

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

Addenda

Statistiques du milieu de la santé

Les prévisions démographiques

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

Statistiques de la santé buccodentaire des 65 ans et plus

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

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

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

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

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

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

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

Capacité actuelle de traiter la population en perte d'autonomie

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

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

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

Capacité de traiter la population en perte d'autonomie

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

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

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

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

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

Consultation publique sur les conditions de vie des aînés
Mémoire du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire.....Annexe 1

Photos de cas avec explications.....Annexe 2

Tableau de soins.....Annexe 3

Consultation publique sur les conditions de vie des aînés
Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec.....Annexe 4

Extrait de l'étude exploratoire des problèmes en Montérégie.....Annexe 5

*Consultation publique
sur les conditions de vie des aînés*



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



15 octobre 2007

Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement

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

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

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

Production de :

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

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

Avec la collaboration de :

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

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

TABLE DES MATIÈRES

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

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES ÂÎNÉS

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

Préambule

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

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

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

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

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

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

Le taux d'édentation d'une population est un indicateur de la santé buccodentaire de celle-ci (Brodeur et al., 1996). Entre 1980 et 2004, le taux d'édentation complet de la population des aînés en perte d'autonomie a diminué de près de 18%, mais reste cependant très élevé (63,4%) comparé à la population générale qui se situe sous la barre des 20% (Brodeur et al., 1980; Corbeil et al., 2007). Durant une période beaucoup plus courte (13 ans) soit de 1980 à 1993, les aînés en meilleure santé ne résidant pas en centre d'hébergement ont vu leur taux d'édentation complet diminué d'autant (76% vs 58 %) (Brodeur et al., 1996).

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

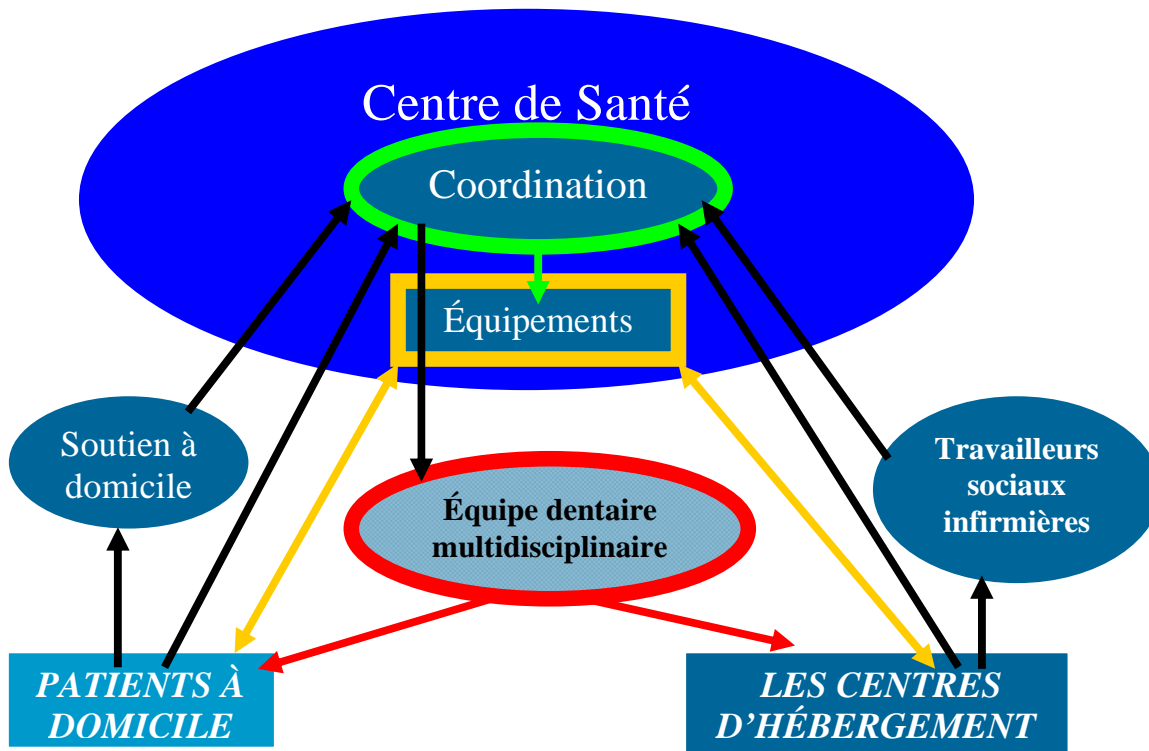
Présentement entre 50 et 70 dentistes au Québec voient des patients en perte d'autonomie en oeuvrant au sein de CHSLD ou de centres hospitaliers. Ceux-ci pratiquaient en moyenne une journée par semaine, ce qui est insuffisant pour faire face à la demande croissante de clientèle. Il serait donc très difficile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

Recommandations

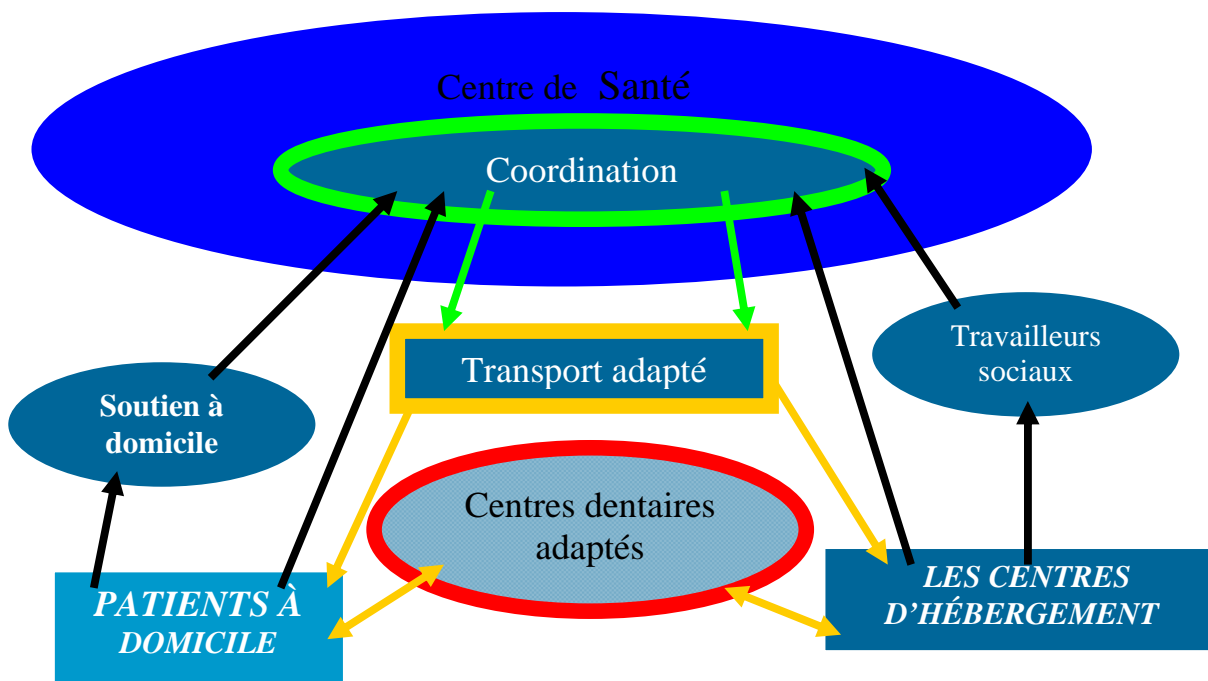
1. Une piste de solution : Le modèle Accès-cible

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

**Le modèle Accès-Cible
Mobile**



**Le modèle Accès-cible
Transport**



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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

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

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

ANNEXE 2

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





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



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



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



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





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





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



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



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

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

Nom	Chambre	Date



AUTONOMIE
 AVEC DIFFICULTÉ
 SURVEILLANCE OU STIMULATION
 AIDE
 DÉPENDANT
 Critères détaillés au verso

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

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Lever : _____
 Tourner : _____
 Coucher : _____
 • Jaquette d'hôpital
 • Personnelle
 • Enlever prothèse(s) dentaire(s)

1. SE NOURRIR

a) b)

c) d)

Plat par plat

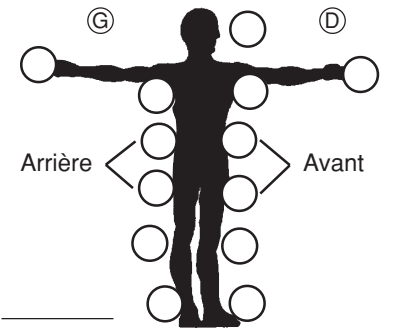
2. SE LAVER

a) Cheveux : _____ b) Ongles : _____

c) Crème : _____

d) Lit Lavabo Bain
 Douche Bain tourbillon Surveillance

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



3. S'HABILLER sauf :

SE DÉSHABILLER sauf :

a) Linge souillé : _____

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

c) Entretien des vêtements : _____

4. ENTRETIEN

a) b) c) d)

e) Dents naturelles f) Rince-bouche
 Prothèse supérieure Mettre
 Prothèse inférieure Enlever Tige-éponge

5. CONTINENCE VÉSICALE Produits d'incontinence
 J _____
6. CONTINENCE FÉCALE S _____
 N _____

7. UTILISATION

Toilette Bassine
 Urinal Ch. aisance

Culotte filet J S N
 Autres : _____ J S N
 Gilet d'incontinence Stomie Sonde

B. MOBILITÉ

1. Transferts

Programme de marche

2. Marcher

Chambre Unité Établissement Extérieur

3. Prothèse ou orthèse

N/A

4. Déplacement

N/A

Chambre Unité Établissement Extérieur

5. Utilisation

Ascenseur

Sécurité

• Ceinture FR/FG • Bracelet anti-fugue
 • Ceinture F • Ridelles 1. J S N
 • Gilet de sécurité 2. J S N
 • Ceinture magnétique (Ségufix) • Autres : _____

C. COMMUNICATION

Langue parlée : _____

D G Mettre Enlever Mettre Enlever

D. FONCTIONS MENTALES

1. 2.

3. 4.

5. Soi Autrui Fugue

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. Entretien la maison 2. Repas 3. Courses Livraison

4. Lessive 5. Téléphone 6. Moyen de transport
 Automobile
 Véhicule adapté
 Taxi
 Autobus
 Transport adapté
 Ambulance

7. Médicaments 8. Budget
 Alvéole/dispill Pilulier

PARTICULARITÉS : _____ Tablier de fumeur

CRITÈRES À RETENIR POUR L'ÉVALUATION DES USAGERS

A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Lever

Inscrire les éléments d'interventions relatifs au lever

Tourner

Inscrire les particularités lors des tournées

Coucher

Cocher le vêtement de nuit approprié

Cocher si le personnel doit enlever les prothèses dentaires

Autres – Inscrire les éléments d'intervention relatifs au coucher

1. SE NOURRIR

a) S'alimenter

✓ Se nourrit seul

ⓧ Se nourrit seul avec difficulté

ⓑ Se nourrit seul mais requiert stimulation ou surveillance

ⓓ Participe activement mais requiert aide partielle pour une partie de l'activité

ⓓ Doit être nourri entièrement par une autre personne OU porte une sonde naso-gastrique ou une gastrostomie

b) Ouvrir les contenants

✓ Peut ouvrir seul tous ses contenants

ⓧ Peut ouvrir seul tous ses contenants mais avec difficulté

ⓑ Peut ouvrir seul tous ses contenants mais requiert stimulation ou surveillance

ⓓ Requiert une aide pour ouvrir certains contenants

ⓓ Devons ouvrir tous ses contenants

c) Couper

✓ Peut couper seul tous ses aliments

ⓧ Peut couper seul tous ses aliments mais avec difficulté

ⓑ Peut couper seul tous ses aliments mais requiert stimulation ou surveillance

ⓓ Requiert une aide pour couper ses aliments

ⓓ Devons couper tous ses aliments ou les mettre en purée

d) Beurrier

✓ Peut beurrier seul tous ses aliments

ⓧ Peut beurrier seul tous ses aliments mais avec difficulté

ⓑ Peut beurrier seul tous ses aliments mais requiert stimulation ou surveillance

ⓓ

ⓓ Devons beurrier ses aliments

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

2. SE LAVER

Pour chacune des parties du corps

✓ Se lave seul (incluant entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche)

ⓧ Se lave seul mais avec difficulté

ⓑ Se lave seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou qu'on lui prépare le nécessaire

ⓓ A besoin d'aide pour se laver mais participe activement

ⓓ Nécessite d'être lavé par une autre personne

Cocher et inscrire

a) Cheveux : qui assure les soins (résident, personnel, coiffeuse) si le résident nécessite un shampoing traitant

b) Ongles : qui assure les soins

c) Crème : le nom de la crème à appliquer quotidiennement et l'endroit d'application

d) Les endroits : où se donnent les soins d'hygiène

– Cocher selon l'endroit où se fera la toilette complète

– Cocher pour les résidents autonomes si une surveillance est requise

e) Calendrier : inscrire la journée selon le type de soins d'hygiène

Mini-hygiène (figure/fesse)

T.Part. (toilette partielle i.e. tout sauf les membres inférieurs et le dos)

Bain (toilette complète)

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

3. S'HABILLER (toutes saisons)

En général

✓ S'habille seul

ⓧ S'habille seul mais avec difficulté

ⓑ S'habille seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire ou on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements

ⓓ Nécessite de l'aide pour s'habiller mais participe activement

ⓓ Doit être habillé par une autre personne

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

✓ Seul

ⓧ Avec difficulté

ⓑ Surveillance, stimulation

ⓓ Aide partielle

ⓓ Aide totale

SE DÉSHABILLER (toutes saisons)

En général

✓ Se déshabille seul

ⓧ Se déshabille seul mais avec difficulté

ⓑ Se déshabille seul mais doit être stimulé ou nécessite une surveillance pour le faire OU que l'on range son linge

ⓓ Nécessite de l'aide pour se déshabiller mais participe activement

ⓓ Doit être déshabillé par une autre personne

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

✓ Seul

ⓧ Avec difficulté

ⓑ Surveillance, stimulation

ⓓ Aide partielle

ⓓ Aide totale

Inscrire

a) L'endroit où est remis le linge souillé

b) S'il y a lieu, la soirée du changement des vêtements

c) La personne qui voit à l'entretien des vêtements

4. ENTRETIEN

a) Se raser avec son rasoir électrique

b) Se brosser les dents, entretenir ses prothèses dentaires

c) Se peigner

d) Se maquiller

e) Mettre et enlever ses prothèses dentaires

f) S'il y a lieu, utiliser le rince-bouche

Pour chacune de ces activités

✓ Entretien sa personne seul

ⓧ Entretien sa personne seul mais avec difficulté

ⓑ A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance OU qu'on lui prépare le nécessaire

ⓓ A besoin d'aide pour entretenir sa personne

ⓓ Ne participe pas à l'entretien de sa personne

Cocher si la personne possède

✓ Des dents naturelles

✓ Une prothèse supérieure

✓ Une prothèse inférieure

Cocher s'il a lieu

✓ Tige-éponge

5. CONTINENCE VÉSICALE

✓ Miction normale

ⓑ Incontinence urinaire occasionnelle OU en goutte à goutte OU sonde à demeure dont il peut s'occuper seul OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences

ⓓ Incontinence urinaire fréquente

ⓓ Incontinence urinaire totale ou habituelle

OU porte une culotte d'incontinence OU nécessite une aide quotidienne pour sa sonde à demeure

6. CONTINENCE FÉCALE

✓ Défécation normale

ⓑ Incontinence fécale occasionnelle

OU stomie dont il peut s'occuper seul

OU nécessite un lavement évacuant périodique

ⓓ Incontinence fécale fréquente

OU lavement évacuant régulier

ⓓ Incontinence fécale totale

OU nécessite de l'aide quotidienne pour sa stomie

7. UTILISATION

✓ De la toilette

✓ De l'urinal

✓ De la baignoire

✓ De la chaise d'aisance

Codifier selon l'usage

✓ L'utilise seul (incluant s'asseoir, s'essuyer, s'habiller et se relever)

ⓧ Avec difficulté

ⓑ L'utilise seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance

ⓓ A besoin de l'aide d'une autre personne pour l'utiliser

ⓓ Ne l'utilise pas

Utilisation des produits d'incontinence

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

✓ Coussinet

✓ Serviette hygiénique

✓ Culotte d'incontinence

P (petit) M (moyen) G (grand)

✓ Culotte filet

✓ Autres : _____

Codifier selon l'usage et le moment de la journée

✓ L'utilise seul

ⓑ L'utilise seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance

ⓓ A besoin de l'aide d'une autre personne pour l'utiliser

ⓓ Requiert une aide totale

Cocher s'il y a lieu

✓ Stomie

✓ Sonde

✓ Gilet d'incontinence

B. MOBILITÉ

1. TRANSFERTS

(du lit vers le fauteuil et la position debout et vice versa)

✓ Se lève, s'assoit et se couche seul

ⓧ Se lève, s'assoit et se couche seul mais avec difficulté

ⓑ Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements

ⓓ A besoin de l'aide d'une personne pour se lever, s'asseoir et se coucher

ⓓ Grabataire (doit être levé et couché en bloc)

Cocher si le levier est nécessaire

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

Programme de marche

Cocher si la personne est inscrite au programme de marche

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

2. MARCHER

Pour chacun des lieux, codifier selon,

✓ Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse ou marchette)

ⓧ Circule seul mais avec difficulté

ⓑ Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire

ⓓ A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher

ⓓ Ne marche pas

Cocher si la personne possède

✓ Une canne

✓ Une marchette

✓ Un quadripode

3. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE

N/A Ne porte pas de prothèse ou d'orthèse

✓ Installe seul sa prothèse ou son orthèse

ⓧ Avec difficulté

ⓑ

ⓓ A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse OU a besoin d'une aide partielle

ⓓ La prothèse ou l'orthèse doit être installé par une autre personne

4. DÉPLACEMENT EN FAUTEUIL ROULANT (FR)

Pour chacun des lieux, codifier selon,

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

✓ Se déplace seul en FR

ⓧ Se déplace seul en FR mais avec difficulté

ⓑ

ⓓ Nécessite qu'une personne pousse le FR

ⓓ Ne peut utiliser un FR

(doit être transporté en civière)

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

Codifier

✓ L'utilise seul

ⓧ L'utilise seul mais avec difficulté

ⓑ L'utilise seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU l'utilise de façon non sécuritaire

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

ⓓ Ne l'utilise pas

Sécurité

Cocher s'il y a lieu

✓ Ceinture au fauteuil roulant (FR) – fauteuil gériatrique (FG)

✓ Ceinture pour tout autre fauteuil

✓ Gilet de sécurité

✓ Ceinture magnétique (Ségufix)

✓ Bracelet anti-fugue

✓ Ridelle(s) de lit montée(s)

1 côté ✓ Jour ✓ Soir ✓ Nuit

2 côtés ✓ Jour ✓ Soir ✓ Nuit

✓ Autres : _____

C. COMMUNICATION

Indiquer la langue parlée : _____

1. VOIR

Codifier

✓ Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs

ⓑ Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes

ⓓ Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes

ⓓ Aveugle

2. ENTENDRE

Codifier

✓ Entend convenablement avec ou sans appareil auditif

ⓑ Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif

ⓓ N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes

ⓓ Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer

Cocher s'il y a lieu

✓ Lunettes

✓ Appareil auditif ✓ Oreille droite

✓ Oreille gauche

Pour mettre et enlever lunettes ou appareil auditif

Codifier

✓ Seul

ⓑ Surveillance, stimulation

ⓓ Aide partielle

ⓓ Aide totale

3. PARLER

✓ Parle normalement

ⓑ A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée

ⓓ A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires ou répondre à des questions simples (oui, non)

OU utilise le langage gestuel

ⓓ Ne communique pas

D. FONCTIONS MENTALES

1. MÉMOIRE

✓ Mémoire normale

ⓑ Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous, etc.) mais se souvient des faits importants

ⓓ Oublie régulièrement des choses de la vie courante, (avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs)

ⓓ Amnésie quasi totale

2. ORIENTATION

✓ Bien orienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes

ⓑ Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes

ⓓ Est orienté seulement dans la courte durée

(temps de la journée), le petit espace (l'environnement immédiat habituel)

et par rapport aux personnes familières

ⓓ Désorientation complète

3. COMPRÉHENSION

✓ Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande

ⓑ Est lent à saisir des explications ou des demandes

ⓓ Ne comprend que partiellement,

même après des explications répétées

OU est incapable de faire des apprentissages

ⓓ Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui

4. JUGEMENT

✓ Évalue les situations et prend des décisions sensées

ⓑ Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées

ⓓ Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère

ⓓ N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place

5. COMPORTEMENT

✓ Comportement adéquat

ⓑ Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotive, entêtement, apathie) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation

ⓓ Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers lui-même ou les autres, dérange les autres, errance, cris constants)

ⓓ Dangereux, nécessite des contentions

OU essaie de blesser les autres ou de se blesser

OU tente de se sauver

Cocher s'il y a lieu

✓ Soi ✓ Autrui ✓ Fugue

PARTICULARITÉS

Indiquer ici toutes autres informations complémentaires pertinentes

Cocher s'il y a lieu

✓ Tablier de fumeur

E. TÂCHES DOMESTIQUES

1. ENTRETIEN LA MAISON

✓ Entretien seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels)

ⓧ Entretien seul la maison mais avec difficulté



Consultation publique sur les conditions de vie des aînés

Mémoire déposé par
l'Ordre des dentistes du Québec.

Le 7 septembre 2007



Publication de

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

Production

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES AÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

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

CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES AÎNÉS

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

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

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

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

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

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

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

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

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

L'état de la santé dentaire des personnes âgées

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

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

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

Les difficultés d'accès aux soins dentaires

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

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

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

Dans l'anticipation des besoins futurs

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

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

Les prestataires des services dentaires au Québec

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La révision de certains règlements

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

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

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

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

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

La vigilance constante envers la promotion de la santé dentaire

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

Recommandations

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

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

Documents consultés

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

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

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

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

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

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

En CHSLD, en 2006 :

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

Conclusion de l'étude :

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