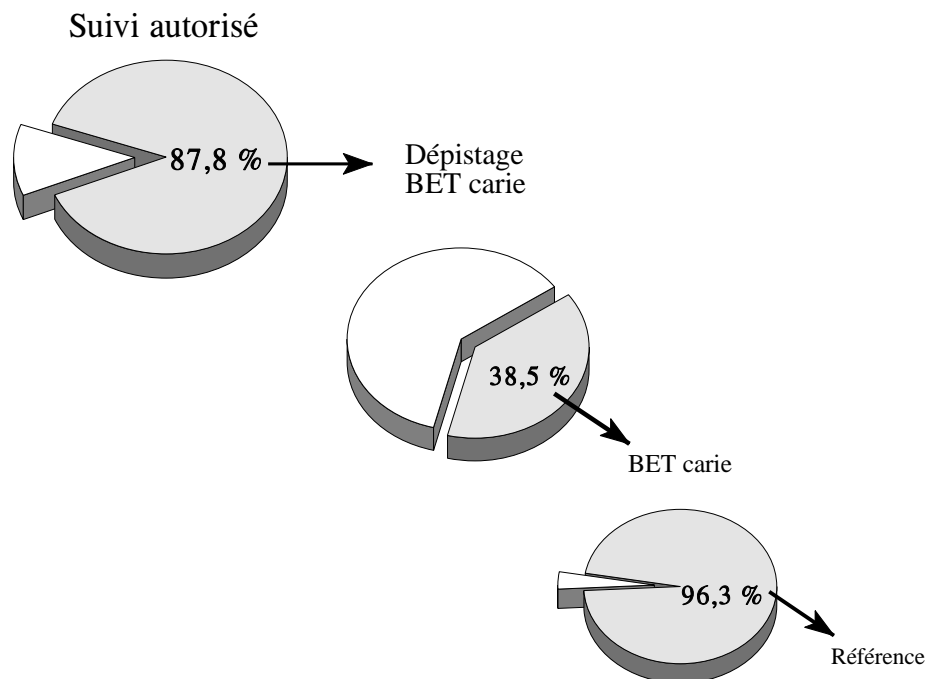
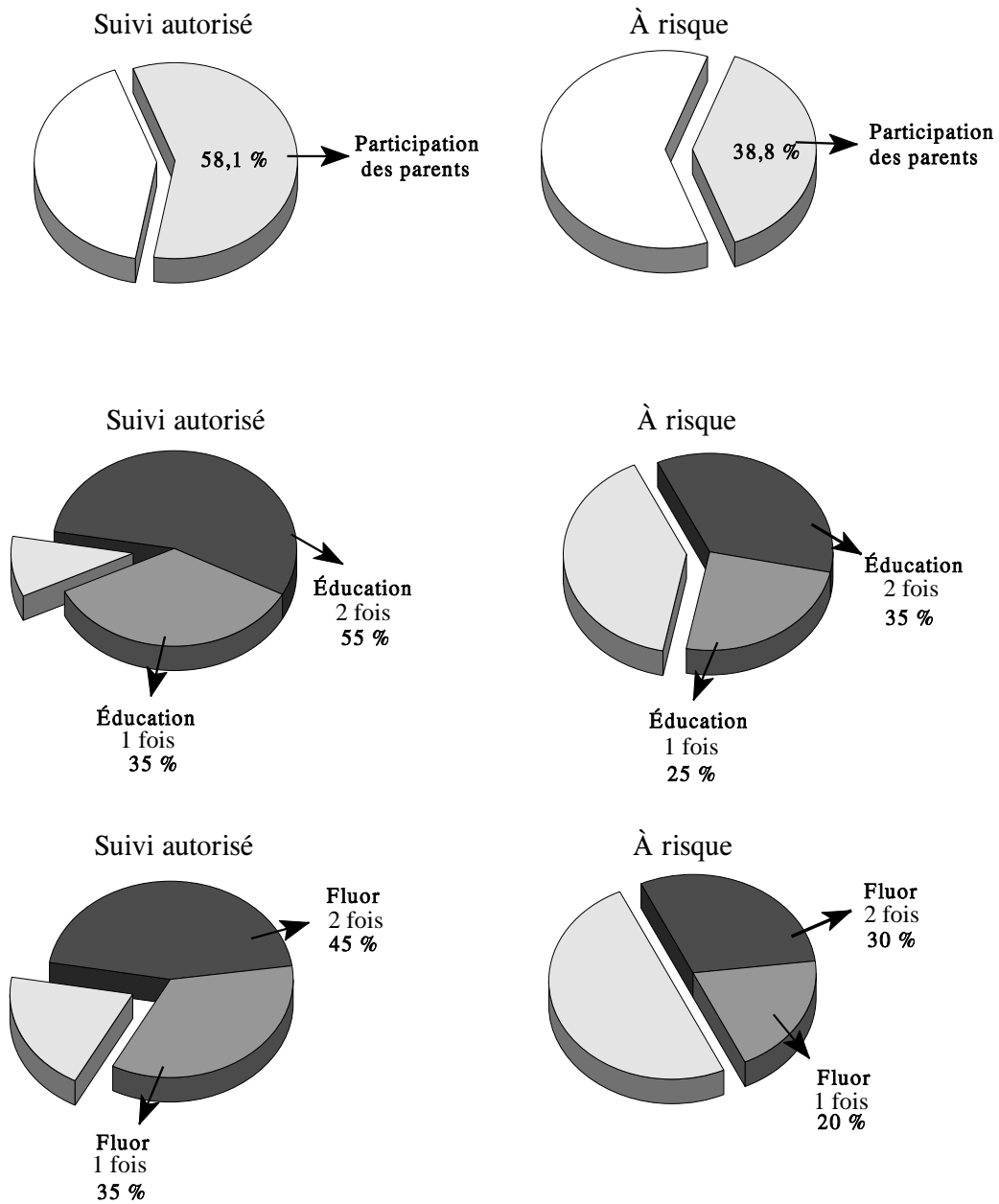


Figure 17.6 Interventions réalisées à la maternelle : suivi préventif individuel (participation des parents, approche éducative, application topique de fluor)



Synthèse

Il est intéressant de reprendre les principaux résultats provinciaux pour les comparer à ceux obtenus à travers les régions, et ainsi, en faire ressortir les similitudes et les disparités.

En 1994-1995, le Programme public de services dentaires préventifs a été appliqué, dans l'ensemble de la province, par un effectif d'hygiénistes dentaires équivalant à 224,7 hygiénistes à temps plein. Cela représente environ 80 % des postes prévus. Hormis une région qui fait bande à part à ce sujet (moins de 30 %), la proportion des postes existant dans les autres régions se situe entre 60 % et 100 % des postes prévus (voir note 1).

Le programme prévoit des interventions qui doivent être réalisées avant que les enfants soient à la maternelle. Sur le plan provincial, 92 % des CLSC répondants ont réalisé de telles interventions en 1994-1995. Outre trois régions, où 50 % et moins des CLSC ont réalisé de telles interventions, toutes les autres régions atteignent ici une proportion de 80 % et plus. De façon plus précise, on s'aperçoit que :

- en clinique d'immunisation, 41 % de tous les CLSC répondants ont réalisé des interventions. Trois régions ont vu près de 70 % de leurs CLSC réaliser des activités en clinique d'immunisation, alors qu'aucune activité de ce type n'a été réalisée dans deux autres régions.
- en garderie, 67 % de tous les CLSC répondants ont réalisé des interventions. Dans deux régions, tous les CLSC ont réalisé des interventions, alors que deux autres tirent de la patte; 25 % et 33 % seulement des CLSC de ces régions ont réalisé des interventions en garderie;
- en prématernelle, 67 % de tous les CLSC répondants ont réalisé des interventions. Dans trois régions, tous les CLSC se sont impliqués à cet égard, mais les CLSC de trois autres régions ne l'ont fait que dans environ 30 % des cas;
- 47 % des CLSC répondants de la province ont réalisé des interventions en d'autres occasions. Il s'agit de CLSC de toutes les régions, mais ceux de deux régions en particulier sont intervenus de façon plus importante (67 % et 74 %).

Le programme prévoit aussi des interventions qui doivent avoir lieu lorsque les enfants sont à la maternelle ou au primaire. Sur le plan provincial, 95 % des CLSC répondants ont réalisé de telles interventions en 1994-1995. À part deux régions, plus de 80 % et, très souvent, 100 % des CLSC des autres régions ont réalisé de telles interventions. Dans la province, plus de 90 % des écoles visées ont été rejointes par les CLSC. Hormis quatre régions dont les

CLSC ont rejoint entre 60 % et 80 % des écoles, les pourcentages atteints par les autres régions sont supérieurs à 90 % à cet égard.

Au niveau primaire, on voit que :

- 83 % des CLSC dont nous avons pu analyser les données ont fait des interventions de masse. Dans trois régions, 50 % et moins des CLSC ont réalisé de telles interventions, mais toutes les autres régions ont ici atteint des pourcentages très élevés;
- 67 % des CLSC dont nous avons pu analyser les données ont fait des suivis individuels des enfants à risque (du premier cycle). Dans quatre régions, plus de 90 % des CLSC sont intervenus de la sorte, alors que trois autres régions sont largement sous la moyenne provinciale à cet égard;
- 24 % des CLSC dont nous avons pu analyser les données ont réalisé des suivis en petits groupes des enfants à risque (du deuxième cycle). Dans six régions, aucun CLSC n'a procédé à de tels suivis. Par contre, les CLSC de deux autres régions ont ici atteint des pourcentages élevés (71 % et 83 %).

À la maternelle, plus de 90 % des enfants faisant partie du territoire des CLSC répondants ont été rejoints. Outre quatre régions dont les CLSC ont rejoint entre 65 % et 80 % des enfants de leurs territoires, les autres ont atteint des pourcentages supérieurs à 90 % à la maternelle. On observe que :

- 94 % des enfants rejoints ont bénéficié d'activités de masse. Trois régions ont réalisé de telles activités auprès de 79 % à 91 % des enfants de leurs territoires, alors que les autres régions l'ont fait auprès de 94 % et plus des enfants de leurs territoires;
- 93 % des enfants rejoints ont bénéficié d'un dépistage. Trois régions ont fait du dépistage auprès de 66 % à 88 % des enfants de leurs territoires, mais les autres montrent en ce domaine des taux de 94 % et plus;
- les parents de 56 % des enfants dépistés ont été informés des résultats de ce dépistage. Trois régions se démarquent des autres par des pourcentages allant de 97 % à 100 %;
- 12 % des enfants dépistés présentaient un besoin évident de traitement. En ce sens, deux régions ont atteint des taux assez élevés (26 % et 30 %), alors qu'une autre région a ici obtenu un score de seulement 4 %;

- 21 % des enfants dépistés ont été classés à risque élevé de carie. Deux régions ont atteint ici des taux de seulement 14 % et 16 %; par contre, deux régions ont atteint des pourcentages de 30 % et 31 %, et deux autres régions des pourcentages de 36 %;
- 77 % des enfants à risque ont fait l'objet d'une demande d'autorisation en vue de procéder à un suivi préventif individuel. Trois régions sont largement sous la moyenne dans ce domaine, avec des pourcentages de 12 %, 32 % et 37 %;
- 87 % des demandes d'autorisation en vue de procéder à un suivi préventif individuel ont été acceptées. Cette proportion ne varie pas beaucoup d'une région à l'autre;
- 88 % des enfants dont le suivi individuel a été autorisé ont bénéficié d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie. Deux régions se démarquent par des taux plutôt bas à cet égard : 18 % et 55 %;
- parmi les enfants dépistés, 39 % présentaient un besoin évident de traitement de la carie. Une région n'a dépisté aucun enfant présentant un tel besoin. Dans une autre région, 15 % seulement des enfants dépistés avaient un besoin évident de traitement de la carie, alors que ce taux atteignait 59 %, 60 % et 71 % dans trois autres régions;
- parmi les enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie, 96 % ont été référés à un dentiste. Trois régions, cependant, n'ont référé ces enfants que dans 80 %, 81 % et 88 % des cas seulement;
- les parents de 58 % des enfants dont le suivi individuel a été autorisé ont participé à une approche éducative. Dans une des régions, aucun parent n'a participé à cette approche. Deux régions n'ont pour leur part atteint des taux que de 5 % et 22 % à cet égard, alors que deux autres ont obtenu des taux de 94 % et 100 %;
- les parents de 39 % des enfants initialement classés à risque ont donc participé à une approche éducative. Largement sous cette moyenne, quatre régions affichent des proportions de 0 %, 0,6 %, 14 % et 16 %. Par contre, deux régions ont atteint des proportions de 60 % et 68 %;
- environ 90 % des enfants dont le suivi individuel a été autorisé ont bénéficié d'une approche éducative. Une seule région se démarque de la tendance générale avec un score d'environ 25 %;
- environ 60 % des enfants initialement classés à risque ont donc bénéficié d'une approche éducative. Une région a atteint un taux de 95 %, alors que deux autres n'affichent que des proportions de 2 % et 25 %;

- environ 80 % des enfants dont le suivi individuel a été autorisé ont bénéficié d'une application topique de fluor. On observe que trois régions ont atteint des pourcentages de 15 %, 40 % et 46 % seulement à cet égard;
- environ 50 % des enfants initialement classés à risque ont donc bénéficié d'une application topique de fluor. Une région a atteint un taux de 95 %, tandis que trois autres n'affichent que des proportions de 1 %, 15 % et 25 %.

Les hygiénistes dentaires des CLSC répondants ont, en moyenne, consacré aux enfants classés à risque 58 % du temps qu'ils ont mis à appliquer le programme. Ceux d'une région en particulier ont consacré à ces enfants jusqu'à 81 % du temps qu'ils réservaient au programme, et ceux de deux autres régions, seulement 26 % et 38 % de ce temps.

Des interventions hors-programme ont également été réalisées dans 76 % des CLSC répondants de la province. Plus de 90 % des CLSC de trois régions ont réalisé de telles interventions, alors que dans deux autres régions, seulement 33 % et 40 % des CLSC en ont réalisé.

Nous ne reviendrons pas sur la nature précise des interventions qui ont été réalisées. Tout exercice de synthèse viendrait saper la richesse de l'information recueillie dans chaque région. Disons simplement que le contenu des interventions est très diversifié mais qu'il correspond presque toujours à l'esprit que le programme veut donner à celles-ci. D'un CLSC ou d'une région à l'autre, des activités similaires ont été tenues, mais certaines sont plutôt teintées des couleurs locales ou régionales. Cette dernière observation s'applique également aux interventions hors-programme, qui peuvent étonner autant par leur ampleur que par leur grande diversité.

Quant aux contraintes relatives à l'application du programme, les mêmes motifs sont généralement invoqués pour justifier la réalisation incomplète des interventions. Le manque de ressources humaines et techniques est régulièrement mentionné. L'application graduelle du programme est aussi l'un des facteurs mentionnés pour expliquer certaines lacunes. Des problèmes d'accessibilité (aux écoles et aux enfants) et d'organisation (horaires et locaux) sont également invoqués. Enfin, on dit avoir fait des choix personnels quant aux interventions à réaliser.

Il est difficile de qualifier globalement, et en quelques mots, le niveau d'application du programme dans chacune des régions. Pour porter un jugement sur sa mise en œuvre, il faut apprécier l'application de chacune de ses composantes. C'est précisément ce que cette synthèse a voulu permettre.

Note 1 : Pour connaître le nombre de postes prévus, on pourra consulter l'ouvrage suivant :
L'évolution de la situation des postes en hygiène dentaire dans les CLSC du Québec 1992-1994, SPTSQ, mai 1995, 74 p.

Conclusion

Le mandat donné aux chercheurs prévoyait premièrement la conception et la validation d'un instrument pouvant servir à évaluer l'application du Programme public de services dentaires préventifs. Les chercheurs ont conçu et validé un tel instrument, qui a pris la forme d'un questionnaire auto-administré destiné aux CLSC.

La deuxième partie du mandat prévoyait l'évaluation, dans la majorité des régions du Québec, du niveau d'application du Programme public de services dentaires préventifs. Les chercheurs ont procédé à une telle évaluation et ont pu constater que l'instrument développé était efficace.

Comme le souhaitait le Ministère, les résultats de cette démarche évaluative permettent donc de déterminer un instrument à privilégier dans la préparation ultérieure d'un guide devant servir à l'évaluation annuelle du programme dans les différentes régions du Québec.

ANNEXES



ANNEXE 1

Interventions à privilégier dans le cadre du Programme public de services dentaires préventifs en milieu scolaire

Interventions à privilégier dans le cadre du Programme public de services dentaires préventifs en milieu scolaire

Résumé

Pour tous les enfants de la maternelle

- Application du critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire.
- Dépistage systématique du besoin évident de traitement.
- Diffusion d'information aux parents.

Pour tous les enfants de la troisième année

- Dépistage systématique du besoin évident de traitement.
- Diffusion d'information aux parents.

Pour tous les enfants dépistés à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification (suivi préventif individualisé)

- Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire et des conditions associées.
 - Référence au dentiste et suivi.
- Approche éducative liée à la santé avec participation souhaitée des parents.
 - Connaissance et évaluation des aptitudes relatives à l'hygiène buccodentaire (indice de débris de l'OHIS et autres).
 - Enseignement et promotion (brossage des dents, collations, références chez le dentiste pour examen buccodentaire, traitements, application d'agents de scellement des fosses et sillons, etc.).
- Application d'une mesure préventive.
 - Application topique de fluorures.

Ce suivi est réalisé deux fois l'an, de la maternelle à la troisième année.

Pour les enfants de la quatrième à la sixième année

- Interventions par petits groupes ou interventions de masse (universelles) permettant un suivi continu auprès des enfants vulnérables et la réalisation d'activités de promotion de la santé dentaire.

Adapté de : *Cahier de formation des hygiénistes dentaires*, ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1994, module 1, p. 7.

ANNEXE 2

Liste des régions sociosanitaires (et de leurs CLSC) étudiées

Liste des régions sociosanitaires (et de leurs CLSC) étudiées

01 Bas-Saint-Laurent

CLSC Les Aboiteaux
CLSC des Basques
CLSC de L'Estuaire
CLSC des Frontières
CLSC de Matane
CLSC de la Mitis
CLSC Rivières et Marées
CLSC Témiscouata
CLSC de la Vallée

02 Saguenay–Lac-Saint-Jean

CLSC Des Chutes
CLSC Des Coteaux
CLSC Du Fjord
CLSC De la Jonquière
CLSC Le Norois
CLSC Des Prés-Bleus
CLSC Saguenay-Nord

03 Québec

CLSC de la Basse-Ville
CLSC Charlevoix
CLSC Haute-Ville
CLSC de la Jacques-Cartier
CLSC Laurentien
CLSC Limoilou
CLSC Orléans
CLSC de Portneuf
CLSC Sainte-Foy/Sillery
CLSC La Source

04 Mauricie et du Centre-du-Québec

CLSC Les blés d'or
CLSC du Centre-de-la-Mauricie
CLSC des Chenaux
CLSC Drummond
CLSC de l'Érable
CLSC Les Forgues
CLSC du Haut-Saint-Maurice
CLSC Nicolet-Yamaska
CLSC Normandie
CLSC du Rivage
CLSC Suzor-Côté
CLSC Valentine-Lupien

05 Estrie

CLSC Albert-Samson
CLSC Alfred-Desrochers
CLSC La Chaumière
CLSC Fleur de Lys
CLSC Gaston-Lessard
CLSC Maria-Thibault
CLSC SOC
CLSC du Val-Saint-François

06 Montréal-Centre

CLSC Ahunatic
CLSC Bordeaux-Cartierville
CLSC Centre-Sud
CLSC Centre-Ville
CLSC Côte-des-Neiges
CLSC Hochelaga-Maisonneuve
CLSC J.-Octave-Roussain
CLSC Lac-Saint-Louis
CLSC Lasalle

CLSC Mercier-Est/Anjou
CLSC Métro
CLSC Montréal-Nord
CLSC NDG/Montréal-Ouest
CLSC Olivier-Guimond
CLSC Parc Extension
CLSC La Petite Patrie
CLSC Pierrefonds
CLSC Plateau Mont-Royal
CLSC Pointe-Saint-Charles
CLSC René-Cassin
CLSC Rivières-des-Prairies
CLSC Rosemont
CLSC Saint-Henri
CLSC Saint-Laurent
CLSC Saint-Léonard
CLSC Saint-Louis du Parc
CLSC Saint-Michel
CLSC Verdun/Côte-Saint-Paul
CLSC Vieux-Lachine
CLSC Villeray

07 Outaouais

CLSC des Draveurs
CLSC Grande-Rivière
CLSC de Hull
CLSC Le Moulin
CLSC de La Petite-Nation
CLSC Pontiac
CLSC Rivière Désert
CLSC Vallée de la Gatineau
CLSC Vallée-de-la-Lièvre

08 Abitibi-Témiscamingue

CLSC des Aurores Boréales
CLSC de L'Élan
CLSC Le Minordet
CLSC Le Partage des eaux

CLSC Sainte-Famille
CLSC Témiscaming

09 Côte-Nord

CLSC de l'Aquilon
CLSC de La Basse-Côte-Nord
CLSC de Forestville
CLSC de La Haute-Côte-Nord
CLSC de l'Hématite
CLSC de Port-Cartier
CLSC Saint-Jean-Eudes
CLSC des Sept-Îles

10 Nord-du-Québec

CLSC des Grands-Bois
CLSC Isle-Dieu
CLSC Lebel

11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

CLSC des Berges
CLSC Chaleurs
CLSC l'Estran
CLSC des Hauts-Bois
CLSC des Îles
CLSC Malauze
CLSC de La Pointe
CLSC La Saline

12 Chaudière-Appalaches

CLSC Antoine-Rivard
CLSC Appalaches
CLSC Arthur-Caux
CLSC Beauce-Centre
CLSC de Bellechasse
CLSC Chaudières-Desjardins
CLSC des Etchemins
CLSC Frontenac
CLSC La Guadeloupe

CLSC Nouvelle-Beauce
CLSC des Trois-Saumons

13 Laval

CLSC du Marigot
CLSC des Milles-Îles
CLSC Norman-Bethune
CLSC Sainte-Rose-de-Laval

14 Lanaudière

CLSC D'Autray
CLSC De Joliette
CLSC Lamater
CLSC De Matawinie
CLSC Le Méandre
CLSC Montcalm

15 Laurentides

CLSC D'Argenteuil
CLSC Arthur-Buies
CLSC des Hautes-Laurentides
CLSC Jean-Olivier-Chénier
CLSC Des Pays-d'en-Haut
CLSC Thérèse-de-Blainville
CLSC des Trois Vallées

16 Montérégie

CLSC Châteauguay
CLSC La Chênaie
CLSC de La Haute-Yamaska
CLSC du Havre
CLSC Huntingdon
CLSC Jardin du Québec
CLSC Kateri
CLSC Longueuil-Est
CLSC Longueuil-Ouest
CLSC des Mouskoutains
CLSC La Pommeraie
CLSC La Presqu'île
CLSC du Richelieu
CLSC Saint-Hubert
CLSC Samuel-de-Champlain
CLSC Seigneurie-de-Beauharnois
CLSC des Seigneuries
CLSC Vallée des Forts
CLSC La Vallée des Patriotes

ANNEXE 3

**Liste des CLSC (et de leur région
socio-santitaire) ayant participé au
prétest de l'instrument de mesure**

Liste des CLSC (et de leur région sociosanitaire) ayant participé au prétest de l'instrument de mesure

CLSC	Régions sociosanitaires
1- Des Coteaux	Saguenay–Lac-Saint-Jean
2- De la Basse-Ville	Québec
3- Haute-Ville	Québec
4- La Source	Québec
5- Les Forgues	Mauricie et du Centre-du-Québec
6- Suzor-Côté	Mauricie et du Centre-du-Québec
7- SOC	Estrie
8- Parc Extension	Montréal-Centre
9- La Petite Patrie	Montréal-Centre
10- Partage des eaux	Abitibi-Témiscamingue
11- De l'Hématite	Côte-Nord
12- Des Seigneuries	Montérégie
13- Vallée des Forts	Montérégie

ANNEXE 4

Questionnaire relatif à l'application du Programme public de services dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995

**Questionnaire
relatif à l'application du programme
public de services dentaires préventifs
au cours de l'année 1994-1995**

Information

Le MSSS souhaite développer de nouveaux outils pour faciliter l'évaluation du Programme public de services dentaires préventifs. Pour ce faire, il a demandé à une équipe de chercheurs d'effectuer une évaluation de son implantation au cours de l'année 1994-1995. Les résultats de cette recherche visent à permettre l'élaboration d'un guide pratique d'évaluation que les régions pourront utiliser.

Instructions aux répondants

Répondez à toutes les questions, sauf s'il y a indication contraire.

N'hésitez pas à utiliser les versos des pages du questionnaire pour compléter vos réponses ou pour livrer vos commentaires.

**AURIEZ-VOUS L'OBLIGEANCE DE RETOURNER LE QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ
AVANT LE 16 MARS 1996 DANS L'ENVELOPPE AFFRANCHIE CI-JOINTE.**

Merci de votre collaboration.

Pour tout renseignement, communiquez avec le docteur Jacques Durocher
au (514) 528-2400 poste 3490.

Février 1996

Application du programme public de services dentaires préventifs

1. De quelle région sociosanitaire votre établissement fait-il partie ?

2. Quel est le nom de votre établissement ?

3. Combien d'hygiénistes dentaires étaient en poste dans votre établissement au cours de l'année 1994-1995 ?

	Postes permanents	Postes contractuels
Nombre d'hygiénistes dentaires à temps plein	_____	_____
Nombre d'hygiénistes dentaires à temps partiel	_____	_____
Total en équivalent temps plein	_____	_____

DANS TOUS LES CAS POURSUIVEZ S.V.P.

4. Veuillez indiquer, pour chaque commission scolaire de votre territoire, le nombre d'écoles qui offraient les niveaux primaire ou maternelle, le nombre total d'enfants inscrits à ces niveaux ainsi que le nombre d'enfants inscrits en maternelle seulement au cours de l'année 1994-1995 ?

Commission scolaire	Nombre d'écoles (niveaux primaire ou maternelle)	Nombre total d'enfants (matern. à 6e)	Nombre d'enfants (maternelle seulement)
Écoles privées			

Application du programme public de services dentaires préventifs

5. Le programme public de services dentaires préventifs prévoit certaines INTERVENTIONS AVANT QUE L'ENFANT SOIT À LA MATERNELLE. Avez-vous réalisé (au moins partiellement) ces interventions au cours de l'année 1994-1995 ?

Oui → Décrivez brièvement les interventions réalisées.

a) Interventions en clinique d'immunisation :

b) Interventions en garderie :

c) Interventions en prématernelle:

d) Autres interventions :

Non → Quelles raisons ont empêché la réalisation de ces interventions ?

6. Le programme public de services dentaires préventifs prévoit certaines INTERVENTIONS LORSQUE L'ENFANT EST À LA MATERNELLE OU AU PRIMAIRE. Avez-vous réalisé (au moins partiellement) ces interventions au cours de l'année 1994-1995 ?

Oui → Passez à la prochaine question

Non → Quelles raisons ont empêché la réalisation de ces interventions ?

Passez à la question 12

Application du programme public de services dentaires préventifs

7. Nous avons joint à ce questionnaire un FORMULAIRE que vous pouvez aisément reproduire.

Veillez compléter UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE POUR CHAQUE ÉCOLE de votre territoire où vous avez appliqué (en tout ou en partie) le programme public de services dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995.

8. Si VOUS N'AVEZ PAS APPLIQUÉ le programme public de services dentaires préventifs DANS CERTAINES ÉCOLES de votre territoire au cours de l'année 1994-1995, quelles en sont les principales raisons ?

9. Si VOUS N'AVEZ PAS RÉALISÉ DE FAÇON INTÉGRALE LES INTERVENTIONS PRÉVUES par le programme public de services dentaires préventifs DANS LES ÉCOLES OÙ VOUS L'AVEZ APPLIQUÉ au cours de l'année 1994-1995, quelles en sont les principales raisons ?

10. Afin de mieux connaître LE CONTENU DES INTERVENTIONS que vous avez RÉALISÉES AUPRÈS DES ÉCOLIERS pendant l'année 1994-1995, décrivez brièvement :

a) vos activités d'éducation et de promotion effectuées de façon universelle

b) vos activités d'éducation effectuées de façon individuelle

Application du programme public de services dentaires préventifs

c) vos activités pour impliquer les parents dans l'éducation individuelle

d) vos activités d'application topique de fluor

e) vos activités de suivi préventif effectuées en petits groupes

11. Certaines interventions prévues par le programme public de services dentaires préventifs visent spécifiquement les enfants à risque élevé de carie.

Par rapport à l'ensemble des interventions du programme que vous avez réalisées en 1994-1995, QUELLE PROPORTION DE VOTRE TEMPS avez-vous consacrée à la réalisation d'interventions qui visaient spécifiquement les enfants à risque élevé de carie ?

_____ %

12. À part l'application du programme public de services dentaires préventifs, avez-vous réalisé D'AUTRES INTERVENTIONS EN SANTÉ DENTAIRE sur votre territoire au cours de l'année 1994-1995 ?

Non

Oui → Quelles interventions avez-vous réalisées ?

Merci de votre collaboration

Formulaire relatif à l'application du programme public de services dentaires préventifs

À l'école : _____ Au cours de l'année scolaire 1994-1995
 Commission scolaire : _____ CLSC : _____ Région # : _____

	Niveaux scolaires									
	Mat.	1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e	6 ^a			
Nombre d'enfants inscrits										
Interventions du programme :										
Nombre d'enfants qui ont été rejoints par des activités de promotion et d'éducation à la santé dentaire effectuées de façon universelle (activités de masse)										
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage										
Nombre d'enfants dont les parents ont été informés des résultats du dépistage										
Nombre d'enfants dont le dépistage indiquait un besoin évident de traitement										
Nombre d'enfants qui ont été classés à risque élevé de carie (selon le critère provincial)										
Nombre d'enfants classés à risque pour lesquels une autorisation de conduire un suivi préventif a été demandée										
Nombre d'enfants classés à risque pour lesquels la conduite d'un suivi préventif est autorisée										
Suivi préventif individuel :										
Nombre d'enfants pour lesquels un dépistage du besoin évident de traitement de la carie a été effectué										
Nombre d'enfants dont le dépistage indiquait un besoin évident de traitement de la carie										
Nombre d'enfants référés au dentiste pour un besoin évident de traitement de la carie										
Nombre d'enfants pour lesquels une approche d'éducation à la santé dentaire a été conduite										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 fois</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2 fois</td> </tr> </table>								1 fois		2 fois
	1 fois									
	2 fois									
Nombre d'enfants dont les parents ont été impliqués dans la conduite d'une approche d'éducation à la santé dentaire										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 fois</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2 fois</td> </tr> </table>								1 fois		2 fois
	1 fois									
	2 fois									
Suivi préventif en petits groupes :										
Nombre d'enfants qui ont reçu un suivi préventif en petits groupes										

ANNEXE 5

Lettres de présentation et d'information



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Le 19 février 1996

OBJET : Évaluation de l'implantation du Programme public de services
dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995

Madame la Directrice,
Monsieur le Directeur,

Dans sa Politique de la santé et du bien-être, le MSSS a fixé un objectif québécois d'amélioration de la santé dentaire des enfants. Son atteinte repose en grande partie sur la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs qui oriente ses interventions vers les enfants les plus vulnérables. C'est pourquoi le ministère encourageait l'implantation régionale de ce programme en injectant, en 1993, les sommes nécessaires à l'embauche de nouveaux hygiénistes dentaires en CLSC.

Le MSSS désire maintenant développer de nouveaux outils pour faciliter l'évaluation de ce programme. Pour ce faire, il a confié l'évaluation de son implantation à une équipe de chercheurs dirigée par les docteurs Jean-Marc Brodeur et Jacques Durocher. Les résultats de cette recherche visent à permettre l'élaboration d'un guide pratique d'évaluation que les régions pourront utiliser.

Cette recherche évaluative en est à l'étape de la collecte des données au moyen d'un instrument de mesure qui a été préalablement validé. C'est dans ce but que nous sollicitons aujourd'hui votre collaboration.

Auriez-vous l'obligeance de faire compléter le questionnaire ci-joint par un hygiéniste dentaire de votre établissement (ou toute autre personne que vous jugerez apte à le faire).

Vous remerciant à l'avance, nous vous prions de recevoir, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments distingués.

Dr Jean-Marc Brodeur D.D.S., Ph.D.

Dr Jacques Durocher D.M.D., M.Sc.

JMB-JD/nl

p.j.

Habitudes de vie et santé du cœur

4835, av. Christophe-Colomb
Montréal (Québec) H2J 3G8
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2512



Hôpital général de Montréal,
mandataire

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre
monde en santé



Gouvernement du Québec
**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**
Direction générale de la santé publique

Québec, le 27 février 1996

Lettre transmise aux
Directeurs(trices) de la santé publique

OBJET : Évaluation du Programme public de services dentaires préventifs

Docteur,

Afin de donner suite à la lettre du 29 mai 1995 de madame Christine Colin, sous-ministre adjointe à la Direction générale de la santé publique, il me fait plaisir de vous informer de la tenue prochaine d'un projet de recherche portant sur l'évaluation du Programme public de services dentaires préventifs.

Les résultats de cette recherche visent à produire un guide pratique afin de faciliter l'évaluation régionale des activités réalisées en santé dentaire publique. C'est pourquoi ce guide est destiné aux directions régionales de la santé publique.

Comme il s'agit d'une étude provinciale, nous tenons à vous informer que les centres locaux de services communautaires de votre région seront appelés à participer à ce projet de recherche. À cet égard, je joins à cette lettre une copie des documents qui seront transmis aux CLSC de votre région, par les chercheurs de ce projet.

En terminant, je tiens à vous remercier pour votre précieuse collaboration et je vous prie d'agréer, Docteur(e), l'expression de mes plus cordiales salutations.

Le directeur de la prévention
et de l'éducation sociosanitaire,

Léonard Gilbert

P.J. Copie des documents transmis aux CLSC

Direction de la prévention et de
l'éducation sociosanitaire
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : (418) 643-3232
Télécopieur : (418) 646-1680

Site Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca>





Le 28 mars 1996

**OBJET : Évaluation de l'implantation du Programme public de services
dentaires préventifs au cours de l'année 1994-1995**

Madame la Directrice,
Monsieur le Directeur,

Il y a déjà quelques semaines, nous avons sollicité votre participation à l'étude citée en rubrique. Cette recherche, financée par le MSSS, vise à permettre l'élaboration d'un guide (pratique) d'évaluation que les régions pourront ensuite utiliser.

Nous avons reçu, en date d'aujourd'hui, les réponses de plus de cent CLSC. Afin d'assurer la préparation d'un guide qui puisse répondre aux besoins de l'ensemble des CLSC, nous avons décidé de poursuivre la collecte et la codification des données jusqu'au 26 avril 1996 (seuls les questionnaires reçus avant cette date seront considérés).

N'ayant pas encore reçu le questionnaire que nous souhaitons voir rempli par un hygiéniste dentaire de votre établissement (ou toute autre personne apte à le faire), nous nous permettons de réitérer notre appel à ce sujet. Au besoin, un nouvel exemplaire du questionnaire pourra vous être transmis.

Veuillez ne pas tenir compte de cette demande, si votre réponse vient de nous être acheminée ou si vous nous avez contactés pour signaler un léger retard.

Vous remerciant de votre précieuse collaboration, nous vous prions de recevoir, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments distingués.

Jean-Marc Brodeur D.D.S., Ph.D.

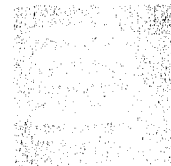
Jacques Durocher D.M.D., M.Sc.

JMB/JD/nl

4833, av. Christophe-Colomb
Montréal (Québec) H2J 3G8
Téléphone: (514) 528-2400
Télécopieur: (514) 528-2512



Hôpital général de Montréal.
mandataire



COLLECTION ANALYSES ET SURVEILLANCE

DERNIERS TITRES PARUS

- (DGSP* n° 1) **Surveillance du cancer au Québec : Nouveaux cas déclarés au fichier des tumeurs et mortalité, Année 1993**
(M. Beaupré, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1996)
- (DGSP n° 2) **Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1994**
(G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997)
- (DGSP n° 3) **L'accessibilité au condom en milieu scolaire québécois — Enquête auprès des CLSC et des directions d'écoles secondaires**
(R. Cloutier, Centre de coordination sur le sida, 1997)
- (DGSP n° 4) **Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions**
(M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec, R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, Y. Sauvageau, RRSSS de la Montérégie, 1997)
- (DGSP n° 5) **Surveillance de la mortalité au Québec : Année 1995**
(G. Bibeau et O. Laplante, Direction de l'analyse et de la surveillance de la santé et du bien-être, 1997)
- (DGSP n° 6) **La mortalité au Québec — Disparités et évolution : de 1975-1977 à 1993-1995**
(R. Choinière, RRSSS de Montréal-Centre, P. Lafontaine, MSSS, Direction de la planification et de l'évaluation, M. Pageau et M. Ferland, RRSSS de Québec)

* DGPS : Direction générale de la santé publique.

