

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE



COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE POUR
LA SANTÉ BUCCODENTAIRE
DES PERSONNES ÂGÉES –
ESQUISSE DE MISE EN OEUVRE

COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE :
LES SOINS BUCCODENTAIRES
EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

RESPONSABILITÉ
PROFESSIONNELLE DE
L'HYGIÉNISTE DENTAIRE
ET COLLABORATION
INTERPROFESSIONNELLE



Notre offre pour les hygiénistes dentaires devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages
et privilèges à bnc.ca/specialiste-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada.
© 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

4 **Avant-propos**

6 **Mot du président**

8 **Mot du directeur général et secrétaire**

DOSSIER: COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

12 **COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LES SOINS BUCCODENTAIRES EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE**

16 **COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES – ESQUISSE DE MISE EN OEUVRE**

20 **EXPLORATION DES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE HYGIÉNISTES DENTAIRES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES CANADIENNES**

26 **RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE ET COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE**

28 **EXPLORATEUR VIRTUEL**

Ressources Web

30 **PORTRAIT**

Pour un modèle de soins centré sur les besoins de la personne: Camille Soria-Poirier, H.D., ou les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle

36 **CALENDRIER DES FORMATIONS CONTINUES ET WEBCONFÉRENCES 2021-2022**

42 **CÉGEP**

Un séjour pédagogique transformé en don par des étudiantes du cégep de chicoutimi

Clinique d'hygiène dentaire « Sans papier » au cégep régional de Lanaudière à Terrebonne

45 **MESSAGES OHDQ**

46 **SERVICES FINANCIERS DE LA BANQUE NATIONALE**

6 avantages d'acheter une voiture électrique



Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

M. Jean-François Lortie, H.D., B.Éd.

Administrateurs élus et régions administratives

Centre M^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorièreSud-Est M^{me} Héliane Deschênes, H.D.Nord-Est M^{me} Anne Prévost, H.D.Sud M^{me} Kim Farrell, H.D.

Centre M. Franck Giverne, H.D.

Nord-Ouest M^{me} Thi Sopha Son, H.D.Nord-Est M^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.Centre M^{me} Josée Tessier, H.D., vice-présidente

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

M^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.

M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)

M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

M. René Joyal

Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction:

Myriam Baptiste, adjointe administrative

Julie Boudreau, H.D., syndique

Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire

Sophie Lecavalier, responsable des communications

Jean-François Lortie, H.D., B.Éd. président

Sara Ottin, H.D.

Gilles Vilasco, réviseur et rédacteur

Production

Révision Gilles Vilasco, réd. a.

Publicité OHDQ

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note: Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal - 3^e trimestre 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN: 2369-6915 (en ligne)

ISSN: 1183-4307 (imprimé)

Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés dans

L'Explorateur sont la propriété de l'OHDQ. Aucune reproduction n'est

permise sans l'accord écrit de l'Ordre.



700-606, rue Cathcart

Montréal (Québec) H3B 1K9

Téléphone: 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur: 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

Après la modernisation de l'exercice des professions du domaine buccodentaire en septembre 2020, le choix du thème de ce numéro s'est imposé presque naturellement, car les relations professionnelles entre l'hygiéniste dentaire et les autres professionnels de la santé amorçaient un virage majeur. C'est ce que rappelle l'article de Jacques Gauthier, directeur général et secrétaire de l'Ordre, « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité et au partenariat » qui retrace l'évolution de la collaboration interprofessionnelle en santé. Aujourd'hui, « l'hygiéniste dentaire ayant acquis sa pleine autonomie professionnelle, elle devient le maître d'œuvre de l'évaluation et de la détermination de son plan de soins et de traitements, dans une relation professionnelle d'égal à égal avec les autres membres de l'équipe de soins, dans les limites de son champ d'exercice et de ses activités réservées. » Dans ce cadre, il est stratégique de connaître le modèle d'intervention qui caractérise l'interdisciplinarité ainsi que ses composantes afin de mieux agir en complémentarité. Cette évolution sera très certainement soutenue par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec pour que ses membres soient bien informés des enjeux professionnels et réglementaires découlant de l'exercice autonome de la profession.

Comme la pratique collaborative ou interdisciplinaire peut parfois demeurer inconnue ou peut-être un peu abstraite, et s'il est vrai que l'on apprend plus facilement par l'exemple, découvrons ensemble le témoignage de Sara Ottin, coordonnatrice du programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique, « La collaboration interprofessionnelle: les soins buccodentaires en oncologie pédiatrique ». Elle nous explique le rôle clinique fondamental rempli par l'hygiéniste dentaire au sein de ce programme en mettant en perspective la dimension de collaboration interprofessionnelle: l'hygiéniste dentaire devient l'intermédiaire privilégiée entre le département d'oncologie et les collègues de la médecine dentaire.

Poursuivons avec un exemple qui est aussi un rappel: la santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie, on ne le sait que trop bien, est préoccupante. L'article d'Hermina Harnagea que nous reproduisons, « Collaboration interprofessionnelle pour la santé buccodentaire des personnes âgées — esquisse de mise en œuvre », décrit l'urgence d'apporter une plus grande attention à la santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie; l'auteure nous rappelle également qu'une solution existe: la mise en œuvre d'une collaboration efficace entre les différents groupes de professionnels. Elle nous incite à ne pas oublier que « Les possibilités de collaboration sont multiples et [...] que cette collaboration pourrait contribuer à la réduction des disparités de santé buccodentaire chez la population âgée. »

L'article de Janice C. Grant et Zul Kanji « Exploration des relations interprofessionnelles entre hygiénistes dentaires et professionnels de la santé dans les communautés rurales canadiennes », que nous reproduisons également dans ce numéro est un autre exemple frappant qui illustre un avantage concret de la pratique collaborative. À l'évidence le développement de relations entre professionnels de la santé est complexe. C'est pourquoi « La collaboration interprofessionnelle doit être mise en œuvre pendant la formation pour favoriser la création d'un lien de confiance entre les divers professionnels de la santé et leur permettre de comprendre leurs rôles respectifs dans le milieu de la santé. »

Et, finalement, le témoignage de Camille Soria-Poirier est un exemple parfait de collaboration dans une communauté, permettant de constater l'impact direct sur les gens. Serez-vous étonné en découvrant qu'il s'agit d'une hygiéniste dentaire exerçant son métier au sein d'une communauté crie? C'est la raison qui nous a conduits à faire de ce témoignage « Pour un modèle de soins centré sur les besoins de la personne: Camille Soria-Poirier, H.D., ou les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle » un article essentiel de ce numéro!

En fin de compte, la collaboration interprofessionnelle ne veut pas dire que l'on doit se fier uniquement à l'autre professionnel... L'article de Julie Boudreau, H.D., syndique, « Responsabilité professionnelle de l'hygiéniste dentaire et collaboration interprofessionnelle », précise de manière opportune le cadre réglementaire de l'action en complémentarité. Même s'il s'agit d'une collaboration entre professionnels, il faut savoir que la responsabilité professionnelle de l'hygiéniste dentaire demeure pleinement engagée. C'est pourquoi « l'hygiéniste dentaire doit demeurer le maître d'œuvre de son processus de soins et éviter l'ingérence de tiers dans ce processus. »

Bonne lecture!

MISSION DE L'OHDQ

Le mandat d'un ordre professionnel est, en vertu du Code des professions, d'assurer la protection du public.

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec protège le public en:

- en s'assurant que les hygiénistes dentaires offrent des services de haute qualité;
- en participant à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois;
- en contribuant à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Pour ce faire, il encadre et réglemente la pratique professionnelle et soutient le leadership de ses membres dans l'exercice de leur profession.

VISION DE L'OHDQ

- Un acteur essentiel en matière de santé buccodentaire;
- Une pratique professionnelle rigoureusement encadrée;
- Une profession qui rayonne dans la société;
- Une confiance renouvelée du public envers les hygiénistes dentaires;
- Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur – L'engagement – Le respect – La collaboration – Intégrité

VOICI
SENSODYNE Sensibilité & Gencives
 Un dentifrice au fluorure stanneux
 offrant un double soulagement

Une solution formulée expressément pour les problèmes concomitants de sensibilité et de gencives



Le dentifrice double soulagement SENSODYNE Sensibilité & Gencives est éprouvé en clinique. Il aide les patients à soulager la sensibilité et à gérer la gingivite simultanément.

Il est scientifiquement prouvé que SENSODYNE Sensibilité & Gencives procure :



63 % d'amélioration du soulagement de la sensibilité^{1*}



Une amélioration continue du soulagement de la sensibilité sur 24 semaines^{2†}



Une amélioration de la santé des gencives de **40 %**^{3‡}



Aidez vos patients à choisir de traiter leurs deux problèmes en même temps : recommandez SENSODYNE Sensibilité & Gencives

Consultez gskhealthpartner.com pour recevoir des échantillons

* Amélioration en pourcentage de la cote Schiff comparativement au dentifrice au monofluorophosphate de sodium après 8 semaines, test comparant le dentifrice au fluorure stanneux à 0,454 % p/p avec le dentifrice de contrôle au monofluorophosphate de sodium. Les différences du seuil tactile entre le dentifrice d'essai et le contrôle étaient de 7,5 g après 4 semaines et de 27,2 g après 8 semaines.
 † Étude menée avec un dentifrice au fluorure stanneux à 0,454 % p/p; évaluation selon la cote Schiff et le questionnaire QEHD.
 ‡ Amélioration en pourcentage de l'indice de saignement après 24 semaines, test comparant le dentifrice au fluorure stanneux à 0,454 % p/p avec le dentifrice de contrôle au monofluorophosphate de sodium. L'étude a aussi démontré une amélioration de 19 % de l'indice gingival modifié entre le dentifrice d'essai et le dentifrice de contrôle, à la semaine 24. Ces deux mesures indiquent une amélioration de la santé des gencives.

1. Parkinson CR, et al. *Am J Dent* 2015;28(4):190-6. 2. Données internes de GSK. Numéro de l'étude 204930. 2017.

3. Données internes de GSK. Étude RH01515, résumé. 2014.



COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : UN CHANGEMENT DE CULTURE S'IMPOSE

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



Le mois de septembre 2021 marque le premier anniversaire de l'adoption de la Loi modifiant le *Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées* (Loi) qui est venu officialiser l'autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec. Et ce n'est pas rien! Depuis le temps que nous attendions cette modernisation de notre champ

d'exercice, nous sommes déjà à même de constater les impacts positifs sur notre profession et sur l'accessibilité aux soins buccodentaires préventifs à la population du Québec.

Tout le travail accompli au cours des derniers mois servira d'assise solide afin de définir le rôle et les fonctions de l'hygiéniste dentaire du 21^e siècle au sein d'une équipe multidisciplinaire et non plus simplement comme prestataire de soins sous la direction d'un autre professionnel comme avant. En sanctionnant cette Loi, le législateur est venu affirmer qu'il reconnaissait les compétences de l'hygiéniste dentaire et c'est maintenant à votre tour de les mettre en valeur dans vos équipes de travail respective.

Puisque l'ensemble de nos activités réservées sont partagées avec l'un ou l'autre des professionnels du domaine de la santé buccodentaire, il était primordial pour les ordres concernés de faire équipe et de travailler ensemble afin d'établir des définitions communes pour chacune des activités concernées. Certains diront que ça va de soi, mais pour nous, dans le domaine buccodentaire, c'est un changement de culture qui vient de s'amorcer et qui, je l'espère, est là pour de bon. En ayant tous les acteurs de cette modernisation réunis autour d'une même table, nous finissons par mieux nous comprendre, nous brisons les vieux réflexes de travail en silo et le proverbe africain : *Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin* vient prendre tout son sens.

TABLE DE CONCERTATION DES ORDRES DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

En juin dernier, les présidents des quatre ordres professionnels du domaine de la santé buccodentaire (**l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ)**, **l'Ordre des denturologistes du Québec (ODQ)**, **l'Ordre des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec (OTPADQ)** et **notre Ordre**) ont officialisé une nouvelle instance de concertation qui se nomme pour l'instant la *Table de concertation des présidents en santé buccodentaire*. Son mandat consiste à maintenir une vigie de la Loi dans le temps et à nous assurer que les enjeux collectifs seront discutés afin de voir comment vieillit la Loi et maintenir les échanges à son sujet. Les objectifs sont :

- Poursuivre la collaboration interprofessionnelle une fois que le guide explicatif de la Loi sera complété;
- S'assurer que les quatre ordres veilleront à ce que la population reçoive les meilleurs soins buccodentaires;
- Remplir le rôle que le gouvernement a confié aux quatre ordres en collaboration interprofessionnelle;
- Faire avancer la Loi dans un esprit de collaboration;
- Apprendre à se connaître et maintenir de bonnes relations entre les quatre ordres.

Au fil des discussions et des échanges que nous avons eus avec le président et un des membres de la *Table des ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines*, nous en sommes venus à la conclusion que c'était le meilleur endroit pour discuter d'enjeux collectifs et éviter les conflits générés par une mauvaise transmission des informations.

JOURNÉES DENTAIRES INTERNATIONALES DU QUÉBEC

Après une année d'absence, c'est le retour des JDIQ qui se tiendront au Palais des congrès de Montréal du 15 au 19 octobre prochain. La programmation de cet événement d'envergure regroupant plusieurs acteurs du domaine buccodentaire témoigne des besoins de formation de chaque domaine d'expertise et l'OHDQ, à titre de partenaire, est fier d'y avoir contribué. J'y serai, alors n'hésitez pas à venir me rencontrer pour échanger des enjeux de notre belle profession dans ce nouveau contexte de travail en collaboration interprofessionnelle.

Bonne lecture de ce numéro que nous consacrons à la collaboration interprofessionnelle!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président de l'Ordre

INTERPROFESSIONAL COLLABORATION: A CHANGE IN CULTURE IS NEEDED

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



September 2021 marks the first anniversary of the adoption of the Act to amend the *Professional Code and other provisions in particular in the oral health* and the applied sciences sectors (the Act), which formalized the professional autonomy of dental hygienists in Québec. And that's no small feat! We've been waiting a long time for our field to move into the modern era, and already we can see

the positive impacts on our profession and on access to preventive oral care in Québec.

The work done over the past few months will serve as a solid foundation for defining the role and tasks of the 21st century dental hygienist as a member of a multidisciplinary team, rather than a mere care provider supervised by a dentist, which was previously the case. In passing this Act, the government formally recognized the competencies of the dental hygienist, and now it's up to you to promote them within your respective teams.

Since all our reserved acts are shared with one of the other oral health professionals, it was essential for the professional orders concerned to team up and work together to establish common definitions for each of the acts in question. Some may think this is only natural, but for us in the oral health field, it's the start of a change in culture that I hope is here to stay. By having all the players in this modernization effort seated at the same table, we end up understanding each other better, we break the old habit of working in isolation, and we give true meaning to the African proverb "*Alone we go faster, together we go further.*"

ROUND TABLE OF DENTAL AND ORAL HEALTH PROFESSIONAL ORDERS

Last June, the presidents of the four dental and oral health professional orders (**the [Ordre des dentistes du Québec \(ODQ\)](#), the [Ordre des denturologistes du Québec \(ODQ\)](#), the [Ordre des technologues en prothèses et appareils dentaires du Québec \(OTPADQ\)](#), and our own) approved the creation of a new advisory body, provisionally named the *Table de concertation des présidents en santé buccodentaire*. Its mission is to monitor the Act over time and to ensure that common issues are addressed with a view to tracking the progress of the Act and maintaining discussions about it. The objectives are:**

- Continue interprofessional collaborations once the explanatory guide to the Act has been completed;
- Ensure that the four professional orders provide members of the public with the best possible oral care;
- Perform the role that the government has entrusted to the four professional orders from an interprofessional collaboration approach;
- Promote the Act in a spirit of collaboration;
- Get to know each other and foster good relationship between the four professional associations.

Through discussions with the president and one of the members of the *Table des ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines*, we came to the conclusion that this was the best venue for discussing common issues and for avoiding the conflicts generated by misinformation.

JOURNÉES DENTAIRES INTERNATIONALES DU QUÉBEC

After a year's absence, the JDIQ will be back at Palais des congrès de Montréal from October 15 to 19. The program for this major event, which will be attended by several oral health stakeholders, attests to the training needs of each area of expertise. As partner, the OHDQ is proud to have made it possible. I'll be there, so please feel free to drop by to discuss the challenges facing our wonderful profession in this new context of interprofessional collaboration.

I hope you enjoy this issue on interprofessional collaboration!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
President



DE LA MULTIDISCIPLINARITÉ À L'INTERDISCIPLINARITÉ ET AU PARTENARIAT :

L'évolution de la collaboration interprofessionnelle en santé

- **JACQUES GAUTHIER**, erg., M.A.P., ASC



Depuis des décennies, le mode de travail collaboratif des professionnels de la santé et des relations humaines n'a pas arrêté de se transformer afin d'optimiser l'efficacité et l'efficience des soins, des traitements et des services offerts à la population. Au fil du temps, la place centrale du client (ou patient) dans l'équipe de soins est devenue incontournable, l'expérience du client étant considérée comme aussi

importante que les données probantes et l'expérience des professionnels dans la prise de décision éclairée relative aux choix des interventions. L'approche paternaliste où un professionnel se posait en gardien du savoir qui pouvait dicter à son client « ce qui est bon pour lui », sans remise en question, est révolue. Au Québec, comme ailleurs en Occident, l'accessibilité de l'information médicale, l'évolution sociale misant sur le respect des libertés individuelles et un niveau d'éducation générale plus élevé ont certainement eu un apport considérable dans cette transformation.

Dans le domaine buccodentaire, la récente modernisation de l'exercice des professions de ce domaine en septembre 2020 représente une occasion en or de mettre en place les meilleures pratiques de collaboration interprofessionnelle puisque les barrières qui en limitaient l'épanouissement sont maintenant disparues, particulièrement en ce qui a trait aux relations professionnelles entre l'hygiéniste dentaire et les autres professionnels de la santé. En effet, l'hygiéniste dentaire ayant acquis sa pleine autonomie professionnelle, elle devient le maître d'œuvre de l'évaluation et de la détermination de son plan de soins et de traitements, dans une relation professionnelle d'égal à égal avec les autres membres de l'équipe de soins, dans les limites de son champ d'exercice et de ses activités réservées. Un véritable virage à 180 degrés s'est produit, car rappelons-le, la réglementation antérieure l'obligeait à appliquer un plan de soins et de traitement défini par un autre professionnel, le dentiste.

Pour marquer cette étape importante de l'évolution de la profession, il convient de faire un retour en arrière pour offrir un aperçu de la manière dont la collaboration interprofessionnelle a progressé dans les autres domaines de la santé et des relations humaines. Ce texte offre également aux hygiénistes dentaires une perspective des changements à venir sur ce plan pour les professions du domaine buccodentaire et des occasions à saisir pour mettre en œuvre les meilleures pratiques de collaboration interprofessionnelle.

Les années 80 et 90 : le passage d'un mode de pratique en silo à une collaboration interprofessionnelle accrue

Dans le domaine de la santé et des relations humaines, l'évolution de la prestation des soins et des services a connu un important accroissement du nombre de professionnels agissant auprès des clients, alors que les équipes étaient auparavant plus limitées, notamment aux médecins et au personnel de soins infirmiers. Le besoin de coordonner les interventions est alors devenu d'une importance cruciale pour optimiser les résultats escomptés. Ce changement du modèle de soins n'est pas étranger au changement du concept de la santé qui ne se limitait plus à l'absence de maladie. On y intégrait maintenant les déterminants sociaux de la santé, la qualité de l'environnement et la participation sociale (Boulanger, Gaudreault et Gauthier, 2000). C'est ainsi que les professionnels de la santé sont passés d'un modèle de prestation de soins relativement en silo, où les communications entre professionnels existaient, mais ne faisaient pas nécessairement l'objet d'une approche collaborative formelle et systématisée, à un modèle de soins basé sur la multidisciplinarité où le partage d'information et la coordination devenaient l'approche privilégiée. Toutefois, comme le mentionne Tremblay et collab. (2000), « bien que la multidisciplinarité représente une amélioration en rapport avec l'approche médecin-patient, et qu'elle n'est pas dénuée d'efficacité, elle présente certaines limites », car le problème de santé du client est souvent abordé en fonction de la discipline de chacun plutôt que par une mise en commun des expertises.

Au cours des années 80, les milieux de la réadaptation ont introduit la notion de plan d'intervention individualisé. Issue du milieu de l'éducation, particulièrement de l'éducation spécialisée, cette méthode vise à assurer une coordination optimale des interventions afin de déterminer les objectifs du client pour lesquels tous les membres de l'équipe apporteront leur contribution distinctive. En 1989, la législation québécoise exigeait d'ailleurs la rédaction d'un plan d'intervention individualisé pour chaque personne admise en centre de réadaptation. À cette époque, la place du client et des personnes significatives de son entourage dans la préparation du plan n'était toutefois pas encore uniforme ni systématique (Boulanger, Gaudreault et Gauthier, 2000).

Au cours des années 90, la contribution du client et de son entourage dans la préparation du plan est devenue centrale. Une équipe de l'Institut de réadaptation de Montréal a alors développé une approche nommée le *Plan d'intervention interdisciplinaire individualisé*, où le client fait partie intégrante de l'équipe et participe aux rencontres visant à définir ce plan, dont les objectifs à atteindre et les interventions à privilégier (Boulanger, Gaudreault et Gauthier, 2000). Ce modèle va au-delà de la simple

prise d'information sur les préférences et les objectifs du client en vue d'obtenir son consentement libre et éclairé. Il en fait un membre de l'équipe dont les connaissances et les expériences sont considérées comme autant de données probantes que le sont les preuves scientifiques applicables à sa situation. Il va sans dire que cette nouvelle approche de collaboration interdisciplinaire a bousculé certaines équipes et certains professionnels. Notamment, la création d'une relation d'interdépendance entre les membres de l'équipe demandait de nouvelles capacités de communication et de relation interpersonnelle, où la hiérarchie et l'affirmation de son expertise individuelle étaient reléguées au second rang de la collaboration, du compromis et des priorités du client et de ses proches.

L'utilisation du plan d'intervention interdisciplinaire individualisé s'est rapidement répandue dans les milieux de réadaptation au Québec, puis dans d'autres secteurs d'intervention en santé, avec les adaptations requises par le type de soins offerts et les caractéristiques de la clientèle desservie. De même, aujourd'hui, la loi oblige de nombreux types d'établissements à préparer de tels plans pour les personnes qui bénéficient de leurs soins et de leurs services. Voici quelques articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui témoignent de l'importance du plan d'intervention individualisé au Québec :

«10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. [...]

102. Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° du premier alinéa de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement. [...]

104. Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.»



Tableau 1. Présentation des modèles d'intervention de la multidisciplinarité et de l'interdisciplinarité et de leurs composantes.

Composantes	Modèle	
	Multidisciplinarité	Interdisciplinarité
Définition	« La multidisciplinarité concerne l'étude d'un objet d'une seule et même discipline par plusieurs disciplines à la fois »	« Mise en commun des outils et des savoirs de plusieurs disciplines pour approcher un problème, un thème, ou un objet de recherche »
Mode de fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> • Juxtaposition de disciplines plus ou moins voisines dans les domaines de la connaissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue et échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre des disciplines
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle médical curatif • Définition par discipline des problèmes • Modèle adapté aux maladies non récidivantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle centré sur le client, l'apprentissage et l'autonomisation • Définition collective des problèmes • Modèle adapté aux maladies chroniques ou complexes • Valorise la contribution de chaque discipline
Plan d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Juxtaposition des plans disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des plans disciplinaires en un plan d'équipe
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en commun des objectifs individuels • Travail en parallèle, duplication possible 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration et mise en priorité des problèmes, objectifs et interventions • Collaboration dans le travail, complémentarité des actions
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement basé sur des objectifs intradisciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Synchronisation et hiérarchisation des traitements basées sur les objectifs de l'équipe
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion polarisée avec leader autocratique • Prise de décision par le leader 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion démocratique avec leadership souple • Prise de décision de groupe facilitée par le leader
Rencontres d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres d'équipe basées sur des rapports disciplinaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres d'équipe basées sur la solution de problèmes et l'identification de stratégies d'action
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de communication vertical intradisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de communication horizontal interdisciplinaire

Source: *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne. Perspective canadienne et internationale*, p. 13.

Les années 2000 et 2010 : d'importantes réformes du Code des professions renforçant la collaboration des professionnels du secteur de la santé et des relations humaines

Avant 2002, les professions de la santé se séparaient en deux groupes distincts. Un premier groupe, les professions à champ d'exercice exclusif, comprenaient les professions dont l'exercice des activités définies par une loi particulière était réservé de manière exclusive aux membres de leur ordre d'appartenance, pensons aux médecins, aux infirmières et aux infirmiers, aux dentistes et aux podiatres. L'autre groupe, les professions à titre réservé, n'avaient d'exclusifs que le titre professionnel et les initiales professionnelles. En d'autres termes, quiconque pouvait exercer cette profession pourvu qu'il ne prétendît pas être membre de l'ordre professionnel et porter le titre réservé, par exemple les psychologues et les physiothérapeutes.

La collaboration interprofessionnelle vise l'amélioration de la pratique clinique et l'optimisation de la prestation des soins de santé et des services sociaux, grâce à la coordination des rôles et de l'expertise des différents professionnels.

Source: collaborationinterprofessionnelle.ca

En 2002, une première réforme du *Code des professions* pour les professions du domaine de la santé physique est venue transformer profondément ces deux catégories d'ordre en introduisant dans la loi des activités réservées aux professions à titre réservé. Du même coup, les activités réservées des ordres à exercice exclusif étaient révisées. L'ensemble des professions visées par cette réforme obtenait ainsi un champ d'exercice qui offre une description générale des activités d'une profession et une liste d'activités réservées variables d'une profession à l'autre. Une des caractéristiques importantes de cette réforme est l'octroi d'activités réservées en partage à plusieurs professions. Ce nouveau concept souligne l'importance de la collaboration interprofessionnelle en reconnaissant que diverses expertises peuvent contribuer, selon leurs compétences distinctives, à l'atteinte des objectifs de santé d'une personne (Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, 2001).

Ce même concept fut mis de l'avant pour la réforme du *Code des professions* relative aux professions du domaine de la santé mentale et des relations humaines, survenue en 2012 et de nouveau pour celle des professions du domaine buccodentaire en 2020. L'importance de la collaboration interprofessionnelle se maintient donc à travers le temps et teinte fortement le devenir des professions au Québec.

D'ailleurs, ces réformes successives ont eu pour effet de renforcer le travail collaboratif des ordres du domaine de la santé et

des relations humaines, au bénéfice de la population et de leurs membres. Différentes initiatives ont vu le jour au fil des vingt dernières années, dont la mise en ligne d'un site Web pour informer le public des travaux de collaboration interordre misant sur les pratiques collaboratives (collaborationinterprofessionnelle.ca/). On y trouve différents exemples de documents professionnels pour faciliter le travail collaboratif des professionnels, particulièrement dans l'exercice des activités qui leur sont réservées. D'autres abordent des enjeux liés à l'offre de soins et de services à des populations particulières, par exemple le document *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD*, publié en 2016, auquel a contribué l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

En plus de ces importantes réformes législatives, l'évolution des modèles collaboratifs s'est poursuivie avec un accent particulier sur l'expérience du patient comme élément fondamental non seulement du plan de soins et de traitements individualisés, mais également comme partenaire de la définition des programmes, de l'évaluation de la qualité des soins et de la recherche en santé. Ce modèle du patient-partenaire (le Modèle de Montréal), développé par l'Université de Montréal, a mené à la création du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP)¹ dont la mission est de « Faire de la collaboration avec les patients et le public une science, une culture et un nouveau standard, afin d'améliorer la santé de tous et l'expérience de chacun ».

Les années 2020 : un tournant pour la collaboration interprofessionnelle dans le domaine buccodentaire

L'adoption et l'entrée en vigueur en septembre 2020 de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées* viennent transformer en profondeur les paramètres de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine buccodentaire et de manière plus accentuée en ce qui a trait à la relation professionnelle entre hygiénistes dentaires et dentistes.

En effet, cette loi a mené à l'abrogation du *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires* qui instituait une relation hiérarchique franche entre le dentiste et l'hygiéniste dentaire puisque ce règlement subordonnait cette dernière à l'examen du dentiste et au plan de traitement qu'il définissait. De surcroît, le dentiste devait s'assurer de l'exécution et de la qualité de l'acte posé par l'hygiéniste dentaire. Depuis septembre 2020, ces conditions d'exercice sont obsolètes. Le dentiste et l'hygiéniste dentaire sont maintenant des partenaires de soins jouissant chacun d'une pleine autonomie professionnelle. Bien sûr, certaines des activités réservées aux hygiénistes dentaires nécessitent l'émission d'une ordonnance du dentiste afin de pouvoir être exercées. Cela ne diminue en rien l'autonomie professionnelle de l'hygiéniste dentaire dans l'exercice de ces activités une fois l'ordonnance obtenue.

La récente réforme du *Code des professions* amène donc les professionnels du domaine buccodentaire à exercer leurs professions selon de nouveaux paramètres de collaboration. La synergie des expertises, basée sur une mise en commun des données obtenues par le processus d'évaluation du client propre à chaque profession et, sans jamais l'oublier, les données expérientielles, les préférences et les objectifs du client, transformeront les relations professionnelles hiérarchisées en une approche interdisciplinaire intégrée. Une telle transformation peut prendre plusieurs années avant de s'implanter et de modifier les façons de faire bien ancrées depuis des décennies. Comme nous l'avons vu précédemment, il a fallu plusieurs années de travail et plusieurs phases de transformation pour en arriver au modèle de collaboration interdisciplinaire ayant place dans d'autres secteurs de la santé et des relations humaines.

Les secteurs d'intervention où œuvrent les hygiénistes dentaires sauront certainement trouver le modèle optimal correspondant au type de collaboration requise dans le domaine buccodentaire. Par exemple, on peut s'attendre à des différences significatives des modèles de collaboration interprofessionnelle dans le cas d'une clinique privée de soins de première ligne (p. ex. : la clinique dentaire ou la clinique d'hygiène dentaire), des centres d'hébergement et de soins de longue durée, voire en santé dentaire publique. Les hygiénistes dentaires seront très certainement des moteurs de ce changement puisque leurs compétences relationnelles visant à amener des changements positifs dans les habitudes de vie de leurs clients et la place centrale qu'occupe l'expérience du client dans le « Processus de soins en hygiène dentaire » (Badanjak, 2019) en font un professionnel de choix pour s'impliquer pleinement dans cette transformation.

Cette évolution sera très certainement soutenue par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec afin que ses membres soient bien informés des enjeux professionnels et réglementaires découlant de l'exercice autonome de la profession dans un contexte de collaboration interdisciplinaire. Ce numéro de *L'Explorateur* en est un bon exemple où, en plus de présenter des modèles existants de collaboration, certains enjeux déontologiques sont abordés. Pensons également au colloque offert par l'Ordre en octobre 2021 où le modèle du patient-partenaire sera abordé afin d'inspirer les hygiénistes dentaires à en intégrer les principes à leur pratique et où les enjeux réglementaires et déontologiques de l'autonomie et de la responsabilité professionnelle en ce nouveau contexte de collaboration seront discutés.

Références :

1- Le lecteur peut consulter le site Web du CEPPP au www.cepppp.ca.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne. Perspective canadienne et internationale*, [Fichier PDF], 2010, 23 p., <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2007295>, (consulté le 24 septembre 2021).

BADANJAK, Susan. « Principes fondamentaux du Processus de soins en hygiène dentaire », *L'Explorateur*, vol. 29, no 3, 2019, p. 12-25. Également disponible en ligne : <https://www.flipsnack.com/lexplorateur/magazine-explorateur-ohdq-hiver-2019/full-view.html>

BOULANGER, Y. L., GAUDREAU, C. et J. GAUTHIER. « Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. Approche par Plan interdisciplinaire d'intervention individualisée en réadaptation (P3I). La réponse à des besoins », *Journal de réadaptation médicale*, vol. 20, no 3-4, 2000, p. 89-92.

GRUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES RELATIONS HUMAINES. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, Rapport d'étape*, novembre 2001, 464 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD* [Collaboration de 14 ordres professionnels du domaine de la santé et des relations humaines et du Regroupement provincial des comités des usagers], OIIQ, 2016, 34 p. Également disponible en ligne : <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/wp-content/uploads/2017/01/8472-expertises-prof-besoins-pers-chslc-coll-inter-20170116.pdf>, (consulté le 24 septembre 2021).

QUÉBEC. *Code des professions, chapitre C-26, à jour au 1^{er} juin 2021*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26>, (consulté le 24 septembre 2021).

QUÉBEC. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées, chapitre 15*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2020. Également disponible en ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2020C15F.PDF>, (consulté le 24 septembre 2021).

QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux, chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} juin 2021*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021. Également disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/S-4.2.pdf>, (consulté le 24 septembre 2021).

QUÉBEC. *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires, chapitre D-3, r. 3*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2021. Abrogé le 24 septembre 2020. Également disponible en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/d-3.%20r.%203>, (consulté le 24 septembre 2021).

TREMBLAY, J. et collab. « Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. Approche par Plan interdisciplinaire d'intervention individualisée en réadaptation (P3I). Comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. Les bases du P3I. Interdisciplinarité et travail en équipe. », *Journal de réadaptation médicale*, vol. 20, no 3-4, 2000, p. 95-103.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE : LES SOINS BUCCODENTAIRES EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

– SARA OTTIN, H.D., Coordonnatrice du programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique

LE PROGRAMME DE SOINS BUCCODENTAIRES EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

En janvier 2016, Leucan a publié un mémoire sur les séquelles buccodentaires en oncologie pédiatrique, et en mars 2017 un comité des séquelles fut créé afin de pouvoir soutenir les survivants d'un cancer pédiatrique atteints de séquelles buccodentaires, sachant que la RAMQ ne couvre pas ces soins souvent très complexes. Après deux ans d'efforts soutenus, en avril 2019, le programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique (PSBOP) a vu le jour.

Ce programme relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (Programme québécois de cancérologie) et sa gestion est assurée en partenariat avec le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) [centre coordonnateur]. Quatre centres ont été désignés pour traiter les patients couverts par le programme :

- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ);
- Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (Centre Mère-Enfant Soleil);
- Centre universitaire de santé McGill (Hôpital de Montréal pour Enfants);
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Unité Charles-Bruneau).

Le PSBOP a pour but de réduire les risques de complications dentaires et de prévenir ou limiter les séquelles buccodentaires causées par le cancer ou ses traitements. Tous les patients admissibles à ce programme peuvent bénéficier des soins buccodentaires jugés nécessaires par les spécialistes dentaires, les coûts associés à ces soins étant alors pris en charge par le programme.

Conditions d'admissibilité

Le PSBOP s'adresse à tous les patients nés après le 1^{er} janvier 1990 ayant reçu un diagnostic de cancer pédiatrique avant l'âge de 18 ans et qui présentent au moins l'un des éléments suivants :

- Le besoin d'effectuer des soins dentaires avant de débuter leurs traitements oncologiques afin de ne pas compromettre le succès de ces traitements;
- Le besoin de recevoir des soins dentaires préventifs ou des soins de maintien durant les traitements oncologiques;
- Un risque de développer des séquelles buccodentaires associées au cancer ou aux traitements oncologiques reçus;
- La présence de séquelles buccodentaires associées au cancer ou aux traitements oncologiques reçus. Ces séquelles doivent être directement causées par un cancer ou par un traitement contre le cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, ou autres).

Afin d'avoir accès au programme, le patient doit résider de façon permanente au Québec au sens de la Loi sur les impôts et présenter une carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) valide. Pour être couverts, les services doivent être effectués au Québec et préalablement approuvés par l'un des quatre centres désignés.

Personne-ressource : Sara Ottin

Téléphone : 514 345-2144 ou 1 833 887-7267 (numéro sans frais) | Courriel : oncobucco@ssss.gouv.qc.ca

La clinique de médecine dentaire pédiatrique du CHUSJ

Le CHUSJ est un hôpital pédiatrique reconnu mondialement qui se retrouve dans le palmarès des meilleurs hôpitaux spécialisés au monde. Créé en 1907, il est le plus grand centre mère-enfant au Canada et fait partie des quatre plus importants centres pédiatriques en Amérique du Nord. Le département d'hémo-oncologie du CHUSJ est un centre de référence pour cette région du monde en raison des soins innovateurs et de qualité qu'il donne. Il reçoit et traite plus de 1100 patients atteints de cancer annuellement. Chaque année, 150 enfants et adolescents reçoivent un diagnostic de cancer au CHUSJ.

Le CHUSJ comporte plusieurs cliniques spécialisées, dont la clinique de médecine dentaire pédiatrique qui regroupe les spécialités dentaires suivantes :

- Dentisterie pédiatrique;
- Orthodontie (cliniques de fissures palatines et de malformations craniofaciales);
- Chirurgie maxillo-faciale;
- Endodontie;
- Parodontie;
- Prosthodontie;
- Pathologie buccale.

La clinique de médecine dentaire du CHUSJ traite les patients médicalement compromis âgés de 0 à 18 ans. Au fil du temps, elle a développé une expertise précieuse auprès de cette clientèle particulière constituée des patients atteints d'un cancer, d'un

trouble envahissant du développement, d'un retard de développement global, d'une paralysie cérébrale, d'une fente palatine ou d'une malformation craniofaciale, d'un trouble de l'hémostase...

Les médecins, infirmières, dentistes spécialisés, hygiénistes dentaires, travailleurs sociaux, diététiciens, physiothérapeutes et autres professionnels de la santé travaillent en multidisciplinarité afin d'offrir aux patients atteints de cancers pédiatriques les meilleurs soins possibles. L'équipe dentaire pédiatrique joue un rôle important pour la prévention, la stabilisation et le traitement des maladies buccodentaires. Ce suivi rigoureux débute à la suite de l'annonce du diagnostic et se poursuit des années durant, sachant que les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie peuvent affecter la dentition en développement. (Voir l'encadré « Effets secondaires temporaires et permanents des thérapies oncologiques ».)

Les traitements oncologiques ont le potentiel d'affaiblir le système immunitaire. Comme on le sait, les risques d'infection peuvent augmenter durant ces traitements. Dans le but d'éviter les complications qui pourraient nuire aux traitements oncologiques, un examen dentaire doit être effectué avant le début des soins afin de détecter et traiter (idéalement avant le début de la thérapie oncologique) les problèmes dentaires.



LES EFFETS SECONDAIRES DES THÉRAPIES ONCOLOGIQUES

Effets secondaires *temporaires*

Les effets secondaires temporaires les plus courants sont : mucosites, ulcérations buccales, saignements gingivaux, dysgueusie, candidose buccale, infections au virus de l'herpès simplex, caries dentaires, hypersensibilité dentinaire, trismus et xérostomie.

Effets secondaires *permanents*

Avant l'âge adulte, le cancer et ses traitements associés — chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie pour le retrait d'une lésion cancéreuse au niveau de la tête et du cou — ont le potentiel d'altérer le développement et la croissance buccodentaire. Le type de traitement oncologique ainsi que l'âge des patients au moment des traitements auront un impact sur la présence et l'étendue des séquelles; les effets seront plus marqués si les traitements ont lieu avant l'âge d'environ 9 ans. La radiothérapie dans la région de la tête et du cou est fortement susceptible de causer des séquelles. Parmi celles-ci, on retrouve des dysplasies dentaires, des agénésies dentaires, un retard ou un arrêt de la maturation dentaire, des défauts d'émail, de l'ostéoradionécrose, de l'hypersensibilité dentinaire, un trismus, de la xérostomie, ainsi qu'une altération de la croissance maxillo-faciale.

La xérostomie, temporaire ou permanente, apparaîtra généralement pendant les deux à trois premières semaines de radiothérapie. Au cours des mois suivants, la fin de ces traitements, le niveau de salive peut parfois se rétablir partiellement, mais rarement à son niveau initial. Évidemment, dans le cas d'une ablation d'une ou de plusieurs glandes salivaires, la xérostomie sera permanente. Elle peut aussi être causée par une réaction du greffon contre l'hôte (GVH) ou par la prise de certains médicaments. Certains traitements de chimiothérapie peuvent épaissir la salive et donner une impression de sécheresse buccale.

Le rôle et la contribution de l'hygiéniste dentaire au sein du PSBOP

Depuis sa création en avril 2019, Sara Ottin est responsable de la coordination du Programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique (PSBOP). « Dans un contexte de collaboration interdisciplinaire, le rôle de l'hygiéniste dentaire, dans un centre hospitalier de troisième ligne comme le centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ), est de travailler auprès d'une clientèle pédiatrique particulière. La coordination du PSBOP par une hygiéniste dentaire était tout indiquée: il était en effet primordial que cette responsabilité soit assumée par une personne ayant de solides connaissances dans le domaine buccodentaire de façon à effectuer un lien adéquat entre les divers intervenants, le patient et sa famille. De plus, l'hygiéniste dentaire, par sa formation, est en mesure d'effectuer les visites de suivis (instructions d'hygiène, radiographies, prophylaxie, applications topiques de fluor, détartrage...) et ainsi bâtir un lien unique avec cette clientèle. »

Afin d'assurer un fonctionnement efficace du programme, la coordination comporte un volet *clinique* et un volet *administratif*. Sur le plan administratif, le CHUSJ étant le centre coordonnateur, il est essentiel de communiquer adéquatement et utilement avec tous les intervenants impliqués. C'est pourquoi, outre le volet clinique, l'hygiéniste dentaire se doit d'être une personne-ressource pour les centres hospitaliers et les cliniques dentaires privées impliquées. Tous les dossiers de demandes d'admission concernant les séquelles buccodentaires de nature oncologique doivent être évalués par le centre coordonnateur (CHUSJ). Sara Ottin poursuit: « Je recueille toutes les informations pertinentes (dossier médical, radiographies dentaires avant et après les traitements oncologiques, photos dentaires, dossier dentaire) lors de l'étude du dossier avant d'envoyer la demande au comité des séquelles. Si le cas est approuvé, je fais les démarches pour référer le patient à un dentiste spécialiste de sa région afin de procéder aux soins. »

Je suis fréquemment appelé à aider les professionnels dentaires dans les centres désignés et cliniques privées pour les guider lors de la soumission d'un dossier et les réclamations au PSBOP. Également, à la fin de chaque période financière, je travaille en collaboration avec le département des finances du CHUSJ pour livrer au MSSS une reddition des comptes afin d'assurer le suivi des dépenses.»

Sara Ottin explique le rôle clinique de l'hygiéniste dentaire tout en mettant en perspective la dimension de collaboration professionnelle des tâches : « Je vois la majorité des patients admis au PSBOP, que ce soit pendant ou après les traitements oncologiques. Les infirmières pivots en oncologie nous transmettent les informations relatives au diagnostic, au pronostic, aux formules sanguines et aux suivis du dossier médical. Je profite de leur expertise pour planifier les rendez-vous selon le plan de traitement élaboré par le dentiste (prophylaxie, détartrage, scellement, restauration, extraction) en fonction de l'état de santé du patient qui peut changer à tout moment. S'il n'est pas possible d'effectuer les soins avant le début de la thérapie oncologique, je communique avec l'équipe d'hémo-oncologie pour indiquer les traitements dentaires à prioriser et convenir d'un moment opportun. Par exemple, pour un plan de traitement incluant une prophylaxie, un détartrage, le scellement des premières molaires et l'extraction d'une dent cariée, je priorise l'extraction compte tenu du risque d'infection entraîné par la carie dentaire. De plus, le pronostic oncologique est à considérer dans la planification des traitements. Par exemple, pour un patient en soins palliatifs, l'équipe priorise les traitements dentaires de confort uniquement. Dans tous les cas, je dois m'assurer que chaque patient reçoit les traitements dentaires dont il a besoin, et ce, au bon moment. Je deviens donc l'intermédiaire privilégiée entre le département d'oncologie et mes collègues de la médecine dentaire.»

À la suite d'une greffe de moelle osseuse, certains patients peuvent développer la réaction du greffon contre l'hôte (GVH). « Parmi les cas de GVH que j'ai vu, expose Sara Ottin, une patiente s'est retrouvée avec une limitation de l'ouverture buccale et une perte d'élasticité des tissus compliquant l'accès et donc les traitements dentaires. Après discussion avec la dentiste traitante, j'ai contacté la physiothérapeute pour lui expliquer le cas et explorer les avenues thérapeutiques possibles.»

Les traitements oncologiques sont éprouvants pour les patients et leurs familles, les travailleurs sociaux et les psychologues sont souvent impliqués dans les dossiers pour les soutenir dans cette épreuve. « C'est pourquoi je peux être appelée à communiquer avec ces deux catégories de professionnels si je note une détresse ou un besoin nécessitant une assistance particulière.»

Pour cette clientèle, le rôle principal de l'équipe dentaire pendant les traitements oncologiques est la prévention des infections et la sensibilisation du patient et de sa famille à l'importance d'une bonne hygiène dentaire permettant ainsi de minimiser les effets secondaires des traitements contre le cancer. Ceux-ci peuvent être temporaires ou permanents. Bien souvent, durant la thérapie oncologique, la diète du patient sera modifiée en collaboration avec le/la nutritionniste ou diététicien(ne) car le patient sera bien souvent fatigué, nauséux et pourra présenter des lésions intraorales pouvant compromettre son alimentation. De plus, durant cette période difficile, le patient pourra perdre sa motivation à maintenir une hygiène buccale optimale, ce qui pourrait compromettre sa santé buccodentaire. De ce fait, l'hygiéniste dentaire joue ici un rôle vital auprès de cette clientèle.

Pour conclure

Étant encore jeune, le programme n'est pas très connu des divers professionnels de la santé dentaire. Plusieurs ignorent son existence et des patients pourraient malheureusement être privés des soins auxquels ils ont droit. C'est pourquoi Sara Ottin lance un appel à tous : « J'invite tous mes pairs — et leurs collègues — à faire connaître le PSBOP afin de bien informer de l'aide disponible toutes les personnes qui en ont éventuellement besoin. Les cliniques privées tout comme les milieux hospitaliers peuvent adresser au programme un patient. N'hésitez surtout pas à me contacter si vous avez des questions ou pour soumettre un dossier au comité. Le programme doit être porté par l'ensemble des professionnels de la santé et sa réussite est directement liée à la collaboration entre les divers intervenants. L'interdisciplinarité prend tout son sens lors de la mise en place d'un programme d'une telle envergure.»

Références :

CHU SAINTE-JUSTINE, Centre hospitalier universitaire mère-enfant. *Qui sommes-nous ?*, [En ligne], <https://www.chusj.org/fr/A-propos-de-nous/Qui-sommes-nous>, (Consulté le 28 septembre 2021).

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Programme de soins buccodentaires en oncologie pédiatrique*, [En ligne], <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/cancer/programme-de-soins-buccodentaires-en-oncologie-pediatrique>, (Consulté le 28 septembre 2021).

ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC. *L'hygiéniste dentaire et l'oncologie*, [En ligne], https://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/06/6_4_Oncologie.pdf, (Consulté le 28 septembre 2021).

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. *Service d'hématologie-oncologie*, [En ligne], <https://pediatrie.umontreal.ca/departement/hopitaux-et-reseaux/le-chu-sainte-justine/service-dhematologie-oncologie/>, (Consulté le 28 septembre 2021).

NOUVEAUTÉ!
La première brosse à dents
à jet d'eau au monde est arrivée.

waterpik^{MD}
sonic-fusion^{MD} 2.0

Ça marche parce qu'ils l'utilisent.



(Et parce qu'ils peuvent se brosser les dents et effectuer
un nettoyage interdentaire en même temps.)

La **NOUVELLE** brosse à dents **Sonic-Fusion^{MD} 2.0** de **Waterpik^{MD}** combine les caractéristiques de l'hydropulseur **Waterpik^{MD}** traditionnel et d'une brosse à dents électrique sonique. Éprouvée en clinique, elle est plus efficace que d'autres brosses à dents soniques^{1,*}.

Jusqu'à

50 %

plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives².

Éliminait jusqu'à

99,9 %

du **biofilm** sur les zones traitées³.



**BALAYEZ LE CODE
POUR VOIR LA BROSS
SONIC-FUSION^{MD} 2.0
EN ACTION.**

* Comparativement à la brosse **DiamondClean**.

1. Goyal CR, Lyle DM, Qaqish JG, et al. The addition of a water flosser to power tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis, and plaque. *J Clin Dent.* 2012; 23(2):57-63.
2. Barnes CM, Russell CM, Reinhardt RA, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to toothbrushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *J Clin Dent.* 2005;16(3):71-77.
3. Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent.* 2009;30(n° spécial 1):1-6.



**RECOMMANDEZ-LA
À VOS PATIENTS
COMME MOYEN
SIMPLE D'AVOIR
UN SOURIRE
SAIN**

waterpik^{MD}
**PROGRAMME
AVANTAGES**

© 2021 Water Pik, Inc. Tous droits réservés.



Inscrivez-vous au
programme Avantages
de **Waterpik^{MD}** au
waterpik.ca/inscription.



L'ADC a validé les bienfaits suivants :

- L'hydropulseur **Waterpik^{MD}** éliminait jusqu'à 99,9 % de la plaque sur les zones traitées.
- L'hydropulseur **Waterpik^{MD}** était jusqu'à 50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives.
- L'hydropulseur **Waterpik^{MD}** était jusqu'à deux fois plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives autour des implants.
- L'hydropulseur **Waterpik^{MD}** était jusqu'à trois fois plus efficace que la soie dentaire pour éliminer la plaque autour des broches.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES – ESQUISSE DE MISE EN OEUVRE

– HERMINA HARNAGEA¹,

Reproduction autorisée de « *Interprofessional collaboration in geriatric primary oral healthcare in Québec – Implementation landmarks* », S.F.S.P., Santé Publique, 2018, Vol. 30 numéro 3, p. 383 à 388

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-3-page-383.htm>

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

NOTE AU LECTEUR DE MISE EN ŒUVRE

Veillez noter que depuis la parution de cet article, le Québec a mis en place un programme de soins buccodentaires en CHSLD et une formation spécialisée pour les dentistes et les hygiénistes dentaires qui y travaillent. Toutefois, la problématique demeure entière pour les personnes âgées à domicile et qui vivent dans d'autres types de milieux résidentiels puisque l'accès aux soins buccodentaires pour cette population demeure un enjeu sociosanitaire d'importance. Une collaboration interprofessionnelle accrue pour ces personnes est une des clés d'un meilleur accès aux services.



RÉSUMÉ

Le vieillissement accéléré de la population entraîne une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. Même chez les personnes âgées en bonne santé, les déficits d'autosoins sont liés à la diminution de la mobilité, de l'endurance et à la perte sensorielle. Dans les centres d'hébergement, les résidents dépendent des soignants pour la majorité des activités de la vie quotidienne.

En général, l'offre de service dentaire pour les personnes en perte d'autonomie demeure insuffisante. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation dont l'absence de directives gouvernementales et le manque de formation initiale et continue du personnel autant dentaire que non dentaire.

Issues d'une revue des publications parues entre 1970-2016, quatre stratégies se démarquent :

- Valoriser, soutenir et formaliser la collaboration interprofessionnelle,
- Bâtir une vision commune autour de la santé buccodentaire,
- Développer des compétences professionnelles et relationnelles complémentaires et partagées,
- Redéfinir les rôles et responsabilités des intervenants en soins primaires.

Ces stratégies pourraient être considérées dans le processus de mise en oeuvre d'une offre de services buccodentaires adaptés aux besoins de ce groupe de population.

Mots-clés: Santé buccodentaire ; Relations interprofessionnelles ; Soins de première ligne ; Personnes âgées.

1 - École de santé publique Université de Montréal – Pavillon Marguerite-d'Youville - 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine – H3T 1A8 Montréal – Canada.

INTRODUCTION

Maintenir la santé buccale et fournir des soins buccodentaires à la population âgée demeurent des défis majeurs, surtout pour les personnes en perte d'autonomie. Nombreuses sont les études qui mentionnent les aînés en perte d'autonomie comme groupe de population à risque particulièrement élevé pour les problèmes de santé buccodentaire [1-3]. Une mauvaise santé buccodentaire chez les personnes âgées est systématiquement associée à des taux plus élevés d'incidence des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux et des infections des voies respiratoires [4-8]. Cet article décrit l'urgence d'apporter une plus grande attention à la santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie, à travers une collaboration efficace entre différents groupes de professionnels, en se basant sur les résultats d'une exhaustive étude de portée des articles publiés entre 1970 et 2016 [9]. Les possibilités de collaboration sont multiples et nous avons la conviction que cette collaboration pourrait contribuer à la réduction des disparités de santé buccodentaire chez la population âgée.

CONTEXTE

Dans un mémoire déposé au Ministère de Santé et des Services sociaux [10], l'Ordre des dentistes du Québec *«se veut un **partenaire** tant de la promotion de la santé buccodentaire auprès de **tous les intervenants** que de la **recherche de solutions** en vue de donner à tous accès à un diagnostic établi par un dentiste et à un plan de traitement préventif et curatif»*.

Un mémoire de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec [11] précise que l'ordre *«est conscient que, pour remédier aux problèmes buccodentaires des personnes ou des collectivités les plus vulnérables, tant physiquement que financièrement, l'hygiéniste dentaire **devra travailler en collaboration** avec le **personnel infirmier et les préposés** dans les ressources gouvernementales d'hébergement»*.

Lors d'une consultation ministérielle initiée en 2017, l'Ordre des infirmières considère qu'il est *«**du devoir des infirmières de planifier des activités de prévention de la maladie au chapitre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire afin de maintenir une bonne qualité de vie** et, ainsi, de réduire l'impact des pertes liées au vieillissement et à la perte d'autonomie»*.

Le Collège des médecins du Québec soulignait que *«**le médecin doit se préoccuper de la santé buccodentaire**»*, surtout dans les centres d'accueil et de soins de longue durée. Cet organisme mentionnait aussi que, malgré l'évolution des connaissances médicales, *«aucun ouvrage de référence médical spécifique sur ce type de soins (de longue durée) n'est encore disponible»*. Alors qu'en général, les professions médicales reconnaissent l'importance de la santé buccodentaire dans la santé générale, aucune ne s'implique activement dans la promotion de la santé orale et dans la prévention des maladies buccodentaires pour ce segment de la population. De plus, dans les services de première ligne, nous rencontrons rarement une collaboration active entre les médecins/infirmières et les dentistes ou les hygiénistes dentaires.

POURQUOI UNE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ?

Il est bien connu que les besoins complexes de santé en gériatrie dépassent la capacité de réponse d'une seule profession. De plus, plusieurs facteurs interdépendants liés aux particularités de ce groupe de patients, des prestataires de services et de l'organisation des services contribuent aux défis épineux de fournir des services buccodentaires primaires de qualité à une population âgée.

La perte d'autonomie

À domicile ou en centre d'hébergement, les personnes en perte d'autonomie nécessitent de l'aide pour les soins quotidiens buccodentaires, aide qui, dans les conditions actuelles d'organisation des services, est très limitée. En effet, les études indiquent clairement que la santé buccodentaire des personnes âgées est souvent bien en dessous des normes [12, 13]. Les troubles cognitifs et de comportement découragent les soignants devant l'effort nécessaire pour obtenir des soins d'hygiène adéquats [14]. Par conséquent, des prescriptions des narcotiques, des antibiotiques ou le transfert de la personne à l'urgence composent les avenues envisagées, aux coûts disproportionnés par rapport aux besoins des patients [15].

D'un autre côté, les dentistes refusent souvent de prendre en charge ces patients en raison d'un manque de formation en gériatrie et aussi, en raison d'un manque d'intérêt, les traitements nécessaires sont non seulement des interventions minimales, mais aussi difficilement réalisables [16]. Les hygiénistes dentaires offrent, de manière isolée, des services d'hygiène en centre d'hébergement. Par contre, ce service se retrouve souvent sans utilité clinique, puisque l'hygiène buccodentaire est un soin quotidien; offrir un détartrage une fois par année devient un soin sans pertinence thérapeutique pour ces patients.

Lacunes dans la formation des professionnels

Les programmes actuels de formation des professionnels de la santé (autres que dentistes et hygiénistes) intègrent un contenu très limité sur la santé buccodentaire, clairement insuffisant pour les outiller. Par exemple, les études montrent que la formation initiale ne permet pas aux infirmières de soigner une population vieillissante et aux prises avec des maladies chroniques [17]. De plus, la pratique avancée en gériatrie tarde à s'implanter au Québec. Environ 10 % des infirmières travaillent en CHSLD et, selon un rapport d'experts sur les stages cliniques [18], on constate une grande disparité dans les heures effectuées en gériatrie. En même temps, s'ajoutent des perceptions négatives au sujet des soins buccodentaires chez le personnel non dentaire; on note par exemple, la peur, le dégoût et les croyances que ces soins sont désagréables, lourds, problématiques et même triviaux [19, 20]. Enfin, les perceptions selon lesquelles les soins buccodentaires relèveraient seulement du domaine du dentiste sont courantes et démontrent la nécessité d'une formation et d'un soutien des professionnels [20]. En outre, un sondage canadien montre que près du quart des pédiatres et des médecins de famille affirment n'avoir reçu aucune formation en santé buccodentaire à la faculté de médecine ou en résidence, tandis que 79 % des pédiatres et 89 % des médecins de famille déclarent avoir reçu moins de trois heures de formation dans ce domaine pendant leurs études [21]. Finalement, très peu de dentistes sont formés en gériatrie [22].

Manque de protocoles en santé buccodentaire de première ligne

Il n'est guère surprenant que les écarts de formation à la santé buccodentaire se reflètent dans la pratique en gériatrie quel que soit le domaine et que les soins oraux échouent fréquemment à répondre aux normes établies. De plus, ce n'est qu'en 2014 qu'*Agrément Canada* a développé une norme de santé buccodentaire pour les soins de longue durée, déployée à partir de 2015^[23].

Les plans d'action en santé publique et les recommandations de l'ordre des dentistes insistent sur la prestation régulière de l'hygiène orale et sur la nécessité d'évaluer la santé buccodentaire, mais les pratiques actuelles tombent bien en deçà de ces attentes. Dans les CHSLD du Québec, un bilan de santé complet incluant la santé buccodentaire est absent des exigences de soins.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE – EXPÉRIENCES D'AUTRES PAYS

L'organisation des services buccodentaires primaires relève de chaque pays et les stratégies globales adoptées pour améliorer l'accès à ces services varient selon les valeurs de la société, les systèmes de gouvernance et les politiques existantes. Nous présentons ci-dessous quatre principales stratégies de succès utilisées dans différents pays.

Valoriser, soutenir et formaliser la collaboration interprofessionnelle

Plusieurs associations et ordres professionnels aux États-Unis et au Canada affichent des énoncés de position pour mettre l'accent sur l'importance de la collaboration interprofessionnelle, considérée élément clé pour renforcer la capacité du système de santé et répondre aux besoins de la population^[24-26]. Par ailleurs, aux États-Unis, construire des alliances pour la santé buccodentaire représente un objectif stratégique de plusieurs instances fédérales et provinciales. Ainsi, 80 % des centres de santé *Federally Qualified Health Centers*, qui fournissent des services de santé aux groupes de population vulnérables, offrent également des services dentaires complets ou préventifs^[27]. Ces centres sont régis par des conseils communautaires et reçoivent un budget gouvernemental en vertu de la loi sur les services de santé publique^[27]. Les facteurs qui rendent possible cette offre de services incluent la collaboration formelle entre les universitaires, les équipes traditionnelles de soins dentaires, les intervenants communautaires et les intervenants de soins primaires dans un modèle de soins centré sur le patient, l'identification des *champions* dentaires ou médicaux, la co-localisation des bureaux médicaux et dentaires, l'infrastructure commune d'information et l'allocation de fonds suffisants^[9]. Dans certains des États américains, des ajustements législatifs permettent aux professionnels non dentaires, tels que les médecins généralistes, les pédiatres et les infirmières, de poser des actes de dentisterie préventive après avoir réussi une formation spécifique^[28].

En France, le projet *E-dent*, lancé en 2015, permet la participation des infirmières pour la réalisation des consultations dentaires à distance pour les patients des établissements d'hébergement dédiés aux personnes dépendantes^[29].

Santé buccodentaire – un but commun

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté en 2007 un plan stratégique intitulé : *“Oral health: Action plan for promotion and integrated disease prevention”* basé sur l'approche des facteurs de risque communs pour la santé générale et la santé buccodentaire^[30]. Reconnaisant que l'utilisation du tabac, la consommation excessive d'alcool, le régime alimentaire malsain et la mauvaise hygiène buccodentaire sont des facteurs de risque liés également aux quatre principales maladies chroniques (les cancers, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies respiratoires), l'OMS se positionne en tant qu'instance centrale mondiale active et forte pour la promotion de la santé à travers son programme global de santé buccodentaire. Ainsi, les 193 pays membres de l'OMS s'appuient sur ces lignes directrices pour développer dans les communautés des programmes de promotion ciblant les facteurs de risque communs^[31]. Au Canada et au Québec, ces programmes ciblent en grande majorité les enfants^[32]. Au Brésil, la politique nationale pour la santé buccodentaire relie un plan stratégique spécifique à d'autres politiques de santé publique, y compris la réorganisation des soins primaires, la réorganisation des soins spécialisés, la fluoruration de l'eau et la surveillance de la santé buccodentaire pour soutenir un réseau intégré et durable de services buccodentaires^[33]. Le système de santé brésilien mise sur l'importance des soins primaires centrés sur les patients et leurs familles à travers une stratégie globale (*Family Health Strategy*), qui assure une vision commune partagée par tous les intervenants^[34].

Compétences professionnelles et relationnelles complémentaires et partagées

Le manque de formation des professionnels renforce l'idée que les pathologies de la cavité buccale ont un impact minimal sur le corps^[19, 20]. La sensibilisation à l'importance de la santé buccodentaire devient donc une première étape essentielle. Ainsi, aux États-Unis, le gouvernement a établi les principales compétences globales en santé buccodentaire des intervenants de première ligne et des programmes de formation continue accrédités sont mis en œuvre pour permettre un meilleur accès aux services^[35]. L'identification du contenu essentiel, les connaissances qui en découlent, les stages dans des cliniques dentaires publiques ou privées s'établissent en collaboration avec les professionnels dentaires. En outre, le développement des liens avec les écoles dentaires, les écoles d'hygiène dentaire et les sociétés dentaires locales représentent également une source exploitée pour l'élaboration des programmes de formation interdisciplinaire^[35]. À noter que la formation des dentistes est essentiellement centrée sur les aspects techniques de la profession. La collaboration interprofessionnelle, caractérisée par la confiance, la connectivité et la concertation des activités des membres, favorise une meilleure intégration des dentistes dans les équipes des soins lorsque intégrée aux programmes de formation interdisciplinaire^[36].

Redéfinition des rôles et responsabilités des intervenants en soins primaires

La plupart des programmes de formation sont complètement séparés pour respecter le principe d'autonomie professionnelle. Souvent, dans la prestation des services, les professionnels se sentent menacés par le partage des rôles, nécessaire dans le travail collaboratif^[36, 37]. Par conséquent, la prestation des soins dentaires

est davantage orientée vers des intérêts organisationnels ou privés, que centrée sur les besoins des patients. Si la profession mettait l'accent sur la responsabilité populationnelle des dentistes, la collaboration interprofessionnelle gagnerait plus d'ouverture de la part de ces professionnels. De plus, le *leadership* de la profession dentaire demeure limité à des groupes de pairs et un grand nombre des dentistes affichent des difficultés d'interaction avec les autres professionnels, de compréhension des rôles, des connaissances et des compétences de chacun^[37]. Ainsi, dans les équipes interdisciplinaires, le plein potentiel de chaque personne est difficilement exploitable sur le terrain. Au Royaume-Uni, les équipes locales de première ligne travaillent avec les réseaux locaux dentaires pour promouvoir l'innovation, les meilleures pratiques et pour partager l'expertise en vue d'une meilleure adéquation des services aux besoins de la population^[38]. Le partenariat avec la santé publique dentaire est crucial pour la réalisation de la vision du *National Health Services* à travers le système de santé: offrir des services de qualité et élaborer des stratégies d'amélioration des résultats en matière de santé.

CONCLUSION

Les études confirment les conséquences graves d'une mauvaise santé buccodentaire^[5, 8, 12, 39, 40]. Les maladies buccodentaires sont des maladies chroniques à potentiel endémique chez les personnes âgées. Ces maladies nécessitent une approche globale dans laquelle les relations entre l'ainé, sa communauté, les équipes de soins et le système de santé sont cruciales. Il nous revient alors de traduire dans la pratique en gériatrie les connaissances actuelles, de développer et de promouvoir des stratégies institutionnelles pour rehausser les soins buccodentaires. Omettre ces soins équivaut à la négligence de notre obligation morale envers les personnes âgées. Au-delà des idéologies professionnelles, nous devrions tous être en mesure de reconnaître les valeurs humanistes à la base de toute pratique médicale, quel que soit le domaine. Les frontières des champs d'exercices, introduites à des fins de responsabilité professionnelle et pour la protection du public, ne devraient pas se substituer à la volonté collective de mieux soigner, d'autant plus que ces frontières englobent des zones de chevauchement inhérentes à une prise en charge globale de la personne nécessitant des soins. De plus, la collaboration interprofessionnelle promeut des normes plus élevées des soins buccodentaires pour les patients âgés et permet d'accroître la sensibilisation, l'éducation et la formation des intervenants. La cavité buccale, tout comme d'autres parties du corps, pourrait faire l'objet d'une spécialisation, mais cela n'exclut aucunement la responsabilité déontologique d'évaluation, de dépistage des problématiques à risque, de traitement des maladies de tissus mous, de conseils préventifs et de soins d'hygiène buccale et prothétique, lorsque nécessaire. De la même manière, la responsabilité professionnelle des dentistes n'exclut pas le dépistage des maladies systémiques et l'orientation du patient vers d'autres professionnels au besoin.

Références :

- 1 - Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people - Call for public health action. *Community Dent Health*. 2010;27(Suppl. 2):257-68.
- 2 - Steele J, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti N, Nuttall N, *et al*. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(2):107-14.
- 3 - van der Putten G, de Baat C, De Visschere L, Schols J. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology*. 2014;31:17-24.
- 4 - Taylor GW, Loesch WJ, Terpenning MS. Impact of oral diseases on systemic health in the elderly: diabetes mellitus and aspiration pneumonia. *J Public Health Dent*. 2000;60:313-20.
- 5 - Beck JD, Offenbacher S. Oral health and systemic disease: periodontitis and cardiovascular disease. *J Dent Educ*. 1998;62:859-70.
- 6 - Montebugnoli L, Servidio D, Miaton RA, Prati C, Tricoci P, Melloni C. Poor oral health is associated with coronary heart disease and elevated systemic inflammatory and haemostatic factors. *J Clin Periodontol*. 2004;31:25-9.
- 7 - van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C.

Risk factors for aspiration pneumonia in frail older people: A systematic literature. *Review J Am Med Dir Assoc*. 2011;12:344-54.

- 8 - El-Solh AA. Association between pneumonia and oral care in nursing home residents. *Lung*. 2011;189(3):173-80.
- 9 - Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP, Emami E. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2017;7(9).
- 10 - Ordre des dentistes du Québec. Mémoire de l'ordre des dentistes du Québec sur les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée. 2014.
- 11 - Ordre des hygiénistes du Québec. «L'hygiène dentaire pour tous». Mémoire présenté à la commission de la santé et des services sociaux sur l'autonomie pour tous, Livre Blanc sur la création d'une assurance autonomie. 2013.
- 12 - Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:2124-213.
- 13 - Arpin S, Brodeur JM, Corbeil P. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2008;74.
- 14 - Jablonski R, Munro CL, Grap MJ, Schubert CM, Ligon M, Spigelmyer P. Mouth care in nursing homes: knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants. *Geriatric Nursing*. 2009;30:99-107.
- 15 - Seu K, Hall KK, Moy E. Emergency Department Visits for Dental-Related Conditions. *Statistical Brief #143*: Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2009.
- 16 - Antoun J, Adsett LA, Goldsmith SM, Thomson WM. The oral health of older people: general dental practitioners' beliefs and treatment experience. *Spec Care Dent*. 2008;28:2-7.
- 17 - Jablonski R. Oral Health and Hygiene Content in Nursing Fundamentals Textbooks. *Nurs Res Pract*. 2012.
- 18 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Rapport du comité d'experts sur les stages cliniques. 2009. https://www.oiiq.org/sites/default/files/252_recommandations_stages_cliniques_vf2.pdf
- 19 - Hearn L, Slack-Smith L. Oral health care in residential aged care services: barriers to engaging health-care providers. *Aust J Prim Health*. 2015;21:148-56.
- 20 - Lindqvist L, Seleskog B, Wärth I, von Bültinglöwen I. Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. *Int J Dent Hygiene*. 2013;11:298-305.
- 21 - Prakash P LH, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health*. 2006;11(3):151-7.
- 22 - Ettinger R. The Development of Geriatric Dental Education Programs in Canada: An Update. *J Can Dent Assoc*. 2010;76(a1).
- 23 - Agrément Canada (AC). Normes de soins de longue durée. AC:2015.
- 24 - American Academy of Paediatrics. Preventive Oral Health Intervention for Paediatricians. *Paediatrics*. 2008;122:1387-94.
- 25 - Federal Provincial and Territorial Dental Directors. A Canadian oral health strategy. 2005. <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/Patterson.pdf>. Accessed 30.03.2015.
- 26 - American Academy of Family Physicians. Oral health. American Academy of Family Physicians. 2017. <http://www.aafp.org/patientcare/public-health/oral-health.html>. Accessed 5.03.2017.
- 27 - Langelier M. The integration of oral health with primary care services and the use of innovative oral health workforce in Federally Qualified Health Centers. In: American Association of Medical Colleges Health Workforce Research Conference. Alexandria, Virginia. 2015. <http://www.oralhealthworkforce.org/wp-content/uploads/2017/01/042015a.pdf>. Accessed 15.04.2017.
- 28 - Nolan L, Kamole B, Harvey J, Vaquerano L, Blake S, Chawla S, *et al*. The effects of state dental practice laws allowing alternative models of preventive oral health care delivery to low-income children. Washington, D.C.: Center for Health Services Research and Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University. 2003.
- 29 - Giraudeau N. La télémédecine, outil de coopération : exemple de la télémédecine bucco-dentaire. 2016. <https://vimeo.com/183671385>. Accessed 12.10.2017.
- 30 - Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *Int Dent Journal*. 2008;58:115-21.
- 31 - Petersen PE. WHO report - Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *World Health Organization*. 2003. http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf. Accessed 1.07.2017.
- 32 - Rowan-Legg A. Oral health care for children - a call for action. *Paediatr Child Health*. 2014;18(1):37-43.
- 33 - Pucca G, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res*. 2015;94(10):1333-7.
- 34 - Pucca G, Gomes de Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*. 2010;24(Spec. Iss 1):26-32.
- 35 - U.S. Department of Health and Human Services. Integration of Oral Health and Primary Care Practice. Health Resources and Services Administration. 2014. <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/primarycare/integrationoforalhealth.pdf>. Accessed 3.04.2017.
- 36 - Bruner P, Waite R, Davey MP. Providers' perspectives on collaboration. *Int J Integr Care*. 2011;31:e123.
- 37 - Nowjack-Raymer R. Teamwork in prevention: possibilities and barriers to integrating oral health into general health. *Adv Dent Res*. 1995;9(2):100-5.
- 38 - NHS Commissioning Board. Securing excellence in commissioning NHS dental services. 2013. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/02/commissioning-dental.pdf>. Accessed 13.10.2017.
- 39 - De Visschere LM, Vanobbergen JN. Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology*. 2006;23(3):170-6.
- 40 - Mac Entee M, Thorne S, Kazanjian A. Conflicting priorities: oral health in long-term care. *Special Care Dent*. 1999;19(4).

EXPLORATION DES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES ENTRE HYGIÉNISTES DENTAIRES ET PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES CANADIENNES

– **JANICE C. GRANT**, hyg. dent., BSc, hyg. dent. aut.; Zul Kanji, M. Sc., candidat au doctorat en éducation, hyg. dent. aut.

Reproduction autorisée de «*Exploring Interprofessional Relationships Between Dental Hygienists and Health Professionals in Rural Canadian Communities*». Journal of Dental Hygiene, 2017, vol. 91 no. 4, p.6 à 11 <https://jdh.adha.org/content/91/4/6>

RÉSUMÉ

Objectif: L'accès limité aux soins dentaires peut avoir des conséquences sur la santé buccodentaire et la santé globale de la plupart des Canadiens vivant dans des communautés rurales. Cette revue narrative tertiaire de la documentation publiée explore les effets des relations interprofessionnelles entre les hygiénistes dentaires et les autres professionnels de la santé sur les résidents des communautés rurales du Canada. Les thèmes abordés sont les suivants : l'intégration d'expériences de formation interprofessionnelle aux programmes donnant le droit d'exercer dans le milieu de la santé, la dynamique interprofessionnelle au sein des équipes de soins primaires, les perceptions de la santé dans les communautés rurales, et les obstacles et facteurs favorables aux relations interprofessionnelles.

Conclusion: Les résultats de cette étude suggèrent que le développement de relations interprofessionnelles entre professionnels de la santé est complexe et dynamique. La collaboration interprofessionnelle doit être mise en œuvre pendant la formation pour favoriser la création d'un lien de confiance entre les divers professionnels de la santé et leur permettre de comprendre leurs rôles respectifs dans le milieu de la santé. Les modèles parallèles de prestation de soins de santé, comme la pratique interprofessionnelle en collaboration, peuvent permettre de réduire le coût global des soins de santé et d'améliorer l'accès des Canadiens résidant dans des communautés rurales à une gamme complète de services de soins de santé.

Mots-clés: collaboration interprofessionnelle, formation interprofessionnelle, hygiénistes dentaires, santé buccodentaire, accès aux soins, populations rurales

Cet article porte sur la question prioritaire suivante du National Dental Hygiene Research Agenda (NDHRA) :

Niveau de la population: Accès aux soins (interventions).

Soumis pour publication le 08-03-2016; accepté le 03-30-2017

INTRODUCTION

Pour les quelque 28% de Canadiens qui résident en milieu rural, où le ratio dentiste-personne est 3,5 fois plus faible qu'en milieu urbain, l'accès limité aux soins dentaires a des conséquences sur la santé buccodentaire et peut nuire à la santé et au bien-être généraux^{1,2}. La détermination du caractère rural d'une communauté canadienne repose sur plusieurs critères. Le premier est sa situation géographique: elle se trouve à l'extérieur d'un centre urbain, elle compte moins de 1000 résidents et a une densité de population inférieure à 400 personnes par kilomètre carré³. Autrement dit, les petites populations qui n'ont pas accès à une gamme complète de services et d'infrastructures en raison de leur éloignement et de leur isolement sont dites «rurales»⁴. Le milieu des soins de santé connaît des difficultés de plus en plus complexes, notamment les problèmes économiques, la montée en flèche du coût des soins de santé et l'accès limité aux médecins. Dans ce contexte, les modèles de prestation de soins de santé parallèles, comme la pratique interprofessionnelle en collaboration, peuvent améliorer l'accès à une gamme complète de services de santé. Le résultat est une réduction des inégalités d'accès aux soins entre les résidents des milieux urbains et ruraux^{5,6}. Les relations interprofessionnelles favorisent la collaboration, la communication et le travail d'équipe entre divers professionnels de

la santé dans le but de mettre en œuvre des stratégies exhaustives répondant aux besoins des clients^{6,7}. La collaboration interdisciplinaire accroît par ailleurs la capacité des professionnels à résoudre des problèmes collectivement et à collaborer pour atteindre un objectif commun, ce qui allège le fardeau commun des systèmes de santé aux quatre coins de la planète^{6,7}.

En Occident, les soins de santé sont généralement fondés sur une approche où le corps humain et les entités pathologiques sont compartimentés et où les interventions sont recommandées par des professionnels de la santé ayant reçu une formation bien précise^{8,9}. Cette approche nuit à la collaboration efficace entre professionnels et donne lieu à une compréhension limitée des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins de santé⁸⁻¹⁰. Bowes et ses collaborateurs affirment qu'adopter une stratégie coordonnée et à plusieurs facettes est plus efficace pour atteindre un vaste éventail d'individus que l'approche classique où les soins dentaires sont considérés comme indépendants et distincts de la santé générale¹⁰. Une approche interdisciplinaire fondée sur le partage de l'information et des compétences entre fournisseurs de soins primaires et autres professionnels de la santé améliorera la qualité des soins buccodentaires et généraux offerts aux Canadiens des communautés rurales¹⁰.

Les lacunes de soutien en matière d'acquisition et de maintien des compétences interprofessionnelles en milieu rural sont peut-être attribuables au manque de ressources, aux grandes distances à parcourir et au nombre restreint d'hôpitaux. Étant donné le lien entre la santé buccodentaire et la santé globale, les hygiénistes dentaires sont bien placés pour jouer un rôle central dans la collaboration avec les fournisseurs de soins de santé en intégrant leur perspective aux connaissances de ces derniers tout en explorant le vaste éventail d'interventions possibles au sein des communautés rurales. Une telle collaboration pourrait favoriser la diffusion d'information sur la santé buccodentaire et la sensibilisation à son importance, entre autres auprès des mamans primipares, la consultation en matière d'alimentation, l'organisation de cliniques d'application de fluorure, des programmes de dépistage du cancer buccal, des campagnes de cessation du tabagisme, des services d'orientation et autres services utiles. L'orientation de clients par des hygiénistes dentaires vers d'autres fournisseurs de soins de santé peut faciliter l'intégration des services d'hygiène dentaire à leur plan de soins de santé global¹¹. Il est également intéressant de noter que les clients sont plus satisfaits lorsque la collaboration interprofessionnelle est maximisée¹².

L'objectif de cette revue tertiaire de la documentation publiée est d'évaluer les avantages de la collaboration interprofessionnelle entre les hygiénistes dentaires et les autres fournisseurs de soins de santé dans les communautés rurales du Canada. Nul doute, il faut améliorer l'accès aux soins de santé, y compris les soins dentaires, dans les communautés rurales. À cet égard, les recherches menées suggèrent que la collaboration interprofessionnelle en soins de santé peut avoir un effet positif sur l'accès aux services et les résultats des interventions¹.

MÉTHODOLOGIE

Une revue tertiaire de la documentation publiée a été menée dans les bases de données PubMed, CINAHL, Education Source et Google Scholar. Les articles approuvés par les pairs et publiés entre 1997 et 2015 ont été retenus. Les termes de recherche suivants ont été utilisés : *interprofessional role in Canada, oral care, health care, rural communities, education, limitations of dental hygiene in rural Canada, dental or dental hygiene access and rural communities, dentist, nurse practitioner, registered nurse/midwife, dietitian, occupational therapist, pharmacist, physiotherapist, physician, physician assistant, physician et health professional*. Seize études, y compris des études d'exploration de cas, des études de comparaison de cas, des études à répartition aléatoire contrôlées, des études de cohorte longitudinales et rétrospectives, et des études transversales à méthodologie qualitative, quantitative ou mixte, ont été incluses. Deux revues de la documentation publiée et deux éditoriaux ont également été analysés. Les articles publiés dans une autre langue que l'anglais ont été exclus.

DISCUSSION

Thèmes associés à la collaboration interprofessionnelle

FORMATION INTERPROFESSIONNELLE DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DONNANT LE DROIT D'EXERCER DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ

La formation interprofessionnelle (FIP) dans les établissements postsecondaires est de plus en plus valorisée, car elle peut favoriser la collaboration, la communication et le travail d'équipe nécessaires à l'élaboration d'un plan de soins complet répondant aux besoins en soins buccodentaires et généraux des clients^{7, 12-15}. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la FIP comme l'apprentissage des étudiants sur les autres disciplines de leur domaine par contact avec des étudiants d'autres programmes

pour permettre une collaboration efficace et améliorer l'état de santé de la population⁶. De plus en plus de données probantes permettent de conclure aux avantages de la FIP dans le cadre des programmes donnant le droit d'exercer dans le milieu de la santé¹⁶. Les établissements d'enseignement postsecondaire se sont engagés à former des professionnels de la santé capables de travailler en collaboration au sein d'une équipe de soins de santé intégrée, mais de nombreux programmes d'enseignement continuent d'offrir des formations en vase clos^{16, 17}. Le principe sous-jacent de la FIP est que si les professionnels de la santé apprennent ensemble, ils seront mieux préparés à travailler ensemble pour améliorer l'état de santé de la population^{16, 17}.

Les organisations et les organismes d'agrément sont nombreux à militer pour la FIP. La Commission de l'agrément dentaire du Canada affirme que des occasions de collaboration interprofessionnelle doivent être offertes aux étudiants de tous les programmes d'hygiène dentaire¹⁸. Le Conseil canadien de la santé recommande également que chaque programme universitaire en santé offre des occasions de FIP pour tenir compte de la vision de la pratique collaborative interprofessionnelle au sein des équipes et des organisations de soins de santé²⁰. Les recherches menées sur le sujet révèlent que les expériences de FIP permettent aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires pour collaborer et être prêts à exercer leur profession dès leur entrée dans le milieu et tout au long de leur évolution dans le système⁶.

Dans un document intitulé *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* (2010), l'OMS proclame un manque à gagner d'environ quatre millions de travailleurs de la santé à l'échelle mondiale et appelle à la formation d'un plus grand nombre de personnes grâce à l'adoption d'approches pédagogiques novatrices dans les pays développés¹⁹. L'OMS reconnaît la nécessité de renforcer les systèmes de soins de santé du monde en favorisant l'amélioration rapide des approches pédagogiques fondées sur la collaboration interprofessionnelle¹⁹. En outre, elle reconnaît que la collaboration interprofessionnelle est l'une des solutions les plus prometteuses pour transformer le milieu de sorte que le personnel soit plus flexible et mieux outillé pour optimiser les ressources limitées et améliorer l'accès aux soins¹⁹. En 2008, l'OMS a effectué une analyse du contexte mondial des programmes de formation en santé afin d'évaluer les pratiques des établissements en matière de FIP¹⁹. L'analyse a porté sur 396 établissements de 42 pays¹⁹. Les résultats ont révélé que la FIP existe dans de nombreux pays et qu'elle couvre diverses disciplines des sciences de la santé et des services à la personne¹⁹. Les professionnels de la santé buccodentaire brillaient toutefois par leur absence des résultats de l'analyse^{16, 19}.

Peu de recherches ont été menées sur la FIP et l'hygiène dentaire. Dernièrement, Navickis et Mathieson ont toutefois mené une enquête nationale visant à évaluer les perceptions des étudiants en hygiène dentaire sur la collaboration interprofessionnelle dans l'ensemble des programmes de formation connexes à l'hygiène dentaire aux États-Unis¹⁷. Les résultats de cette enquête ont révélé que les étudiants en hygiène dentaire voyaient d'un bon œil la FIP et la pratique collaborative, et que la participation à la FIP pourrait permettre de mieux préparer les hygiénistes dentaires à fournir des soins de qualité aux patients¹⁷. Aucune étude semblable n'a été menée pour évaluer les perceptions et les résultats de la FIP chez les étudiants des programmes d'hygiène dentaire au Canada. Kanji et ses collaborateurs ont cependant publié un modèle de FIP utilisé dans le cadre du programme d'hygiène dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique et conclu que d'autres recherches visant à évaluer les habitudes de pratique collaborative et leurs résultats s'imposent¹⁶.

Rosenfield et ses collaborateurs ont constaté que les étudiants en début de programme de formation professionnelle en santé estimaient que la FIP avait de la valeur et était justifiée dans le cadre de leur formation professionnelle¹³. Selon les recherches réalisées, la FIP devrait être offerte à de petits groupes au moyen d'autres méthodes que les cours magistraux tout au long des programmes de premier cycle et être intégrée à tous les programmes d'études existants^{13, 14}. En outre, la FIP aide à comprendre les professionnels de la santé, multiplie les points de vue et les perspectives, permet aux participants de remettre leurs idées en question et de prendre conscience des particularités de leur discipline, favorise l'approche holistique aux soins et la diffusion d'information sur les ressources sociales, et encourage la communication, les discussions de groupe et le partage¹². Cette étude contient de l'information qui permet aux professeurs d'améliorer la conception et la mise en œuvre des initiatives de FIP et favorise leur viabilité¹²⁻¹⁵.

DYNAMIQUE INTERPROFESSIONNELLE AU SEIN DES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES ET EN HYGIÈNE DENTAIRE

La dynamique interprofessionnelle au sein des équipes de soins primaires est associée aux rôles attribués aux divers membres des équipes interprofessionnelles, car les professionnels de la santé négligent souvent la valeur du travail d'équipe^{6, 15, 19, 21}. La collaboration interprofessionnelle se produit lorsque les membres d'une équipe interprofessionnelle, qui ont chacun des compétences uniques, travaillent ensemble pour résoudre des problèmes, fournir des services et offrir des résultats optimaux aux clients et leur famille^{15, 19, 21, 22}. MacNaughton et ses collaborateurs ont examiné les divers types de limites qui circonscrivent les rôles ainsi que les diverses influences sur la construction des rôles et leurs effets sur les professionnels et les clients⁹. Les résultats de leur recherche suggèrent que des stratégies concrètes et des protocoles précis sont nécessaires, l'absence de structure officielle étant citée comme principale raison de l'inefficacité et du roulement important du personnel^{15, 19, 21}. Quatre attributs distincts facilitent la collaboration entre les professionnels de la santé : *l'accessibilité* — être présent et prêt à aider un coéquipier ; *la confiance* — croire que l'autre agira dans l'intérêt supérieur du client ; *la valeur* — accordée à l'expérience, aux compétences, aux connaissances et à la perspective de chacun ; le *leadership* — un leader fort crée et soutient la vision commune de l'organisation, motive les membres de l'équipe à viser un rendement élevé et fournit des exemples concrets de comportements à adopter au sein de l'équipe¹⁹. Les résultats révèlent également que l'autonomie peut être un élément important du fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle. Permettre aux membres de l'équipe d'être autonomes peut améliorer les interactions collaboratives et alléger la charge de travail des équipes¹⁵. Lorsque des professionnels de la santé collaborent, l'approche interprofessionnelle aux soins donne de meilleurs résultats, notamment l'amélioration de la prise en charge du client et la réduction globale du coût des soins¹⁹. La collaboration interprofessionnelle efficace favorise donc l'obtention de bons résultats pour le client et peut être avantageuse pour le système de santé¹⁹.

L'hypothèse selon laquelle les professionnels de la santé buccodentaire pourraient être des collaborateurs interdisciplinaires importants dans la prestation des services de santé publique a été confirmée dans le Cadre pancanadien pour la planification des ressources humaines en santé publique de 2005, dans lequel les hygiénistes dentaires figuraient parmi les douze fournisseurs réglementés avec les infirmières de la santé publique, les médecins microbiologistes, les orthophonistes

et les nutritionnistes²³. Le Cadre a été créé pour faciliter l'amélioration des partenariats entre le gouvernement et les intervenants. Il souligne que grâce à la planification concertée, l'ensemble des régions sanitaires du Canada aura accès à des professionnels compétents pour répondre aux besoins de santé publique tout en réduisant les disparités en matière de santé et les inégalités sociales²³. L'hygiène dentaire a été reconnue comme l'une des professions qui pourraient apporter une contribution importante à la réalisation de cette vision²³.

PERCEPTION DE LA SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS RURALES

Des facteurs contextuels, comme le sous-financement des services publics et la répartition inégale des services de santé, peuvent contribuer à la perception négative de la santé dans les communautés rurales¹. Les personnes vivant en milieu rural ont souvent une image positive de la vie dans leur milieu et ne considèrent pas la ruralité comme un obstacle à leur santé buccodentaire. Les recherches menées sur le sujet révèlent toutefois que la culture rurale est en fait un obstacle à la santé^{1, 6}. Le transport, ou plutôt l'absence de transport, est l'un des principaux obstacles à l'accès aux soins buccodentaires, en particulier pour les personnes âgées et celles qui ont un handicap physique¹. Les résidents des communautés rurales affirment qu'ils disposent de moins de ressources et que le temps d'attente est plus long qu'en ville. Ils estiment également qu'ils sont isolés des professionnels dentaires¹. Le manque d'accès à l'information et le nombre limité de programmes de formation axés sur la santé buccodentaire contribuent également à cette lacune¹. Cette recherche met l'accent sur la nécessité de mieux informer sur la santé buccodentaire dans les communautés rurales et souligne l'importance d'adopter des approches proactives, collaboratives et multidimensionnelles dans les communautés et des approches interprofessionnelles aux soins de santé¹. Les maladies buccodentaires, les lacunes en soins dentaires et le faible recours aux soins dentaires sont plus fréquents dans les populations dont l'accès aux services est compromis par leur situation géographique²⁴. Selon les recherches, la collaboration entre les hygiénistes dentaires et le personnel infirmier de santé publique dans les communautés rurales peut générer une diminution modérée du nombre moyen de dents cariées, manquantes, obturées et traitées en plus d'améliorer la prévention des maladies dans les populations mal desservies^{24, 25}. Ensemble, les membres des deux professions peuvent offrir des séances de consultation collaboratives sur le développement de l'enfant, des séances d'information à domicile, des suppléments de fluorure, des démonstrations de brossage de dents et des ateliers sur l'allaitement et l'alimentation saine pour les dents. Toutes ces stratégies se sont révélées efficaces chez les mamans primipares et leurs nourrissons^{24, 25}.

OBSTACLES ET FACTEURS FAVORABLES AUX RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Les facteurs professionnels qui entravent la collaboration interprofessionnelle comprennent la charge de travail et les contraintes de temps²². Plus précisément, les limites liées à la main-d'œuvre, le manque de valorisation de l'équipe ou d'autres professionnels de la santé, et l'absence ou la fragmentation des services peuvent entraver la réussite de la collaboration interprofessionnelle²². Comme le soulignent Parker et ses collaborateurs, les professionnels de la santé qui travaillent en milieu rural sont susceptibles de fournir une gamme plus étendue de services, de travailler plus d'heures, de ne pas avoir de suppléance adéquate, d'avoir un accès restreint à l'expertise de spécialistes et d'avoir un accès limité aux réseaux de soutien professionnel, comparativement à leurs collègues qui exercent en milieu urbain²². Parmi

les autres obstacles à surmonter, mentionnons l'accès limité au perfectionnement professionnel, le manque de supervision et de soutien par les pairs, et les occasions restreintes de collaboration interprofessionnelle⁴. La qualité de la collaboration interprofessionnelle laisse à désirer lorsque les professionnels ne connaissent pas ou ne comprennent pas les rôles de leurs collègues et lorsqu'ils ne tiennent pas compte des autres membres de l'équipe ou ne communiquent pas efficacement avec eux^{6, 13, 22}. Par conséquent, il faut définir les rôles et les responsabilités et créer un environnement sûr qui favorisera la communication ouverte^{6, 13, 22}. La hiérarchie conceptuelle entre les professions doit être déconstruite, et les connaissances de tous les professionnels doivent être valorisées et prises en compte⁶. La reconnaissance de la valeur de chaque profession souligne l'importance de comprendre les rôles et les responsabilités professionnels de chaque intervenant^{6, 7, 13}. Pour que les membres d'une équipe interprofessionnelle puissent fournir des soins adéquats en toute sécurité, ils doivent avoir acquis les connaissances nécessaires sur le champ d'exercice de leurs collaborateurs grâce à la FIP^{6, 7, 13}.

Pour diverses raisons, les services de santé ruraux ont de la difficulté à recruter et à retenir un nombre suffisant de professionnels de la santé, mais cette difficulté est surtout attribuable à l'isolement²². La collaboration entre professionnels facilite la rétention des travailleurs de la santé dans les communautés rurales, car elle favorise le sentiment d'appartenance à la communauté et la synergie au sein de l'équipe^{1, 22}. Ce nécessaire sentiment d'appartenance témoigne de l'importance d'adopter une vision commune pour bien collaborer^{1, 4, 22}.

Enfin, le manque de financement accordé au soutien des relations interprofessionnelles dans les communautés rurales réduit considérablement le nombre d'initiatives de santé publique qui sont lancées, et sans ces initiatives, la création d'activités interprofessionnelles est impossible^{4, 22}. Augmenter le financement permettrait la création d'un plus grand nombre de modèles de soins durables axés sur des approches interdisciplinaires, d'augmenter le nombre de postes en santé publique, et de fournir du matériel médical et des ressources didactiques aux professionnels de la santé²⁶.

LACUNES DES DONNÉES ISSUES DE LA RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS

Le milieu des soins de santé commence à reconnaître les avantages de la collaboration interprofessionnelle pour la santé globale des clients, mais aussi pour ce qui est d'atteindre les communautés rurales et à réduire le coût des soins de santé⁴. D'autres études devront être menées pour déterminer si les suggestions fournies pour améliorer les relations interprofessionnelles, en commençant par les modèles de formation (séances en petits groupes, réduction du recours aux cours magistraux, intégration de la FIP à tous les programmes de premier cycle), améliorent effectivement les connaissances des étudiants sur la collaboration interprofessionnelle et la valeur qu'ils accordent à ce type de travail^{13, 14}. Les données dont on dispose soulignent la nécessité d'approfondir la recherche sur l'intégration de la FIP aux programmes d'études en abandonnant l'évaluation des interventions en classe au profit de celle du lien entre la FIP et les changements d'habitudes collectives dans le milieu de la santé^{13, 14, 27}. Malgré le soutien accordé à la FIP à l'échelle internationale, on n'a que très peu de données sur son efficacité tirées d'études systématiques²⁸. Bref, on ne sait toujours pas si la pratique de la collaboration interprofessionnelle est plus courante chez les diplômés des programmes auxquels la FIP a été intégrée. Un rapport publié en 2015 par l'Institute of Medicine contenait des

recommandations visant l'étude de la FIP. Le rapport soulignait entre autres la nécessité d'accorder des ressources pour la réalisation d'une série d'études dont la méthodologie serait adéquate pour établir le lien entre la FIP et la pratique de la collaboration interprofessionnelle²⁹. Une attention particulière doit par ailleurs être portée à l'apprentissage informel (formation continue en dehors du contexte d'apprentissage standard) afin de créer des stratégies novatrices et des conditions propices à son intégration aux milieux de travail¹².

Peu d'études ont été menées sur la santé buccodentaire des populations rurales au Canada¹. Selon Squillace, la collecte systématique de données auprès des hygiénistes dentaires dans les établissements de santé publique fournirait des données probantes susceptibles d'influer sur les politiques publiques en matière de santé buccodentaire et de favoriser le financement et la poursuite de la recherche²⁴. Ces données comprendraient la fréquence des consultations de professionnel des soins dentaires, le recours subséquent aux services de prévention et de restauration, et l'âge des clients qui consultent²⁴.

Les recherches menées pourraient porter sur l'élaboration de modèles durables de relations interprofessionnelles en milieu rural et sur les mécanismes qui favorisent la réussite des relations interprofessionnelles dans les communautés rurales, y compris les stratégies prévoyant la participation des professionnels dentaires²². Bien que des recherches aient été effectuées sur les relations interprofessionnelles au sein de la profession dentaire, les recherches récentes n'ont pas exploré les résultats de l'intégration des professionnels dentaires aux autres communautés de professionnels de la santé ni les facteurs contributifs à l'amélioration des soins de santé grâce à l'expertise des professionnels de la santé buccodentaire. Mieux comprendre les obstacles et les solutions possibles aux relations entre les professionnels de la santé buccodentaire et ceux des autres domaines de la santé est essentiel pour démontrer les effets des relations interprofessionnelles entre les hygiénistes dentaires et les autres professionnels de la santé sur les communautés rurales canadiennes et les communautés rurales en général.

CONCLUSION

La collaboration interprofessionnelle nécessite un changement de culture, de la confiance et du respect. Elle nécessite également l'échange d'information et la communication entre les professionnels des divers domaines²². Le développement de relations interprofessionnelles repose sur une dynamique complexe et doit donc être amorcé pendant les études grâce à la FIP pour favoriser la création d'un lien de confiance et la compréhension des rôles respectifs des divers intervenants^{7, 13}. Les modèles parallèles de prestation de soins de santé, comme la pratique interprofessionnelle en collaboration, peuvent améliorer l'accès des communautés rurales à la gamme complète de services de santé buccodentaire et de soins de santé, et donc réduire les inégalités d'accès aux soins entre les résidents des milieux urbains et ruraux^{1, 5}. Les recherches menées sur le sujet révèlent que la collaboration entre les hygiénistes dentaires et le personnel infirmier de la santé publique améliore la santé globale et favorise la prévention des maladies dans les populations mal desservies^{24, 25}. Les partenariats de collaboration interprofessionnelle pourraient améliorer l'accès de l'ensemble des régions sanitaires du Canada à des professionnels de la santé publique compétents pour répondre aux besoins de la population tout en réduisant les disparités en matière de santé et les inégalités sociales²³. L'hygiène dentaire a été reconnue comme l'une des professions qui pourraient apporter une contribution importante à la réalisation de cette vision²³⁻²⁵. D'autres recherches devront

toutefois être effectuées pour cerner les stratégies efficaces de prestation des soins de santé buccodentaire aux communautés mal desservies et tenir compte du lien complexe entre la collaboration et l'autonomie afin de mieux comprendre ce que sous-entend la collaboration interprofessionnelle pour les professionnels et les clients^{1,15}.

Janice C. Grant, *hyg. dent., BDS* et *hyg. dent. aut.*, est diplômée du programme d'hygiène dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique; Zul Kanji, *M.Sc.*, candidat au doctorat en éducation, *hyg. dent. aut.*, est le directeur du programme d'hygiène dentaire de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver (C.-B.), au Canada.

Autrice désignée : Janice C. Grant, *hyg. dent., BDS* et *hyg. dent. aut.*; janice.grant@alumni.ubc.ca



Références :

- 1 - Emami E, Wootton J, Galarneau C, *et al.* « Oral health and access to dental care: A qualitative exploration in rural Quebec », *Can J of Rural Med.*, printemps 2014;19(2):63-70.
- 2 - Base de données sur la population urbaine et rurale [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada: gouvernement du Canada. 2011 [cité le 23 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/101/cst01/demo62a-eng.htm>
- 3 - Base de données, données et définitions [Internet]. Ottawa (ON) : Statistique Canada: gouvernement du Canada. 2015 [cité le 5 juin 2016]. Disponible sur : <http://www.statcan.gc.ca/pub/21-006-x/2008008/section/s2-eng.htm>
- 4 - Paliadelis PS, Parmenter G, Parker V, *et al.* « The challenges confronting clinicians in rural acute care settings: a participatory research project », *Rural Remote Health*, le 29 juin 2012; 12(2):2017-30.
- 5 - Worster A, Sardo A, Sarco A, *et al.* « Understanding the role of nurse practitioners in Canada », *Can J of Rural Med.*, printemps 2005; 10(2):89-94.
- 6 - Organisation mondiale de la Santé. « Interprofessional collaborative practice in primary health care: Nursing and midwifery perspectives », *Human Resources for Health Observer*, septembre 2013; 13:1-24.
- 7 - Vanderbilt A, Isringhausen K, Bonwell P. « Interprofessional education: the inclusion of dental hygiene in health care within the United States - a call to action », *Adv Med Educ Pract.*, le 29 octobre 2013; 4:227-29.
- 8 - MacNaughton K, Chreim S, Bourgeault IL. « Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study », *BMC Health Serv Res.*, le 24 novembre 2013; 13(1):486-99.
- 9 - Costa D, Barg F, Asch D, *et al.* « Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study », *Res Nurs Health.* le 3 juillet 2014; 37(4):326-35.
- 10 - Bowes D, McConnell H, Van der Horst M. « Case report: interprofessional collaboration – a nursing-dental hygiene experience », *Can J Dent Hyg.*, septembre 2010; 44(5):217-20.
- 11 - College of Dental Hygienists of British Columbia. Referrals by dental hygienists [Internet]. Victoria (C.-B.) : College of Dental Hygienists of British Columbia; 2005-2013 [cité le 28 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.cdahbc.com/PracticeResources/Interpretation-Guidelines/Referralsby-Dental-Hygienists.aspx>
- 12 - Maeno, T., Takayashiki, A., Tokie, A., *et al.* « Japanese students' perception of their learning from an interprofessional education program: a qualitative study », *Int of Med Edu.*, le 1er janvier 2013; 4(1):9-17.
- 13 - Rosenfield D, Oandasan I, Reeves S. « Perceptions versus reality: a qualitative study of students' expectations and experiences of interprofessional education », *Med Educ.*, le 12 avril 2011; 45(5):471-77.
- 14 - Olson R, Klupp N, Astell-Burt TE. « Reimagining health professional socialization: an interactions study or interprofessional education », *Health Sociology Rev.*, le 6 septembre 2016; 25(1):92-107.
- 15 - Wilbur K, Kelly I. « Interprofessional impressions among nursing and pharmacy students: a qualitative study to inform interprofessional education initiatives », *BMC Med Edu.*, le 19 mars 2015; 15(1):53-60.
- 16 - Kanji Z, Lin D, Krekowski C. « Interprofessional education and collaborative practice », *Can J Dent Hyg.*, février 2017; 51(1):42-8.
- 17 - Navickis MA, Mathieson K. « U.S. dental hygiene students' perceptions of interprofessional collaboration », *J Dent Educ.*, le 1er septembre 2016; 80(9):1041-8.
- 18 - Commission de l'agrément dentaire du Canada. Exigences d'agrément pour les programmes d'hygiène dentaire [Internet]. Ottawa (ON) : Commission de l'agrément dentaire du Canada; 2001-2015 [cité le 10 décembre 2016]. Disponible sur : https://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Exigences_dagr%C3%A9ment/Hygi%C3%A8ne_dentaire/
- 19 - Organisation mondiale de la Santé. « Framework for action on interprofessional education and collaborative practice », *Health Prof Networks, Nurs Midwife Human Res Health.* 2010;12-17.
- 20 - Conseil canadien de la santé. « Primary health care: a background paper to accompany health care renewal in Canada, accelerating change », [Internet]. Toronto (ON) : Conseil canadien de la santé; 2005 [cité le 29 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.44-BkgrdPrimaryCareENG.pdf>
- 21 - Zwarenstein, M., Reeves, S., Russell, A., *et al.* « Structuring communication relationships for interprofessional teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial », *Trials*, le 18 septembre 2007; 8(1):23-37.
- 22 - Parker V, McNeil K, Higgins I, *et al.* « How health professionals conceive and construct interprofessional practice in rural settings: a qualitative study », *BMC Health Serv Res.*, le 1er décembre 2013; 13(1):500-11.
- 23 - Groupe de travail conjoint sur les ressources humaines en santé publique. Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^{ème} siècle [Internet]. Ottawa (ON) : gouvernement du Canada; 2005 [cité le 29 mai 2016]. Disponible sur : https://publications.gc.ca/collections/collection_2008/phac-aspc/HP5-12-2005F.pdf
- 24 - Squillace J. « Study of a rural practice dental hygienist in a public health setting: analysis of an administrative dataset », *J of Health Care Poor Underserved*, mai 2012;23(2):739-51.
- 25 - Harrison R, White L. « A community-based approach to infant and child health promotion in British Columbia first nations communities », *Can J of Comm Dent.*, mai 1997;12(1):7-14.
- 26 - Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. « Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships », *J of Interprof Care*, mai 2013; 27(3):210-3.
- 27 - Costanza ME. « Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes », *J Interprof Educ Pract.*, le 1er juin 2015; 1(2):34-5.
- 28 - Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. « A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs », *Nurse Educ Today*, février 2013; 33(2):90-102.
- 29 - Cox M, Cuff P, Brandt B, *et al.* « Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes », *J Interprof Care*, février 2016; 30(1):1-3.





RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE ET COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

- JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées est entrée en vigueur le 24 septembre 2020. Depuis cette date, la loi a suscité son lot de questions auprès des hygiénistes dentaires, notamment en lien avec la responsabilité professionnelle. Il n'est pas rare d'entendre: «Maintenant que nous sommes professionnellement autonomes, nous sommes responsables.» Attention! La responsabilité professionnelle s'accroît certes avec davantage d'autonomie, mais elle a toujours existé, bien avant la loi modifiant le Code des professions adopté en septembre 2020. Par exemple, même en étant employé d'une clinique dentaire, l'hygiéniste dentaire exerce en collaboration avec d'autres professionnels et sa responsabilité professionnelle demeure pleinement engagée. Nous y reviendrons.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE - CIVILE OU DISCIPLINAIRE

De manière générale, la responsabilité professionnelle de l'hygiéniste dentaire ne peut être engagée devant les tribunaux civils que s'il ou elle a commis une faute, si le client a subi un dommage et s'il y a un lien de causalité entre la faute et le dommage. Ces trois éléments doivent être prouvés par le client devant les tribunaux pour que son recours en dommage soit accueilli. Afin de protéger le public et de s'assurer qu'il puisse être indemnisé en cas de condamnation, l'hygiéniste dentaire doit détenir un contrat d'assurance responsabilité professionnelle contre la responsabilité qu'il ou elle peut encourir en raison des fautes commises dans l'exercice de sa profession¹.

En parallèle, la même conduite, si elle déroge aux normes déontologiques de la profession d'hygiéniste dentaire, peut également entraîner la responsabilité disciplinaire du professionnel. Celle-ci peut être engagée même si le client n'a pas subi de dommage. C'est alors le Conseil de discipline de l'Ordre qui doit trancher la question si une plainte est déposée par le syndic au terme d'une enquête préalablement effectuée.

UNE RESPONSABILITÉ QUI SUBSISTE...

Une question qui est revenue régulièrement de la part des hygiénistes dentaires à la suite de l'adoption de la Loi concerne effectivement la responsabilité professionnelle maintenant que l'expression «sous la supervision du dentiste» a été abrogée. Certainement, l'hygiéniste dentaire qui a choisi de démarrer sa propre clinique d'hygiène dentaire est maintenant seul(e) responsable des soins qu'il ou elle donne au client. Mais il serait faux de croire que les hygiénistes dentaires qui ont choisi de continuer d'exercer en multidisciplinarité avec les dentistes sont libérés de cette responsabilité. Bien au contraire, elle subsiste et l'hygiéniste dentaire ne peut tenter de la limiter².

AGIR DE MANIÈRE RESPONSABLE

Comment un professionnel agit-il de façon responsable? Tout professionnel est régi par le *Code des professions* et un ensemble de règlements encadrant rigoureusement l'exercice de sa profession dont un Code de déontologie. Un professionnel doit agir en conformité avec ces dispositions visant à assurer la protection du public afin de minimiser les risques d'engager sa responsabilité professionnelle.

Par ailleurs, l'hygiéniste dentaire ne peut limiter sa responsabilité professionnelle sous prétexte qu'il ou elle exerce pour le compte d'un autre professionnel. Qu'est-ce cela veut dire? Chaque professionnel est pleinement responsable des activités qu'il exerce. Au surplus, l'hygiéniste dentaire, selon l'article 22 du Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (ci-après appelé «Code de déontologie»), doit ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait l'influencer dans l'exécution de ses activités professionnelles et porter ainsi préjudice à son client. L'hygiéniste dentaire doit faire preuve d'indépendance professionnelle³.

L'hygiéniste dentaire est responsable de procéder à l'évaluation de son client, de définir son plan de soins et de traitement et de le mettre en œuvre. Il ou elle doit maintenir son indépendance professionnelle en tout temps lors de ce processus puisqu'il ou elle en est imputable du début à la fin, et ce, même après avoir terminé le suivi du client, car les effets positifs comme négatifs peuvent surgir à long terme. Par ailleurs, l'hygiéniste dentaire doit éviter toute influence d'un tiers qui altérerait son jugement professionnel lors de ce processus. Le travail de collaboration interprofessionnelle permet d'optimiser les soins et les traitements offerts au client, car la convergence des expertises est supérieure au travail en silo. Toutefois, l'hygiéniste dentaire doit demeurer le maître d'œuvre de son processus de soins et éviter l'ingérence de tiers dans ce processus. Bien entendu, une discussion constructive, appuyée sur des données probantes, permet d'enrichir et d'optimiser son évaluation, ses soins et ses traitements. De là l'importance d'une bonne collaboration interdisciplinaire basée sur le respect de l'autre, l'ouverture et le dialogue.

PRUDENCE AVEC LES TIERS...

La responsabilité professionnelle de l'hygiéniste dentaire peut être aussi engagée pour des actes commis par des tiers pour le compte de cet hygiéniste dentaire. En effet, l'hygiéniste dentaire demeure imputable dans certains cas, même si ce n'est pas lui ou elle qui a commis la faute ou l'infraction. À titre d'exemple, on peut se référer à une série de décisions disciplinaires⁴ rendues en bloc par le Conseil de discipline de l'Ordre des dentistes du Québec (le Conseil) à l'égard de 28 de leurs membres, qui ont été reconnus coupables d'infractions en matière de publicité. En effet, ces derniers exerçaient au sein

d'un regroupement de centres dentaires et l'entreprise avait préparé des publicités qui allaient à l'encontre des dispositions du Code de déontologie des dentistes qui réglementent la publicité.

Dans ce dossier, les dentistes ont présenté comme défense qu'ils n'étaient pas responsables de la campagne publicitaire et qu'ils n'ont pas participé à la création des messages publicitaires et n'en ont pas autorisé la diffusion. Ils ont de plus mentionné lors de l'enquête disciplinaire qu'ils ont été avertis de l'existence de ces publicités qu'une fois que ces dernières eurent été publiées. Le Conseil de discipline n'a pas accepté ces éléments comme étant disculpant.

Comme les publicités annonçaient des services dispensés par les dentistes en cause, pour le Conseil, ils ont participé, de par leur travail, au service annoncé et ils ne peuvent donc se soustraire aux obligations déontologiques qui leur incombent et se servir du modèle d'affaires de l'entreprise pour s'y soustraire :

[36] « À partir du moment où le poursuivant, comme dans le présent cas, a fait la preuve que la publicité du dentiste ne rencontrait pas l'une ou l'autre des obligations imposées par cette disposition, la faute était prouvée. La seule défense possible était celle de la diligence raisonnable. Or, les intimés ont plaidé que la publicité faite pour la clinique où ils exerçaient leur profession n'était pas de leur responsabilité, ce que le Conseil n'a pas accepté comme élément de disculpation⁴. Ils n'ont pas allégué non plus une défense de diligence. »

[50] « Cependant, la preuve a démontré que les intimés, loin de reconnaître leur tort et démontrer leur volonté sincère de corriger leur conduite, ont persisté à prétendre qu'ils n'avaient rien à voir avec la campagne de publicité. Pourtant, [l'entreprise] offrait, dans la publicité, des services dentaires dispensés par les intimés. Ils ont donc participé, par leur travail, à la dispensation des services annoncés. Ils ne peuvent se soustraire à leurs obligations déontologiques en utilisant un modèle d'affaires. Ils doivent s'assurer que le Code de déontologie des dentistes soit respecté dans les lieux où ils exercent leur profession. »

(Nous soulignons)

Ce qu'il faut retenir c'est qu'afin d'éviter d'engager sa responsabilité professionnelle, l'hygiéniste dentaire doit toujours agir de manière professionnelle en suivant scrupuleusement les règles encadrant l'exercice de sa profession. En cas de doute, pourquoi ne pas en glisser un mot au Bureau du syndic de l'Ordre ou encore consulter un conseiller juridique.

Références :

- 1- Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ, chapitre C-26, r. 136.1
- 2- L'article 20 du Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec indique en effet : « L'hygiéniste dentaire doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile personnelle. Il lui est donc interdit d'insérer dans un contrat de services professionnels une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité. », Code de déontologie des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ, chapitre C-26, r. 140, article 20.
- 3- Code de déontologie des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ, chapitre C-26, r. 140, article 23.
- 4- Dentistes (Ordre professionnel des) c Mercier, 2014. CanLII 19356 (QC ODG).





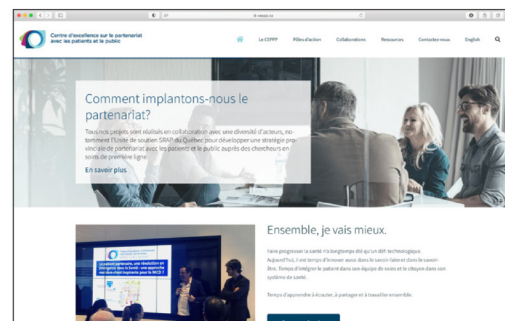
RESSOURCES WEB

- **MYRIAM BAPTISTE**, adjointe à la présidence et aux communications

1. Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politique de la santé

<https://www.chairesante.ca/>

La Chaire de recherche du Canada sur la culture collaborative en droit et politique de la santé fournit un tremplin pour communiquer des idées, provoquer des débats et susciter des collaborations inédites. La Chaire propose un environnement stimulant pour la formation des étudiants et chercheurs postdoctoraux en droit et politiques de la santé et réunit des intervenants du milieu universitaire, professionnel, gouvernemental, corporatif et des institutions de la société civile interpellés par le défi de la collaboration.



2. Collaboration interprofessionnelle

<https://collaborationinterprofessionnelle.ca/>

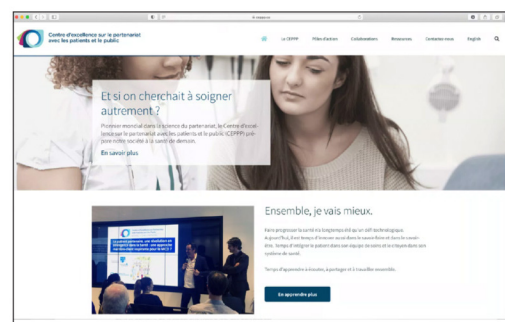
La collaboration interprofessionnelle est un site dont la conception fait l'objet de 28 ordres professionnels de la santé dans le but, d'une part, de favoriser une meilleure connaissance du rôle et des expertises de chaque professionnel concerné et, d'autre part, de multiplier les collaborations interprofessionnelles, tant dans les équipes de soins qu'entre les ordres impliqués. Elle est également une référence pour les administrateurs du réseau de la santé et pour la population québécoise, de sorte qu'ils puissent mieux situer la valeur et les avantages de la collaboration interprofessionnelle dans une perspective de rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins.



3. Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public

<https://ceppp.ca/>

La mission première du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public est d'établir la collaboration avec les patients et le public pour aboutir à l'améliorer la santé de tous et l'expérience de chacun. Sur le site du centre, vous trouverez toutes les ressources en lien avec l'engagement et le partenariat dans le domaine de la santé. Une mise à jour des données est faite régulièrement vous avez aussi la possibilité de faire des propositions sur le thème du partenariat en santé.





Faire partie d'un groupe a ses avantages

Gérez vos assurances en ligne avec La Personnelle



En tant que **membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, vous pouvez consulter et imprimer vos documents d'assurance, ajouter un conducteur, acheter votre assurance auto et plus encore – tout cela en ligne ou via l'application La Personnelle 24 h sur 24 grâce à nos **Services en ligne**.



**Tarifs de groupe exclusifs
auto et habitation**



**Prime d'assurance auto
davantage personnalisée
grâce à Ajusto^{MD}**



Protections personnalisées

Faites-en l'expérience par vous-même!

**Obtenez une soumission en ligne
dès maintenant.**

lapersonnelle.com/ohdq

1 888 476-8737



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, limitations et exclusions peuvent s'appliquer.

Ajusto est souscrit auprès de La Personnelle. ^{MD} Ajusto est une marque déposée de Desjardins Assurances générales inc., employée sous licence.

Le rabais et la personnalisation de la prime ne s'appliquent pas à certains avenants et garanties supplémentaires.



POUR UN MODÈLE DE SOINS CENTRÉ SUR LES BESOINS DE LA PERSONNE: CAMILLE SORIA-POIRIER, H.D., OU LES BIENFAITS DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

- GILLES VILASCO, réd. a.

Après avoir enseigné la philosophie (Université d'Abidjan, 1978-1991; Cégep de Chicoutimi, 1993), Gilles Vilasco a donné des cours en rédaction professionnelle (Université Laval [2003] et Université de Montréal [2008-2019]: *Démarche de rédaction*; *L'édition informatisée*; *Rédaction et communications publiques*; *Rédaction de rapports techniques*). Rédacteur agréé et réviseur professionnel, il fournit à ses clients des services couvrant l'ensemble des étapes du processus de production écrite. Il a notamment rédigé une série d'articles pour le *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec* (2006; 2007) et, depuis 2018, collabore à la version renouvelée de *L'Explorateur*. Gilles Vilasco est le lauréat 2018 du Prix d'excellence Tom-Fairley décerné par Réviseurs Canada.



La *collaboration interprofessionnelle* signifie essentiellement une approche clinique où l'expertise professionnelle de l'hygiéniste dentaire, quels que soient son lieu d'exercice et son domaine de pratique, se renforce de l'expertise d'autres professionnels grâce à l'échange de compétences et de connaissances. Une coordination des rôles et de l'expertise permettent à cet idéal de prendre vie, assurant ainsi l'amélioration de la pratique clinique et

l'optimisation de la prestation des soins de santé et des services sociaux. Idéal universel, la collaboration interprofessionnelle prend un relief tout particulier dans l'environnement de la Baie-James où l'organisation du réseau de santé doit couvrir non seulement un vaste territoire, mais encore neuf communautés autochtones cries.

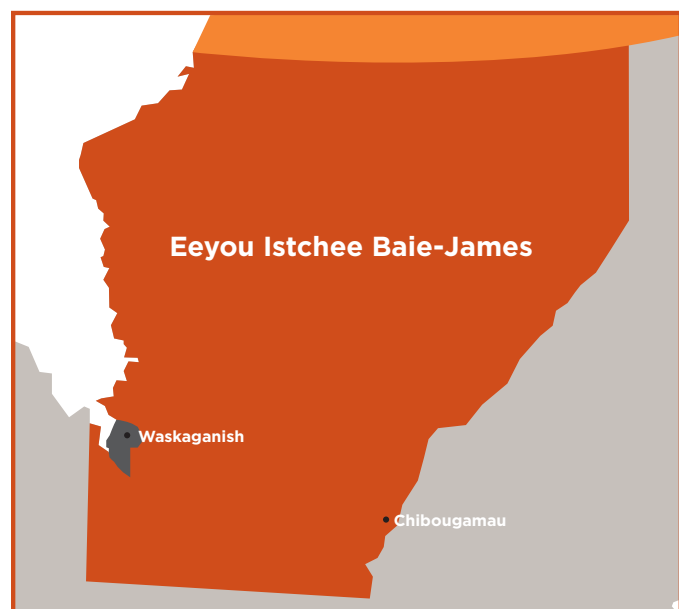
Camille Soria-Poirier témoigne avec un enthousiasme débordant de son amour du Nord-du-Québec et de son début de carrière professionnelle comme hygiéniste dentaire: «C'est dans une belle communauté crie appelée Waskaganish — qui signifie "Petite maison" — que j'ai découvert ce qui me passionnait.» Si on le lui avait prédit, elle en aurait été bien étonnée: ses grands-parents maternels (lui d'origine espagnole et elle d'origine italienne) se sont en effet installés à Cantley, en Outaouais, dans leur jeune vingtaine.

Après avoir terminé ses études secondaires, Camille s'inscrit au Cégep de l'Outaouais (Campus Gabrielle-Roy), où elle choisit une option lui permettant de mûrir son cheminement scolaire et professionnel (Tremplin DEC), car plusieurs domaines l'attiraient, dont la profession de vétérinaire. Finalement, son intérêt se fixe sur le programme de Techniques d'hygiène dentaire.

En dernière année, au moment de choisir un lieu de stage en santé communautaire, son attention est attirée par une occasion de lever le voile sur la communauté crie à Oujé-Bougoumou, proche de Chibougamau. Bien sûr, ayant l'habitude de vivre à la campagne (et adorant cela), Camille n'a pas été dépaysée de se retrouver en milieu naturel nordique. Ce contact avec une culture et un monde de valeurs insoupçonnés a impressionné Camille et l'a

profondément touché, provoquant en elle comme une révélation accompagnée du désir d'approfondir cette expérience pour mieux connaître le peuple Crie et sa culture. C'est pourquoi, dès l'obtention de son diplôme en juin 2018, avec l'aide de son superviseur de stage — Évelyne Lefebvre —, elle propose ses services au Conseil Crie de la Santé et Services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ). En attendant une réponse, comme ses pairs, Camille acquiert de l'expérience en exerçant son métier pendant quelques mois en cabinet dentaire, à Gatineau. Le 30 novembre, elle apprend que sa candidature a été acceptée et prépare son déménagement à Waskaganish, communauté de 2326 habitants² et qui fêtait alors son 350^e anniversaire — premier lieu historique de la traite des fourrures, installé au cœur de la forêt boréale.

Carte du territoire Eeyou Istchee Baie-James



Eeyou Istchee

Le Grand Nord et particulièrement le Nord-du-Québec a toujours frappé l'imaginaire artistique ou littéraire. Si les expressions de «villages nordiques», «territoires non organisés», «territoire équivalent» ou bien encore «terre réservée inuite» ou «terre réservée crie» — expressions utilisées par l'organisation municipale — sont moins poétiques, elles rappellent toutefois qu'indépendamment des aléas de l'histoire, cette Terre est occupée par des humains. C'est ce que signifie éloquentement le nom de ce territoire: «Eeyou Istchee» qui veut dire, en langue algonquienne crie, «la terre du peuple»³, sur laquelle s'exerce l'autorité du Gouvernement régional d'Eeyou Istchee Baie-James⁴.

En partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le Conseil Cri de la Santé et Services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ) assure la gestion et l'organisation des services de santé et des services sociaux dans les neuf communautés des terres cries⁵ de la Baie-James (région sociosanitaire 18). Pour fournir les meilleurs services possibles aux populations desservies sur le territoire de cette région sanitaire, l'organisation considère la vision du monde⁶, les valeurs, les savoirs, les réalités culturelles et les pratiques sociales des communautés Crie comme autant de clés de développement. C'est pourquoi le CCSSSBJ est organisé en cinq services: la Gouvernance⁷; le Service Nishiyuu Miyupimaatisiin, qui «s'assure que les services du CCSSSBJ tiennent compte des connaissances et des valeurs crie»⁸; le Service Miyupimaatisiin, dont la mission est de «supervise[r] les neuf centres Miyupimaatisiin communautaires (CMC) qui offrent des services de première ligne et le Centre hospitalier régional de Chisasibi»⁹; le Service Pimuhteheu, qui «contribue à renforcer [les] services grâce à sa planification rigoureuse, et [qui] s'efforce de bâtir des communautés en santé par l'intermédiaire de partenariats»¹⁰; les services administratifs dont la vocation est de soutenir les fonctions essentielles de l'organisation¹¹.

Ce modèle de soins repose également sur trois grands ensembles d'âges: les «**Services Awash 0-9 ans**», pour améliorer le bien-être des femmes enceintes, des nourrissons et des jeunes enfants (de la naissance à 9 ans), ainsi que de leur famille, grâce à une approche de services intégrés et culturellement sûrs.» Les «**Services Ushiniichisuu 10-29 ans**», pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes en fournissant des services dans les communautés, les cliniques et les écoles, et en répondant aux besoins de développement lors de la transition vers l'âge adulte.» Les «**Services Chishaayiyuu 30 ans+**», pour améliorer la santé et le bien-être des adultes de plus de 30 ans en proposant des services appropriés dans les communautés [...]»¹², les centres communautaires (CMC) et les centres de jour multiservices (MDSC)¹³.

Le rôle des CMC est semblable à celui des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) des régions sociosanitaires au Québec, soit d'offrir aux populations des neuf communautés d'Eeyou Istchee des services de première ligne; ainsi le Centre Miyupimaatisiin communautaire de Waskaganish, l'une des neuf communautés, «offr[e] des services de médecine générale, des soins à domicile, des soins dentaires, ainsi que des services sociaux et paramédicaux.»

Programme des services de santé non assurés crie

«Les personnes qui sont des bénéficiaires inscrits de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et qui vivent dans l'Eeyou Istchee ont accès à des prestations médicales supplémentaires non couvertes par le Régime d'assurance maladie du Québec. Ces prestations «non assurées» peuvent être obtenues par le biais du Programme des services de santé non assurés des Crie (SSNA).» Parmi les prestations et les services couverts figurent les soins dentaires et l'orthodontie¹⁴. Plus précisément, «Les professionnels de la santé dentaire, notamment les dentistes, les hygiénistes et les spécialistes dentaires, s'occupent des besoins en matière de santé buccodentaire, par exemple le détartrage et le polissage des dents, l'obturation des caries, l'extraction des dents, la préparation de prothèses dentaires, la réalisation de traitements de canal, la pose de couronnes et les soins orthodontiques. [...] Si vous êtes inscrit à titre de bénéficiaire actif de la CBJNQ, vous pouvez recevoir gratuitement des soins dentaires et des examens dentaires réguliers. Des services d'urgence sont également offerts aux non-bénéficiaires moyennant des frais. [...] Les services dentaires réguliers sont offerts par la clinique dentaire de votre CMC local, tandis que les services dentaires spécialisés sont offerts à Chisasibi, à Mistissini et à l'extérieur du territoire. [...] Les services dentaires spécialisés offerts couvrent les domaines classiques suivants: chirurgie maxillo-faciale; endodontie; prosthodontie; orthodontie; prothèses dentaires¹⁵.»

Source : CCSSSBJ, Services dentaires, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/services/dental-services>, (Consulté le 13 septembre 2021).

SOINS CLINIQUES ET INTERVENTION EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Camille occupe un poste d'hygiéniste dentaire au Centre Miyupimaatisiin communautaire (CMC) de Waskaganish avec cette particularité que son temps de travail se divise en deux grandes moitiés: d'une part, une intervention réservée aux soins cliniques; d'autre part, une intervention en santé communautaire au sein de trois programmes touchant la santé maternelle et infantile — c'est le programme Awash —, les garderies et les écoles. En fait, explique Camille, «Une hygiéniste dentaire travaillant

exclusivement en santé communautaire peut également exercer quelques heures en pratique privée, à cette différence que mon travail clinique se fait au CMC, dans le cadre de mon emploi, et non en cabinet privé.» De fait, au CMC de Waskaganish, il n'y a qu'un seul dentiste qui est très sollicité par les soins à fournir à la population, notamment en urgence. Nous collaborons tout de même sur certains dossiers de patients. Au cabinet dentaire, deux assistantes dentaires complètent l'équipe. Camille ajoute: «Nous collaborons tout de même sur certains dossiers de patients.» Le CMC de Waskaganish offre également les services d'une denturologiste — ce qui n'est pas le cas de tous les CMC¹⁶.

LA PRATIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE À WASKAGANISH

Aperçu d'ensemble du programme Â Mashkûpimâtsît Awash

«Le programme Â Mashkûpimâtsît Awash vise à améliorer la santé des familles et à renforcer les qualités et les compétences parentales de manière respectueuse et bienveillante. Il comprend une équipe de professionnels et de paraprofessionnels qui travaillent en collaboration pour aider les parents à améliorer leurs conditions de vie. Il vise également à bâtir des communautés adaptées aux enfants, ce qui nécessite de reconnaître les causes profondes des difficultés actuelles, de fournir des services culturellement sécuritaires et appropriés, et ancrés dans la culture, les valeurs et la langue crie, et d'aider les familles à surmonter les effets des traumatismes historiques.

Comment fonctionne-t-il ?

Dès le début de votre grossesse, ou chaque fois que vous ou votre partenaire en ressentez le besoin, un intervenant en soutien familial, ou tout autre professionnel avec lequel l'intervenant travaille, vous accueillera au CMC ou vous rendra visite à une heure et dans un lieu convenus d'un commun accord.

Cette visite vous donnera l'occasion d'exprimer vos besoins et le type de soutien que vous aimeriez recevoir. L'intervenant sera ensuite disponible pour vous rencontrer au sujet de tous vos autres besoins parentaux, que ce soit pour obtenir des renseignements concrets sur la grossesse ou le bilan de santé du bébé ou d'un membre de la famille, ou pour exprimer vos préoccupations.

L'intervenant peut également vous aider, vous et votre famille, à trouver et à visiter une ressource communautaire qui peut vous aider à trouver des solutions à un problème que vous avez, qu'il s'agisse de logement, de budget ou de la participation à des rencontres prénatales ou à des groupes de parents.

Combien de temps dure-t-il ?

Les familles peuvent participer au programme Â Mashkûpimâtsît Awash de la grossesse jusqu'à ce que leurs enfants aient neuf ans.»

Source: site internet du CCSSBJ

LE PROGRAMME DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU CMC

L'intervention de l'hygiéniste dentaire en santé communautaire ressemble bien sûr à la pratique exercée dans le cadre du programme préventif de santé dentaire publique aux enfants des écoles des autres régions sociosanitaires du Québec. Toutefois, à ces activités usuelles bien connues s'ajoutent les interventions en garderie et dans le cadre du programme Awash. Car la prise en charge des besoins dans la communauté est réalisée par «Des conseils individuels [...] fournis dans le cadre du Programme de Santé maternelle et infantile [du] CMC local» et aussi dans le cadre du programme Â Mashkûpimâtsît Awash pour atteindre, outre la clientèle habituelle des enfants des écoles, de nouvelles cibles constituées des parents de jeunes enfants et futurs parents ainsi que des enfants fréquentant une garderie.

Lorsque les jeunes enfants sont vus au CMC pour des suivis médicaux ou pour un rendez-vous en fonction du calendrier de vaccination, l'infirmière sollicite Camille. «J'ai alors l'occasion de rencontrer les parents et leur bébé ou leur jeune enfant. L'objectif est essentiellement d'informer les parents pour promouvoir la santé buccodentaire de leur enfant et leur transmettre les gestes techniques appropriés. Lorsque la rencontre est planifiée, l'infirmière me fait parvenir la veille une liste qui me permet de vérifier si j'ai déjà rencontré l'enfant lors de mon passage à la garderie ou à l'école. Je peux alors projeter le temps à consacrer à la rencontre selon la nature des besoins que je suis en mesure d'anticiper afin d'adapter l'horaire des rendez-vous de la journée (prévention pour une femme enceinte ou une femme ayant accouché accompagnant son enfant par exemple). Dans le cas d'une visite prénatale d'une femme enceinte, j'insiste sur l'importance d'avoir une évaluation de la condition dentaire parce que certains examens diagnostiques ou traitements curatifs ont des restrictions tout dépendamment

du trimestre. Lorsque c'est la première fois que je rencontre les enfants, ce cadre me permet de le faire en présence d'un ou des parents et je peux ainsi leur transmettre les instructions d'hygiène en fonction de l'âge et de l'évolution de la croissance du bébé ou du jeune enfant (comment regarder dans la bouche de son bébé; comment brosser les dents d'un bébé).»

Chaque semaine Camille consacre deux demi-journées aux suivis des enfants de 0 à 4 ans. C'est donc dans ce programme que le rôle de l'hygiéniste dentaire débute auprès des bébés. Camille explique: «J'ai un premier contact avec le nourrisson dès ses six premiers mois de vie à l'occasion d'un suivi avec l'infirmière ou le médecin. J'explique aux parents l'importance du nettoyage des gencives, des breuvages à éviter dans le biberon, des conséquences du biberon au lit, du brosseage dentaire et certains concepts de transmissions des germes. Quand la première dent apparaît, j'effectue une évaluation, instructions d'hygiène et l'application de vernis fluoré. Avec le parent présent au rendez-vous, j'aime faire la technique de "genou à genou" pour m'y prendre. Ainsi, il pourra reproduire cette technique à la maison si cela lui convient. Toujours pendant ce rendez-vous, je remets aux parents un petit sac de départ incluant : dépliants informatifs, brosse à dents en silicone, débarbouillette pour les gencives, brosse à dents pour bébé de 0 à 2 ans, ainsi qu'un tube de dentifrice pour enfant. Cette séance dure environ 10 min; c'est durant ce premier contact que j'invite les parents à prendre rendez-vous au cabinet dentaire pour faire une première visite (à l'âge de 1 an). Si je suis absente, la collaboration interprofessionnelle amorcée avec l'infirmière se poursuit avec les membres de l'équipe Awash qui s'occupent de remettre les sacs de départ que j'ai préparé. Parfois les médecins se plaisent à assister aux rencontres pour s'imprégner de l'explication des mesures d'hygiène buccodentaire que je communique aux parents. Également, même si c'est plus rare, il m'arrive d'avoir à m'entretenir avec Joanie Flibotte, ma collègue nutritionniste, à propos d'un cas particulier.»

LES PROGRAMMES DE SUIVIS INDIVIDUELS À L'ÉCOLE ET À LA GARDERIE

Camille visite également quatre fois par année l'école de Waskaganish afin d'y effectuer des évaluations sommaires en bouche et l'application de fluorure, pour tous les enfants et non pas seulement les enfants identifiés préalablement dans un contexte de dépistage préventif comme le prévoit le programme québécois. Elle se rend également quatre fois par an dans les deux garderies pour effectuer la même tâche pour tous les jeunes enfants aussitôt qu'ils ont une première dent. « Je vois donc beaucoup d'enfants qui sont âgés de 6 à 8 mois. » La collaboration interprofessionnelle prend cependant toute son importance dans le cadre de projets particuliers organisés conjointement qui permettent des activités d'éducation et de prévention.

Semaine de l'allaitement

Camille explique: « Au CMC, dans le cadre du programme Awash, l'infirmière m'appelle et je me rends dans sa salle pour exercer mon métier, mais elle n'intervient pas. Par contre, dans le cadre des initiatives conjointes, je vais travailler beaucoup plus en collaboration avec l'équipe Awash. J'ai eu ainsi le privilège de me joindre à cette équipe lors de sa visite en garderie pour la Semaine de l'allaitement qui se tient en novembre. Composée d'infirmières, cette équipe prépare la présentation des contenus, chaque professionnelle assurant l'exposé de la partie des activités qui lui est propre et réservée, dans une approche de complémentarité des actions. J'ai pour ma part, je présente un diaporama (un "PowerPoint") portant sur les bienfaits de l'allaitement et le développement musculo-facial. J'ai aussi évoqué la carie du biberon et le nettoyage des gencives et des dents. Ensuite, à partir du matériel de collimage (*scrapbooking*) préparé par l'équipe, les participantes ont créé leur propre petit livret personnalisé pour bien fixer leurs apprentissages de la journée: l'allaitement, l'alimentation pour bébé et l'hygiène dentaire. Les participantes repartent ainsi avec un beau souvenir de la séance. Travailler en collaboration avec ces différents professionnels nous permet non seulement d'enrichir nos connaissances, mais aussi de nous sentir appuyés et encouragés dans le contexte d'une telle initiative. Chacun d'entre nous apporte quelque chose d'unique à l'équipe. Cela rend les activités dynamiques et intéressantes puisqu'ensemble nous touchons à plusieurs sujets qui sont reliés aux besoins de la population. C'est une partie de mon travail que je suis très heureuse de faire. »



Activité de scrapbooking lors de la semaine de l'allaitement

Formation « Apishtiawaash College »

Il existe à l'intention des garderies un programme financé par Santé Canada qui se nomme le « Apishtiawaash College » – « Apishtiawaash » signifie « bébé » en langue cri. Ce programme est mis en place localement par le personnel de la garderie: l'éducatrice crie chargée des visites à domicile (*Home visit educator*), la travailleuse sociale crie s'occupant de la famille (*Family worker*) et la directrice de la garderie qui s'assure du bon déroulement des activités.

En dépit de son nom, ce programme est destiné aux parents; si l'esprit de la langue crie se concentre sur les bébés, l'on pourrait sans beaucoup se tromper traduire en français son intention par « collège des parents ». Ce programme a en effet pour objectif d'informer, de sensibiliser et de former les parents; il pourrait être comparé aux cours prénataux auxquels les parents peuvent s'inscrire dans le Sud en payant. Il comporte plusieurs volets, mais, précise Camille, « Je vais surtout vous parler du volet auquel j'ai eu la chance de participer deux années de suite, le programme "Head Start", que je trouve *génial*! Nous sommes invités, ma collègue nutritionniste et moi, à présenter des exposés destinés aux parents pour les aider dans plusieurs domaines. D'autres professionnels peuvent également être invités (infirmière en santé maternelle et infantile; occasionnellement physiothérapeute, nutritionniste, psychoéducatrice, travailleuse sociale et éducatrice crie – pour le volet des traditions). En collaboration avec la nutritionniste et la conseillère en santé communautaire crie, j'ai ainsi préparé une formation sur le thème du Bien-être; cette formation est présentée à la garderie, les parents ayant leur bébé ou leur jeune enfant avec eux. »

Pendant cette formation, une présentation imagée et interactive est utilisée et, après chaque étape, les parents sont invités à réaliser une activité de compréhension. Camille enchaîne: « Pendant cette séance de formation, la nutritionniste et la représentante en santé communautaire exposent les bienfaits de l'alimentation traditionnelle et présentent la quantité de sucre des boissons sucrées. Pour ma part, j'ai ciblé la carie de la petite enfance et l'alimentation des jeunes enfants. Et l'activité que j'ai choisie pour fixer les contenus exposés portait sur le nettoyage des gencives et le brossage dentaire de leur jeune enfant; j'ai d'abord fait une démonstration avec la collaboration d'un petit garçon âgé de deux ans, fils d'une conseillère en santé communautaire du CMC; ensuite c'est au tour des parents de pratiquer le brossage et le nettoyage avec leur enfant; pour les bébés, je distribuais des débarbouillettes; pour les jeunes enfants, je donnais des brosses à dents; à cette étape, je fais le tour des groupes familiaux en vérifiant s'ils ont besoin d'aide. L'ensemble du groupe sous ma supervision, avec l'aide de la nutritionniste à qui j'ai appris ces gestes, met en pratique les apprentissages et les gestes; cela ne reste pas une formation abstraite. Je trouve que c'est une très bonne façon d'apprendre en ayant la possibilité de pratiquer. Au final, je pense que c'est un beau travail d'équipe! » Camille marque une légère pause et poursuit: « Ce qui est *génial*, c'est que les sujets sont reliés: la nutritionniste et l'hygiéniste ont beaucoup de choses en commun, la nutrition et l'alimentation se relient très bien. De plus, les deux personnes autochtones peuvent traduire et préciser dans leur langue les termes anglais qui peuvent être difficiles à comprendre pour certains parents. »



Présentation au Apishtiwaash College

Visites en garderies

Camille explique : « Dans la communauté de Waskaganish, il y a deux garderies accueillant chacune environ 70 enfants. Quand je fais une visite en garderie, l'une des deux assistantes dentaires (car il y a deux assistantes dentaires au CMC) m'accompagne dans mes visites en garderie ou dans les écoles; elle m'aide à préparer la salle, nettoyer les tables et dans mes tâches. Je reçois un ou deux enfants en même temps pour l'évaluation de la condition buccodentaire et l'application de fluor.»

En garderie, le brossage quotidien des dents est institué et effectué sous la supervision des éducatrices. « Lors de ma visite, enchaîne-t-elle, les éducatrices de chaque groupe vont m'aider pour le brossage quotidien : je fournis les brosses à dents (tous les trois mois environ), qui sont identifiées avec le nom de chaque enfant et rangées sur un support pour en faciliter l'usage; je fournis aussi le dentifrice. C'est un travail en collaboration ou en équipe puisque ce sont les éducatrices qui ont au quotidien la responsabilité de l'effectuer. La visite se termine par une lettre explicative aux parents. Mais il faut savoir que dans le cadre de ce programme, les parents signent une autorisation à l'entrée de leur enfant en garderie.»

Conformément aux attentes du programme mis en place par le CCSSBJ, Camille effectue cette visite de prévention quatre fois par an en garderie.

Visites à l'école

Il n'y a qu'une seule école dans la communauté de Waskaganish. La pratique professionnelle de Camille ici ressemble beaucoup à celle de la pratique des hygiénistes dentaires des autres régions sociosanitaires du Québec en santé publique. Toutefois, enchaîne Camille, « la grande différence est que je procède à un examen de la bouche de *tous les* enfants de l'établissement, sans l'étape préalable de dépistage et de choix privilégié des jeunes à risque propre au programme national, car tout le monde est considéré comme à risque; cela fait par conséquent beaucoup d'enfants à voir — approximativement 150 —, car cela englobe, à l'école, la prématernelle, la maternelle, première et deuxième année; les jeunes de troisième, quatrième et cinquième années ne sont pas concernés; finalement, je vois également les jeunes de sixième année, seulement une fois par an pour une application de scellant.»

À l'école, la collaboration interprofessionnelle implique essentiellement l'assistante dentaire et la directrice d'école. Cette dernière est l'interlocutrice privilégiée pour la planification et l'organisation des visites et en informer les enseignantes (toutes choses que les hygiénistes dentaires exerçant dans le cadre du programme national de prévention connaissent bien), la disponibilité et la salubrité de la salle, l'accessibilité à l'équipement qui reste dans l'école (une chaise transportable pour le patient, une chaise pour l'assistante et un tabouret opérateur) ainsi qu'au matériel qui a été commandé pour l'année. « À l'école, explique Camille, les rendez-vous durent environ de 10 à 15 min pour les suivis individuels (deux élèves à la fois) et de 20 à 25 min pour les scellants. Je vois environ 25 élèves par jour pour les suivis et de 10 à 14 élèves par jour lors des scellants dentaires (qui sont faits une fois par an). Le brossage quotidien des dents est un peu plus difficile à intégrer à l'école, car les enseignants ont toujours la latitude d'accepter ou de refuser cette activité supplémentaire. Au début, je n'ai pas eu beaucoup de groupes qui ont accepté et par la suite, il y a eu le confinement.»

UNE PRATIQUE COLLABORATIVE D'ENTRAIDE INSTITUTIONNALISÉE

Le CCSSBJ a initié et favorisé une pratique collaborative d'entraide « à quatre mains » des hygiénistes dentaires en fonction de la proximité géographique des professionnels affectés dans les CMC des neuf communautés. Institutionnalisée dans le cas des visites à l'école, cette pratique collaborative est précieuse. « Ainsi en 2019, je me suis rendu dans la communauté de Waswanipi située non pas sur le littoral, mais à l'intérieur des terres. Lorsque l'on pose des scellants pour les jeunes enfants de première et de sixième année, il est plus facile d'être en duo; faire des scellants toute une journée, de plus avec un équipement portatif, est exigeant et il est avantageux de pouvoir de temps en temps changer de position... La pandémie y a mis un terme, mais cette entraide reprendra dès que possible... Au plan personnel, cela permet de découvrir une autre communauté et de favoriser une forme d'aide mutuellement profitable à toutes.»

INFORMER POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION

De nos jours, quoi de plus simple que Facebook pour informer et sensibiliser les communautés ?

À Waskaganish, la collègue nutritionniste de Camille a créé une page¹⁷ commune pour transmettre une information utile et pertinente touchant la physiothérapie, la nutrition, l'hygiène dentaire ainsi que les activités à venir des différents programmes. Cette initiative donne aux membres de la communauté la possibilité de poser leurs questions de façon confidentielle sous forme de message privé s'ils le désirent. Camille enchaîne : « Voici quelques sujets d'articles que j'ai publiés sur cette page : la gingivite de grossesse, la prévention de la carie du biberon, les scellants dentaires et un montage vidéo personnalisé enseignant comment brosser les dents chez les tout petits; je crois que cette page est une façon efficace de rejoindre une bonne partie de la population.»

EST-IL AISÉ DE TRAVAILLER DANS LE NORD-DU-QUÉBEC ?

Aujourd'hui, il faut malheureusement constater qu'il n'y a plus beaucoup d'hygiénistes dentaires en poste sur le territoire desservi. « En théorie, explique Camille, nous devrions être entre douze et quatorze — une hygiéniste par communauté sauf pour les deux communautés les plus grandes que sont Chisasibi (5251 personnes recensées en 2021¹⁸) et Mistissini (3800 personnes recensées en 2021), où les équipes dentaires sont formées d'un petit nombre de dentistes et de deux hygiénistes dentaires pour servir la population.

De fait, en raison de deux congés de maladie qui s'ajoutent à trois congés de maternité, mon collègue en poste à Nemaska et moi-même demeurons les seuls professionnels en activité.

Des efforts pour recruter sont activement déployés, mais dont le résultat se fait encore attendre. La difficulté à recruter s'explique selon Camille : « On pense qu'à cause de l'éloignement, on ne peut pas s'adapter. Cependant, il est faux de s'arrêter à cela. Il y a un très bel esprit de communauté et nous pouvons participer à de nombreuses activités sociales. De plus, ne pas parler la langue crie n'est pas un obstacle insurmontable, puisque les intervenantes dont c'est la langue maternelle aident à communiquer lorsque cela est nécessaire pour compléter l'usage de la langue anglaise. Car la communication avec les clients se fait majoritairement en anglais. Mais, ajoute-t-elle avec bonheur, j'ai appris plusieurs phrases de la langue crie, ce qui me permet d'entretenir une conversation avec les enfants lors des rendez-vous dentaires à la clinique et à l'école; et je continue d'en apprendre encore tous les jours. » Avec ses collègues, la collaboration se fait en français et en anglais, selon la langue parlée par l'autre professionnel; il faut savoir néanmoins que les professionnels cris parlent majoritairement l'anglais. Camille conclut cependant, avec un petit regret dans la voix, « À force de parler anglais, j'en oublie un peu mon vocabulaire français. »

Pour trouver des solutions et susciter des vocations, des stages permettant de favoriser le recrutement sont organisés. Et Camille peut effectivement en témoigner puisque c'est bel et bien le point de départ de cette importante décision qu'elle a prise... « J'ai accueilli des stagiaires en provenance de l'Outaouais, mais la pandémie a tout interrompu; j'espère pouvoir reprendre rapidement. Ce n'est que partie remise puisque nous accueillerons à nouveau les stagiaires en 2022. » Entretiens, Camille consacre son énergie aux autres programmes et profite du bel air du Nord!



Programme Awash

Références :

- 1 - Voir dans ce numéro l'article « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité et au partenariat : l'évolution de la collaboration interprofessionnelle en santé ».
- 2 - « Région administrative 10 : Nord-du-Québec », ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, mars 2021, [En ligne], <https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/cartes/region/10.pdf>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 3 - Au Québec, un « territoire équivalent (TE) » est une collectivité territoriale dont l'administration est investie des compétences généralement attribuées aux municipalités régionales de comté (MRC) [Commission de toponymie du Québec]. Eeyou Istchee, c'est « la portion du territoire québécois réservé à la nation autochtone des Cris de l'Est. » Ces terres sont établies par la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (1975) et sont administrées par le Gouvernement de la nation crie. Wikipédia, Eeyou Istchee, [En ligne] https://fr.wikipedia.org/wiki/Eeyou_Istchee, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 4 - « Région administrative 10 : Nord-du-Québec », ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, mars 2021, [En ligne] <https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/cartes/region/10.pdf>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 5 - Ces neuf communautés sont les suivantes : cinq communautés le long du littoral est de la Baie-James : Chisasibi, Eastmain, Waskaganish, Wemindji et Whapmagoostui; quatre communautés à l'intérieur des terres : Mistissini, Nemaska, Oujé-Bougoumou et Waswanipi. Toutes ces communautés sont à la fois des terres réservées crie et des municipalités de village crie, à l'exception d'Oujé-Bougoumou, qui est uniquement une terre réservée crie.
- 6 - Les valeurs et les traditions cries ont été considérées comme la clé du développement des systèmes de prestation de services de santé et de services sociaux dans le chapitre 14 de la convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) de 1975, qui a servi de base à la création du conseil crie de la santé. Bandoaux sur la page d'accueil du site du CCSSSBJ, <https://www.creehealth.org/fr/home>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 7 - « Le CCSSSBJ est gouverné par un conseil d'administration et une présidente ou un président élu. Les conseils et les comités consultatifs rendent compte directement au bureau de la présidence, tout comme le commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le médecin légiste. » CCSSSBJ, Gouvernance, <https://www.creehealth.org/fr/about-us/governance>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 8 - CCSSSBJ, Nishiyuu, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/about-us/departments/nishiyuu>, (Consulté le 13 septembre 2021). L'on peut penser que le mode de vie près de la nature possède un effet thérapeutique...
- 9 - CCSSSBJ, Miyupimaatisiun, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/about-us/departments/miyupimaatisiun>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 10 - CCSSSBJ, Pimuchteu, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/about-us/departments/pimuchteu>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 11 - CCSSSBJ, Services administratifs, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/node/1000031>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 12 - CCSSSBJ, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/waskaganish>, (Consulté le 13 septembre 2021). La lectrice intéressée pourra y consulter également la liste détaillée des services du CMC de Waskaganish.
- 13 - Il s'agit des services offerts par les « centre[s] de jour multiservices (MDSC) [Nanaahkuu Wiichihiiweukamikw]. Le Centre de jour multiservices (MDSC) est un lieu de rassemblement, de guérison et d'apprentissage. CCSSSBJ, <https://www.creehealth.org/fr/services/multi-service-day-centre-mdsc-services>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 14 - CCSSSBJ, Programme des services de santé non assurés cris, [En ligne] <https://www.creehealth.org/fr/services/cree-non-insured-health-benefits>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 15 - « Chirurgie maxillo-faciale : le chirurgien maxillo-facial effectue des interventions chirurgicales dentaires complexes, y compris des biopsies quand on soupçonne la présence d'un cancer de la bouche. Endodontie : l'endodontiste effectue des traitements de canal pour nettoyer l'intérieur des racines d'une dent qui est morte à cause d'une carie ou d'une infection. Prosthodontie : le prosthodontiste fabrique et installe des couronnes pour les dents. La couronne est un capuchon qui ressemble à une dent et qui peut être collé sur une dent très cassée pour la protéger et lui redonner sa fonction. Orthodontie : l'orthodontiste corrige les dents et les mâchoires mal positionnées en utilisant des appareils de rétention, des appareils orthodontiques et d'autres outils. Prothèses dentaires : le denturologiste fabrique des prothèses dentaires pour remplacer les dents manquantes. Les services des denturologistes sont offerts au CMC local pour les communautés d'Eastmain, de Waskaganish, de Wemindji, de Chisasibi et de Whapmagoostui. Les clients des communautés de l'arrière-pays peuvent faire fabriquer leurs prothèses dentaires par une clinique privée à Chibougamau. » CCSSSBJ, <https://www.creehealth.org/fr/services/dental-services>, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 16 - L'équipe dentaire de Waskaganish est composée, outre Camille, de Priscilla Jolly (secrétaire), Martha Salt (assistante dentaire), Marcella Napash (assistante dentaire accompagnant Camille Soria-Poirier dans ses visites à l'école ou en garderie), Stéphane Rousseau (dentiste) et Geneviève Gaumont (dentiste spécialisée en prothèse).
- 17 - Facebook, Waskaganish Clinic — Live Healthy in Waskaganish, (Consulté le 13 septembre 2021).
- 18 - Voir les données populationnelles indiquées dans « Région administrative 10 : Nord-du-Québec », ministère des Affaires municipales et de l'Habitation, mars 2021, [En ligne], <https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/cartes/region/10.pdf>, (Consulté le 13 septembre 2021).



CALENDRIER DES FORMATIONS CONTINUES ET WEBCONFÉRENCES 2021-2022

ACTIVITÉS DE FORMATION À VENIR PROCHAINEMENT

- Colloque de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (23 octobre 2021)
- Exercice autonome de l'hygiéniste dentaire au Québec
- Publicité professionnelle : balises déontologiques
- Initiation à la compétence interculturelle en hygiène dentaire : quelques repères pour s'y retrouver

FORMATIONS EN SALLE 2021-2022

FORMATION EN RCR - CARDIO SECOURS ADULTES-ENFANTS/DEA

- Formation Langevin

(4 heures de formation continue)

DATES ET LIEUX : voir tableau

HEURE : 8h à 12h / 13h à 17h pour certaines régions

TYPE DE COURS : théorique et pratique

NOMBRE MINIMAL DE PARTICIPANTS : 20

COÛT : 74,73 \$ (taxes incluses)

Objectifs de la formation

1. Chaîne d'intervention et procédure d'appel aux services d'urgence
2. Reconnaissance des problèmes cardiaques (angine, infarctus, arrêt cardio-respiratoire)
3. Traitement des problèmes cardiaques (nitro, AAS)
4. Prévention et facteurs de risque des problèmes cardiaques
5. Dégagement des voies respiratoires
6. Respiration artificielle
7. Réanimation cardio-respiratoire
8. Utilisation d'un DEA (défibrillation externe automatisée)
9. Pratique de toutes les techniques sur mannequins de réanimation.

Chaque candidat recevra une carte de réussite et un manuel aide-mémoire.

DATES ET LIEUX

Note importante :

En raison de la pandémie reliée à la COVID-19 ainsi qu'aux mesures sanitaires mises en place par le gouvernement, il se pourrait que l'Ordre doive modifier le lieu de la tenue d'une formation ou qu'il doive l'annuler. À cet effet, nous vous recommandons de consulter le site de l'Ordre régulièrement.

Ville	Cégep ou hôtel	Date	Heure
Gatineau	Cégep de l'Outaouais	20 novembre 2021	8h à 12h
Laval PM	Collège Montmorency	15 janvier 2022	13h à 17h
Montréal AM	Collège Dawson	5 février 2022	8h à 12h
Montréal PM	Collège Dawson	5 février 2022	13h à 17h
Saint-Hyacinthe AM	Cégep de Saint-Hyacinthe	19 mars 2022	8h à 12h
Saint-Hyacinthe PM	Cégep de Saint-Hyacinthe	19 mars 2022	13h à 17h
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	26 mars 2022	8h à 12h
Québec AM	Cégep Garneau	16 avril 2022	8h à 12h
Québec PM	Cégep Garneau	16 avril 2022	13h à 17h
Chicoutimi	Cégep de Chicoutimi	23 avril 2022	8h à 12h

WEBCONFÉRENCES

NOUVELLE CLASSIFICATION DES PARODONTITES, PÉRI-IMPLANTITES ET MUCOSITES PÉRI-IMPLANTAIRES

– D^r Jean-François Tessier, DMD, M. Sc.

(1,5 heure de formation continue)

DATE: 15 juillet 2020 au 25 mai 2022

TYPE DE COURS: webinaire asynchrone

COÛT: 57,49 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

En 2018, l'*American academy of periodontology* et la Fédération européenne de parodontologie ont statué sur une nouvelle classification des maladies parodontales. Lors de l'*Europerio* 9 d'Amsterdam, cette nouvelle classification des parodontites, péri-implantites et mucosites a été présentée aux cliniciens en parodontie. Les professionnels de la santé buccodentaires devront intégrer cette nouvelle catégorisation dans leur pratique.

Description de la formation

La nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires est élaborée en fonction de la sévérité des pathologies et leurs pronostics. Elle permet une caractérisation plus précise de la maladie. Une description de cette nouvelle classification sera explicitée et accompagnée de présentations de plusieurs cas cliniques. En outre, D^r Tessier partagera son expérience dans la mise en place de cette nouvelle classification dans sa pratique.

Chaque participant à cette formation webinaire doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer votre compréhension, doivent être transmises à M^{me} Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et à la formation continue à ncaron@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs du cours

1. Connaître et comprendre la nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires;
2. Déterminer l'étiologie et les facteurs de risque des parodontites, péri-implantites et récessions gingivales;
3. Examiner les critères diagnostiques à l'aide de cas cliniques;
4. Identifier la progression et la sévérité des maladies parodontales;
5. Redéfinir les pronostics des maladies parodontales;
6. Élaborer un plan de traitement en parodontie, suivant la nouvelle classification des maladies parodontales;
7. Appliquer la nouvelle classification dans sa pratique.

À la suite de cette conférence, les participants et participantes seront en mesure de mettre en pratique la nouvelle classification des maladies parodontales dans leur milieu professionnel.

LA DÉSINFECTION ET L'ASEPSIE DES SURFACES

– Jean Barbeau, Ph. D. (microbiologiste)

(1 heure de formation continue)

DATE: 31 octobre 2018 au 31 janvier 2022

TYPE DE COURS: webinaire asynchrone

COÛT: 57,49 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Parce que les microorganismes sont invisibles à l'œil nu, la présence d'organismes pathogènes ne peut pas être établie avec certitude. Par conséquent, les hygiénistes dentaires doivent appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections, et ce, avant, pendant et après le rendez-vous de chaque patient. Le but premier de telles procédures est d'offrir le plus haut niveau possible de contrôle des infections et dans une manière sécuritaire, efficace, simple et rapide, afin de réduire le risque de transmission d'organismes pathogènes de façon bidirectionnelle. Ce webinaire asynchrone porte plus précisément sur les mesures de désinfection et d'asepsie des surfaces dans les salles de traitements.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants l'information la plus récente sur la désinfection et l'asepsie des surfaces.

Chaque participant à cette formation webinaire doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à M^{me} Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et à la formation continue à ncaron@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les critères liés à une pratique sécuritaire, efficace, simple et rapide par rapport à la désinfection et l'asepsie des surfaces;
2. Expliquer la technique de désinfection et l'asepsie des surfaces;
3. Choisir un désinfectant selon les critères présentés;
4. Analyser les procédures de désinfection et aseptie recommandées;
5. Planifier des interventions pour diminuer les risques d'infections;
6. Évaluer les méthodes de contrôle d'infections.

Objectifs du cours

Webinaire et examen:

- Identifier les surfaces nécessitant la désinfection;
- Reconnaître les meilleures pratiques liées à la désinfection et l'asepsie;
- Catégoriser les méthodes de contrôle de désinfection et de l'asepsie;
- Analyser les composants des désinfectants;
- Développer une méthode sécuritaire, efficace, simple et rapide pour faire la désinfection et l'asepsie des surfaces;
- Justifier la nécessité d'avoir un protocole d'asepsie détaillé.

CONDUITES D'EAU DENTAIRES ET SYSTÈMES D'ÉVACUATION

– Jean Barbeau, Ph. D. (microbiologiste)

(1 heure de formation continue)

DATE: 23 octobre 2018 au 31 janvier 2022

TYPE DE COURS: webinaire asynchrone

COÛT: 57,49\$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Parce que les microorganismes sont invisibles à l'œil nu, la présence d'organismes pathogènes ne peut pas être établie avec certitude. Par conséquent, les hygiénistes dentaires doivent appliquer des mesures rigoureuses de prévention et de contrôle des infections, et ce, avant, pendant et après le rendez-vous de chaque patient. Le but premier de telles procédures est d'offrir le plus haut niveau possible de contrôle des infections et dans une manière sécuritaire, efficace, simple et rapide, afin de réduire le risque de transmission d'organismes pathogènes de façon bidirectionnelle. Ce webinaire asynchrone porte plus précisément sur les conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants, l'information la plus récente sur la désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation.

Chaque participant à cette formation webinaire doit obligatoirement répondre à «l'examen de validation et de compréhension» (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à Mme Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et à la formation continue à ncaron@ohdq.com. La note de passage est 80%.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les critères liés à une pratique sécuritaire, efficace, simple et rapide par rapport aux conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
2. Expliquer la technique de désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
3. Choisir un désinfectant selon les critères présentés;
4. Analyser les procédures de désinfection recommandées;
5. Planifier des interventions pour diminuer les risques d'infections;
6. Évaluer les méthodes de contrôle d'infections.

Objectifs du cours

Webinaire et examen:

- Identifier les tubulures et les conduits d'eau nécessitant la désinfection;
- Reconnaître les meilleures pratiques liées à la désinfection des tubulures et les conduits d'eau;
- Catégoriser les méthodes de contrôle de désinfection des tubulures et les conduits d'eau;
- Analyser les composants des nettoyants et désinfectants utilisés pour les tubulures et les conduits d'eau;
- Développer une méthode sécuritaire, efficace, simple et rapide pour faire la désinfection des conduites d'eau dentaires et les systèmes d'évacuation;
- Justifier la nécessité d'avoir un protocole de désinfection détaillé.



LA RELATION ENTRE LES PIERCINGS BUCCAUX ET LE RISQUE ACCRU DE COMPLICATIONS ORALES ET SYSTÉMIQUES

– D^{re} **Melanie Campese**, D.M.D., FRCD(C),
parodontiste et spécialiste en implantologie

(1,5 heure de formation continue)

DATE: 18 septembre 2018 au 31 décembre 2022

TYPE DE COURS: webinaire asynchrone

COÛT: 57,49 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

En Amérique du Nord, les piercings buccaux sont devenus de plus en plus populaires chez les adolescents et les jeunes adultes. Dans le passé, cette tendance était fortement associée à des individus ayant des comportements à risque ou étant en détresse émotionnelle. Les études récentes démontrent que cette tendance est plutôt associée au désir d'art corporel ou qu'elle aide à favoriser l'expression individuelle. Par contre, il faut savoir qu'il y a des risques et des complications associés aux piercings buccaux et l'hygiéniste dentaire joue un rôle important dans le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prévention de ces complications.

Description de la formation

Ce cours vise à fournir aux participants l'information la plus récente sur la relation entre les piercings buccaux et le risque accru de complications orales et systémiques.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à «l'examen de validation et de compréhension» (onglet Mes formations). Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à M^{me} Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et à la formation continue à ncaron@ohdq.com. La note de passage est 80%.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Lister les raisons motivant des individus à avoir des piercings buccaux;
2. Expliquer les principales complications locales et systémiques des piercings buccaux;
3. Établir le rôle de l'hygiéniste dentaire quant à la prévention des infections causées par les piercings buccaux;
4. Noter les effets secondaires associés aux piercings buccaux;
5. Planifier les interventions pour diminuer les risques associés avec les piercings buccaux;
6. Recommander des interventions pour prévenir et soigner les séquelles associées aux piercings buccaux.

Objectifs du cours

Webinaire et examen:

- Identifier les sites communs des piercings buccaux;
- Reconnaître l'incidence et la prévalence des piercings buccaux;
- Catégoriser les complications associées avec les piercings buccaux;
- Faire corrélérer les complications aux piercings buccaux;
- Développer un plan stratégique pour justifier l'enlèvement des piercings buccaux.



PRÉVENIR ET RESTAURER LA CARIE DENTAIRE SANS TRAUMATISME: LA THÉORIE DU TRAITEMENT RESTAURATEUR ATRAUMATIQUE (TRA) MODIFIÉ AVEC UN PRODUIT À BASE D'ARGENT

- Isabelle Daoust, BA, H.D.

(3,5 heures de formation continue)

DATE: 23 juillet 2019 au 31 décembre 2022

TYPE DE COURS: Webinaire asynchrone

COÛT: 79,33 \$ (taxes incluses)

Pertinence clinique

Le concept et la pratique du traitement restaurateur atraumatique (TRA), aussi connu sous le nom de thérapie de stabilisation temporaire, ont vu le jour il y a une trentaine d'années, et le besoin continu d'améliorer la qualité et l'accès aux soins buccodentaires à l'échelle mondiale est le catalyseur de cette approche de restauration dentaire. La pratique du TRA s'avère essentielle aux mouvements de santé publique qui visent à fournir des soins fondés sur des données probantes et à éradiquer les obstacles qui limitent l'accès à ces soins. Le TRA est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé, au même titre que les traitements buccaux urgents et la pâte dentifrice au fluorure à prix abordable, en tant que service de base de soins de santé buccodentaire. Le traitement restaurateur atraumatique est une intervention conservatrice et libre de traumatisme, qui sert à traiter les caries dentaires, quel que soit le groupe d'âge. Il est surtout utile chez les enfants, les aînés, les personnes ayant des besoins spéciaux et celles qui souffrent d'anxiété dentaire.

Le fluorure diamine d'argent (FDA) est un agent désensibilisant et cariocide qui peut être utilisé seul ou en combinaison avec le TRA par les hygiénistes dentaires, dans le cadre du traitement restaurateur modifié avec un produit à base d'argent. Le FDA est un produit sécuritaire, efficace, bien toléré, et rentable. On obtient de meilleurs résultats en appliquant le FDA qu'avec le TRA seul parce qu'il arrête le processus carieux et prévient de nouvelles caries. De plus l'utilisation du FDA plus TRA est 20 fois moins cher qu'une obturation conventionnelle. Il peut être effectué sur tous les patients pour lesquels le TRA est indiqué. Le FDA associé au TRA peut constituer un outil puissant pour éradiquer la carie dentaire, en particulier chez les patients lourdement atteints de maladies carieuses, n'ayant pas accès ou ayant un accès limité à un cabinet de dentiste, et dont les ressources financières ne permettent pas de recourir au traitement conventionnel de la carie.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une courte révision des systèmes d'évaluation et de classifications de la carie dentaire, d'expliquer le TRA, d'explorer en détail le FDA, ses indications, ses avantages et ses inconvénients.

Chaque participant à cette formation doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » (onglet Mes formations). Pour ce faire, le visionnement des trois vidéos est nécessaire. Les réponses à ce questionnaire, qui vise à évaluer leur compréhension, doivent être transmises à la responsable de la formation continue, à Mme Nadine Caron, adjointe administrative à l'admission et à la formation continue à ncaron@ohdq.com. La note de passage est 80 %.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cette conférence webinaire asynchrone, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire l'étiologie, la pathophysiologie et les facteurs de risques reliés à la carie dentaire;
2. Reconnaître les différents systèmes d'évaluation et de classification de la carie dentaire;
3. Expliquer comment faire un examen clinique et radiologique dans le but de déterminer si le TRA et le FDA sont indiqués;
4. Différencier les avantages et les limitations du TRA, du FDA et du TRA plus le FDA;
5. Proposer des approches d'utilisation concomitante du FDA et du TRA;
6. Critiquer les approches d'utilisation concomitante du FDA et du TRA.

Objectifs du cours

Session théorique :

- Identifier les principaux facteurs de risque et les causes de la carie dentaire via **CAries Management by Risk Assessment (CAMBRA)**;
- Distinguer les subtilités des systèmes de classification ICDAS II et ICCMS;
- Utiliser les systèmes de classification ICDAS II et ICCMS;
- Comparer les approches TRA versus FDA;
- Concevoir un plan d'action pour remédier les caries par TRA et FDA;
- Évaluer les différentes approches de traitement de la carie dentaire (conventionnel versus TRA, TRA plus FDA).

RENSEIGNEMENTS AVANT DE VOUS INSCRIRE

Pour un plein accès à la formation continue

Afin d'encourager et de soutenir le développement professionnel de ses membres, l'OHDQ développe ses formations continues de manière à offrir un contenu complet, diversifié et orienté vers l'innovation, pour mieux s'adapter aux pratiques de demain : nouvelles tendances socioéconomiques, démographiques, légales ou encore en matière de pratiques cliniques. Votre Ordre œuvre sans relâche pour que chaque membre maîtrise l'information disponible, développe ses compétences en conséquence et soit au plus près des enjeux qui lui sont propres.

Procédure d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours.
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre d'inscriptions par conférence n'est pas atteint, et ce, jusqu'à un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés aux membres de l'Ordre seulement.
- Les inscriptions se font en ligne seulement au www.ohdq.com. Aucune inscription ne sera acceptée par téléphone. Aucune inscription ne peut être effectuée sur place. Les inscriptions seront acceptées au plus tard une semaine avant la date du cours choisi.
- Une confirmation de la transaction vous sera envoyée par courriel.
- Vous recevrez une lettre de confirmation par courriel.
- L'attestation et le reçu seront transmis par courriel après les formations. Seuls le formulaire d'appréciation et le registre des présences seront disponibles sur place. Aucun crayon ni tablette ne sont fournis sur les lieux.
- Pour la formation RCR, la carte de certification sera postée.

NB: Les notes de cours sont à la discrétion de chaque conférencier.

Politique de remboursement

Un remboursement vous sera accordé si votre demande écrite est acheminée par courriel ou parvient au siège social 30 jours avant la date du cours choisi. Le remboursement sera assujéti à une retenue de 30 % pour frais administratifs. Votre demande devra être adressée à **Liliane Mukendi** par courriel à info@ohdq.com.

Formations en salle ou webinaires synchrones organisés par l'OHDQ

Dès votre inscription à une **formation de l'OHDQ en salle ou à un webinaire synchrone**, les heures seront automatiquement comptabilisées à votre dossier de membre. Toutefois, si vous êtes absent le jour de l'évènement et/ou omis de signer le registre des présences, ou que le conférencier n'a pas la possibilité de valider votre présence, l'Ordre annulera les heures concernées.

Webinaires asynchrones organisés par l'OHDQ

Dès votre inscription à un **webinaire asynchrone organisé/offert par l'OHDQ**, vous devez visualiser, effectuer et réussir l'examen pour que les heures soient comptabilisées à votre dossier. Notez que la comptabilisation des heures de formation à votre dossier sera effectuée par un membre du personnel de l'Ordre.

Modérateurs recherchés lors des présentations en salle

L'Ordre est à la recherche de modérateurs pour chaque formation offerte en salle à l'exception de la formation RCR.

Le rôle du modérateur consiste à présenter le conférencier, à s'assurer du bon déroulement de la logistique (pause-santé, dîner, équipement audiovisuel), à remettre un formulaire d'appréciation à chaque participant et à s'assurer que ceux-ci signent le registre des présences à la fin de la formation. Le modérateur devra par la suite retourner les formulaires d'appréciation, le registre des présences ainsi que tout autre matériel à l'Ordre dans l'enveloppe fournie et préaffranchie, au plus tard dans les 7 jours suivant la formation.

Les personnes qui sont intéressées peuvent communiquer avec **Nadine Caron** par courriel, à ncaron@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 205. À noter qu'un membre qui agit comme modérateur peut assister à la formation gratuitement.



UN SÉJOUR PÉDAGOGIQUE TRANSFORMÉ EN DON PAR DES ÉTUDIANTES DU CÉGEP DE CHICOUTIMI

Une vingtaine d'étudiantes en hygiène dentaire du Cégep de Chicoutimi ont transformé un projet de séjour dans la communauté d'Obedjiwan en un don de 2300\$ pour l'achat de matériel d'hygiène dentaire par le Centre d'amitié autochtone du Saguenay.

Les fonds qui ont été remis à l'organisme au début de l'hiver dernier avaient à l'origine été récoltés afin de financer le projet de séjour pédagogique qui avait vu le jour dans les premiers mois de la session d'hiver 2020.

La pandémie a forcé l'annulation du projet initié par l'enseignante en psychologie Nancy Tremblay, dans le cadre d'un cours sur le travail d'équipe donné aux étudiantes de deuxième année en Techniques d'hygiène dentaire.

Le projet était presque complètement ficelé, alors que le groupe devait visiter la communauté atikamekw située en Mauricie pendant deux jours en mai.

Une rencontre avec l'hygiéniste dentaire de la communauté, une visite en centre de la petite enfance ainsi que dans les écoles primaires et secondaires de la communauté étaient à l'horaire. Des produits d'hygiène dentaires devaient également être distribués.

MOBILISER ET SENSIBILISER

L'enseignante qui donnait ce cours dans différents programmes souhaitait ainsi engager les étudiantes dans un projet concret de travail d'équipe tout en les sensibilisant à la culture autochtone.

« En hygiène dentaire, je trouvais qu'il n'y avait pas de cohésion du groupe et qu'il y avait aussi une méconnaissance des cultures

autochtones », explique Nancy Tremblay, pour qui ce projet était une première.

Les étudiantes, qui s'étaient rapidement mobilisées autour du projet, souhaitaient trouver une façon de réinvestir dans la communauté les 2300\$ amassés avant l'annulation du séjour. Le groupe a été accompagné dans sa réflexion par Michèle Martin, conseillère en services adaptés et responsable des étudiants autochtones au Cégep de Chicoutimi.

La remise des fonds au Centre d'amitié autochtone du Saguenay pour l'achat de matériel d'hygiène dentaire s'est imposée comme la solution la plus simple et la plus utile pour les membres des communautés autochtones, indique Nancy Tremblay.

« Dans les communautés autochtones, des soins sont offerts gratuitement. Mais quand des membres quittent leur communauté, ils n'ont plus accès à ces soins gratuits », expose-t-elle.

Malgré la déception causée par l'annulation du séjour, Nancy Tremblay a pu constater l'impact de la préparation du projet sur le groupe.

« La cohésion s'est faite à travers ce travail qu'on a fait ensemble. Non seulement on a appris sur les communautés autochtones, on était motivées, mais en plus il y a eu une vraie cohésion d'équipe », souligne l'enseignante, qui ne ferme pas la porte à répéter un projet semblable si l'occasion se présente.



Un groupe d'étudiantes en hygiène dentaire au Cégep de Chicoutimi devait visiter la communauté d'Obedjiwan avec l'enseignante en psychologie Nancy Tremblay dans le cadre d'un projet initié au début de la session d'hiver 2020. Le séjour a dû être annulé en raison de la pandémie.

- Photo fournie par le Cégep de Chicoutimi

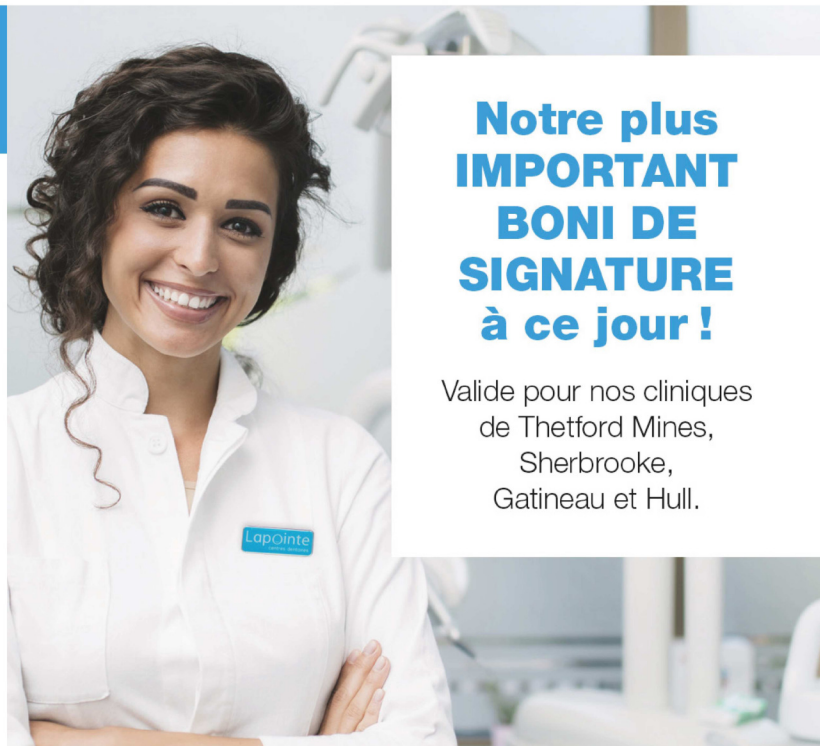


Une vingtaine d'étudiantes en Techniques d'hygiène dentaire au Cégep de Chicoutimi ont donné 2300\$ au Centre d'amitié autochtone du Saguenay pour l'achat de produits d'hygiène dentaire, l'hiver dernier. L'étudiante Vanesse Némoy est ici accompagnée par Michèle Martin, conseillère en services adaptés et responsable des étudiants autochtones au collège, par Nancy Tremblay, enseignante en psychologie, et par Claudette Awashish, qui était alors directrice du centre.
 - Photo fournie par le Cégep de Chicoutimi

NOUS RECRUTONS

Avantages Lapointe

- Salaire compétitif
- Formations offertes
- Adhésion à l'ordre payée
- Assurances collectives
- Régime de retraite avec participation employeur
- Escomptes de soins dentaires
- Boni de signature
- Champs de pratique diversifiés



**Notre plus
 IMPORTANT
 BONI DE
 SIGNATURE
 à ce jour !**

Valide pour nos cliniques
 de Thetford Mines,
 Sherbrooke,
 Gatineau et Hull.

Lapointe
 centres dentaires

Contactez-nous pour vous joindre
 à notre équipe de créateurs de sourires !
cv@centreslapointe.com

CLINIQUE D'HYGIÈNE DENTAIRE « SANS PAPIER » AU CÉGEP RÉGIONAL DE LANAUDIÈRE À TERREBONNE

- **CAROLINE LAVOIE**, H.D., B. Éd., enseignante au cégep régional de Lanaudière à Terrebonne.

- **FÉLICIA RICHARD-DORAIS**, H.D., B. Éd., enseignante au cégep régional de Lanaudière à Terrebonne.

Nous avons maintenant une clinique dentaire « sans papier ». Cette pandémie nous a permis d'aller de l'avant un peu plus rapidement pour la réalisation de ce projet qui nous tenait déjà à cœur.

Tout le département y a participé. Les secrétaires ont numérisé un par un les dossiers des clientes et des clients et les coordonnatrices de la clinique, Charlène Dupuis et Annie Brault, ont créé étape par étape le dossier numérique. Celui-ci est composé du dossier dentaire, du plan de traitement préventif et curatif, de la feuille de services rendus, etc. L'utilisation du parodontogramme numérique facilite grandement l'inscription et la gestion du suivi de nos clients et clientes.

Ce changement majeur réduit notre empreinte écologique puisque nous n'avons presque plus besoin de faire des impressions papier. Par le fait même, cette modification diminue grandement le risque de contamination croisée et directe ou par les bioaérosols. Nos étudiant(e)s ont intégré avec aisance cette nouvelle procédure technologique dans leur pratique.



Photo fournie par le cégep régional de Lanaudière à Terrebonne



BOURSES MÉRITAS 2021

Afin d'encourager la relève et de souligner l'excellence académique d'étudiants en hygiène dentaire, l'OHDQ octroie chaque année la Bourse Méritas. Cette reconnaissance offre l'occasion de découvrir de nouveaux talents, de valoriser l'excellence de leur parcours collégial et de partager leur vision personnelle de la profession.

Sur recommandation au Conseil d'administration, les membres du comité des bourses Méritas 2021, ont attribué des bourses aux quatre lauréates suivantes :

- **M^{me} Sophia Chung**
Collège de Maisonneuve;
- **M^{me} Vanessa Nemoz**
Cégep de Chicoutimi;
- **M^{me} Alyson Parent**
Cégep François-Xavier Garneau;
- **M^{me} Arianne Tétreault**
Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne.



Sophia Chung



Vanessa Nemoz



Alyson Parent



Arianne Tétreault

Pour tous les détails de la Bourse Méritas, [visitez le site Web de l'Ordre!](#)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE ET COLLOQUE VIRTUEL 2021

La prochaine assemblée générale annuelle de l'Ordre aura lieu le samedi 23 octobre 2021 en mode virtuel. Pour plus de détails et pour vous y inscrire, rendez-vous au www.ohdq.com

L'AGA sera précédée d'un colloque virtuel. Pour vous inscrire au colloque : <https://portail.ohdq.com/>

HORAIRE :

Mot de bienvenue	8 h 30
Conférence-atelier 1 Santé des populations: l'apport de l'hygiéniste dentaire.	8 h 45 (durée 75 minutes)
PAUSE	10 h 00 (durée 15 minutes)
Conférence-atelier 2 Les fondements du partenariat patient et pistes de réflexion sur la pratique de l'hygiène dentaire.	10 h 15 (durée 75 minutes)
DÎNER	11 h 30
Conférence 3 L'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire, un gage de confiance.	12 h 30 (durée 75 minutes)
PAUSE	13 h 45 à 14 h 00
Assemblée générale annuelle	14 h 00 à 16 h 00

6 AVANTAGES D'ACHETER UNE VOITURE ÉLECTRIQUE

Les voitures électriques gagnent en popularité. Peut-être que l'idée d'en avoir une vous a traversé l'esprit? Voici les 6 avantages d'acheter une voiture électrique.

ÉCONOMIES SUR LE COÛT DE RECHARGE

L'un des grands avantages de la voiture électrique, c'est que ça vous permet de faire des économies. Ça pourrait même coûter jusqu'à 4 fois moins cher par kilomètre parcouru, selon Ressources naturelles Canada.

Les économies que vous pourriez faire par année? Rouler 20000 km dans une voiture compacte électrique pourrait vous faire économiser entre environ 1500\$ et 1700\$, selon BC Hydro et Hydro-Québec.

Le montant économisé dépend de plusieurs facteurs, comme le prix de l'essence et de l'électricité, le nombre de kilomètres parcourus, le modèle de voiture et la technologie utilisée.

Pour avoir une idée des coûts par kilomètre des différents marques et modèles de voitures, Ressources naturelles Canada offre un outil de recherche des cotes de consommation d'énergie par véhicule.

ÉCONOMIES SUR LE COÛT D'ENTRETIEN

Les véhicules électriques coûtent moins cher d'entretien que les véhicules à essence. Selon le type de voiture (entièrement électrique ou hybride rechargeable), on retrouve des avantages comme:

- L'absence ou la diminution des changements d'huile
- Les freins durent plus longtemps (il y a un système de freinage par récupération d'énergie qui use moins les disques et les plaquettes de frein).
- La structure du moteur électrique est plus simple, donc, nécessite moins de changements de pièces et de visites au garage.

SUBVENTIONS GOUVERNEMENTALES À L'ACHAT OU À LA LOCATION

Même si les voitures électriques coûtent moins cher en énergie et en entretien, leur prix de vente et de location reste souvent plus élevé que les véhicules à essence. Le gouvernement fédéral offre des subventions aux particuliers et aux entreprises.

Plusieurs provinces ajoutent aussi leurs propres incitatifs. Ils s'appliquent sur l'achat ou la location de véhicules admissibles, le remplacement d'un vieux véhicule ou même sur l'acquisition et l'installation d'une borne de recharge.

OFFRES AVANTAGEUSES SUR LES PRÊTS ET LES ASSURANCES

Certains assureurs offrent des rabais sur les assurances auto pour certains modèles. Il y a aussi des institutions financières qui ont mis en place des prêts-autos avantageux sur les voitures électriques et hybrides. Ça vaut le coup de s'informer.

PRIVILÈGES SUR LES ROUTES

Le Québec et l'Ontario offrent des plaques d'immatriculation vertes aux détenteurs de voitures électriques ou hybrides rechargeables admissibles. Selon la région, elles donnent accès à certains privilèges, comme:

- Possibilité de circuler sur des voies réservées
- Stationnements gratuits et réservés à plusieurs endroits
- Accès gratuit à des routes à péages ou à des traversiers
- Avantages pour l'environnement

La voiture électrique n'émet pas de gaz à effet de serre quand elle roule. Selon Hydro-Québec, si l'on tient compte du cycle de vie d'une voiture (incluant les matériaux pour la construire), une voiture électrique émettra 65% moins de gaz à effet de serre qu'une voiture à essence pour 150000 km parcourus. De plus, elle réduit aussi la pollution sonore créée par les moteurs à combustion.

Choisir la voiture électrique, ça peut être avantageux pour vos finances et pour l'environnement. Ça vaut aussi la peine d'évaluer vos besoins et de vous informer sur ce que ça implique avant de passer à l'action.

Découvrez vos nouveaux privilèges à bnc.ca/specialiste-sante

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

DENTIFRICES AU FLUORURE – Sont-ils tous identiques?



Danielle Clark-Perry
HDA, BSc, MSc

Il est permis de croire que la prévention est l'aspect le plus important de la profession dentaire. La prévention des maladies dentaires chez nos patients fait partie de notre obligation éthique à titre de fournisseurs de soins de santé et doit toujours demeurer une priorité absolue lors de chaque rendez-vous. Les bactéries sont responsables de deux principales maladies dentaires : les caries et les maladies parodontales¹. Par conséquent, la plus grande partie de nos efforts doit être consacrée à collaborer avec le patient pour lui expliquer comment éliminer les bactéries et prendre des mesures pour éviter les maladies dentaires et conserver sa dentition.

L'élimination mécanique du biofilm avec des brosses à dents et des outils de nettoyage interproximal est primordiale à la prévention des caries et des maladies parodontales². Une première étape consiste à prendre le temps de s'asseoir avec les patients, un miroir et des outils d'hygiène buccodentaire pour leur expliquer comment éliminer le biofilm dans toutes les zones de la bouche. Effectuer un suivi et évaluer les progrès à l'aide d'un révélateur de plaque est un autre moyen éducatif permettant de favoriser une bonne hygiène buccodentaire. Une autre façon de favoriser une bonne hygiène buccodentaire et de prévenir la maladie est d'avoir une discussion au sujet du dentifrice. Le dentifrice qu'un patient utilise doit également faire partie de son plan de traitement d'hygiène buccodentaire. Par exemple, si un patient présente un risque de caries élevé, un dentifrice au fluorure plus puissant et des traitements de vernis au fluorure sont efficaces et peuvent être recommandés. Qu'en est-il des autres dentifrices au fluorure « réguliers »? Existe-t-il des différences entre les dentifrices au fluorure sur le marché?

Il existe différentes formules de fluorure dans les dentifrices, comme le fluorure de sodium, le monofluorophosphate de sodium, le fluorure d'amine et le fluorure stanneux. Bien que toutes ces formules contiennent du fluorure, l'ingrédient important, la biodisponibilité du fluorure (sa capacité à produire un effet) est influencée par sa formule. Par conséquent, il ne faut pas seulement tenir compte de la teneur en fluorure, mais aussi de son vecteur.

L'élément stanneux, par exemple, est le vecteur des dentifrices au fluorure stanneux, et les propriétés antibactériennes de l'élément stanneux semblent produire des résultats favorables lors d'essais cliniques³. Le fluorure stanneux a trois mécanismes d'action. Le premier mécanisme correspond à ses propriétés bactéricides et bactériostatiques⁴. L'élément stanneux est en mesure d'inhiber et de réduire la formation de plaque puisqu'il a été démontré qu'il empêche la croissance et la reproduction des bactéries, ce qui mène à des réductions cliniques de la quantité de plaque, réduisant ainsi les risques de gingivite⁵. Son second mécanisme d'action correspond à sa capacité d'inhiber le métabolisme de la plaque, ce qui signifie qu'il peut inhiber la production d'acide bactérienne responsable des caries dentaires⁶. Finalement, son troisième mécanisme d'action correspond à supprimer la virulence pathogène^{7a}. Comme l'élément stanneux peut lier les lipopolysaccharidiques (LPS) et les acides lipotéichoïques (LTA) aux bactéries pathogènes et, par conséquent, supprimer les interactions des LPS et des LTA avec les récepteurs Toll, la réponse immunitaire est diminuée, tout comme l'inflammation^{7a}.



**UNE MÉTA-ANALYSE
DE BIESBROCK ET
COLL A DÉMONTRÉ
QUE CETTE FORMULE
A 3,7 FOIS PLUS
DE CHANCES
DE REDONNER
LA SANTÉ⁵.**

Avec ces trois mécanismes d'action, la combinaison de l'élément stanneux et du fluorure présente des avantages allant au-delà de la lutte contre les caries et du soulagement de la sensibilité. Il est aussi important de souligner que les formules stanneuses ne sont pas toutes identiques. Il a été démontré que les dentifrices au fluorure stanneux chélaté au gluconate entraînent une réduction des risques de gingivite⁵. Une méta-analyse de 2019 a démontré que les patients avaient 3,7 fois plus de chances de passer d'une gingivite localisée ou généralisée à un état buccodentaire généralement sain lorsqu'ils utilisaient un dentifrice au fluorure stanneux. De plus, cette utilisation de dentifrice au fluorure stanneux aurait contribué à réduire de 51 % les sites de saignement par rapport à un dentifrice au fluorure de sodium ou au monofluorophosphate de sodium⁵. Par conséquent, quand nous prenons le temps à chaque rendez-vous avec nos patients de passer en revue et d'améliorer l'aspect préventif de leur plan de traitement, il est important de discuter de dentifrice. Lorsque vous recommandez un dentifrice au fluorure, songez aux formules de fluorure stanneux ayant une efficacité antimicrobienne et des avantages pour la santé gingivale allant au-delà de la prévention des caries. En ce qui concerne les dentifrices au fluorure, toutes les formules sont différentes, malgré les apparences, et il est important de transmettre cette notion à nos patients. Surtout, il est important de se souvenir que la prévention est la clé du succès⁹. En prenant du temps au début du rendez-vous pour discuter de l'aspect préventif du plan de traitement du patient, expliquez et démontrez que les techniques sont primordiales à la santé buccodentaire des patients.



Première rangée : Dre Salme Lavigne, Danielle Clark HDA, BSc, MSc., Dre Dana van Elslande, Dre Pamela Maragliano-Muniz. Rangée arrière : Dr David Rice, Dr Michael Kamatovic, Dr Liran Levin, Dr Warden Noble, Dr Siavash Hassanpour, Dr Aviv Ouanounou

Dans le cadre d'une méta-analyse que nous avons réalisée, nous avons analysé des essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire comparant les formules de dentifrice au fluorure stanneux et d'autres types de dentifrice au fluorure ne contenant pas de fluorure stanneux¹⁰. Quelque 16 études ont été examinées et, lors d'un atelier de comité de révision scientifique en Amérique du Nord, la constatation finale suivante a été obtenue : « De récents développements des formules de dentifrice au fluorure stanneux stabilisé produisent de meilleurs résultats cliniques lors des essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire que les autres types de dentifrice au fluorure en matière de réduction de l'inflammation des gencives et d'élimination de la plaque. Cela pourrait contribuer à la prévention des caries et des maladies parodontales. »

Références : 1. Kwon T, Salem DM, Levin L. Nonsurgical periodontal therapy based on the principles of cause-related therapy: rationale and case series. *Quintessence Int.* 2019;50(5):370-376. 2. Kwon T, Lamster IB, Levin L. Current concepts in the management of periodontitis. *Int Dent J.* 5 Déc. 2020. 3. Clark-Perry D, Levin L. Comparison of new formulas of stannous fluoride toothpastes with other commercially available fluoridated toothpastes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int Dent J.* Déc. 2020; 70(6):418-426. 4. Ramji N, Baig A, He T, Lawless MA, Saletta L, Syszcynsky-Meister E, Cog-gan J. Sustained antibacterial actions of a new stabilized stannous fluoridedentifrice containing sodium hexametaphosphate. *Compend Contin EducDent* 2005; 26(Suppl 1):19-28. 5. Biesbrock A, He T, DiGennaro J, Zou Y, Ramsey D, Garcia-Godoy F. The effects of bioavailable gluconate chelated stannous fluoride dentifrice on gingival bleeding: Meta-analysis of eighteen randomized controlled trials. *J Clin Periodontol.* Déc. 2019; 46(12):1205-1216. 6. Cannon M, Khambe D, Klukowska M, Ramsey DL, Miner M, Huggins T, White DJ. Clinical Effects of Stabilized Stannous Fluoride Dentifrice in Reducing Plaque Microbial Virulence II: Metabonomic Changes. *J Clin Dent. Mars* 2018; 29(1):1-12. 7. Haught C, Xie S, Circello B, Tansky CS, Khambe D, Klukowska M, Huggins T, White DJ. Lipopolysaccharide and Lipoteichoic Acid Virulence Deactivation by Stannous Fluoride. *J Clin Dent.* Sept. 2016; 27(3):84-89. 8. Klukowska M, Haught JC, Xie S, Circello B, Tansky CS, Khambe D, Huggins T, White DJ. Clinical Effects of Stabilized Stannous Fluoride Dentifrice in Reducing Plaque Microbial Virulence I: Microbiological and Receptor Cell Findings. *J Clin Dent.* Juin 2017; 28(2):16-26. 9. Levin L. Prevention--the (sometimes-forgotten) key to success. *Quintessence Int.* Oct. 2012; 43(9):789. PMID: 23041993 10. Clark-Perry D, Levin L. Comparison of new formulas of stannous fluoride toothpastes with other commercially available fluoridated toothpastes: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int Dent J.* Déc. 2020; 70(6):418-426. doi: 10.1111/idxj.12588. Epub 4 Juill. 2020. PMID: 32621315.

Entretien péri-implantaire - QUELLES SONT VOS RECOMMANDATIONS?



Penny Hatzimanolakis

Département des sciences biologiques et médicales de santé buccodentaire, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.

Correspondance : Penny Hatzimanolakis, Hygiéniste dentaire diplômée, B. Sc. (médecine dentaire), M. Sc., professeure agrégée d'enseignement clinique à l'Université de la Colombie-Britannique, adresse électronique : pennyhat@dentistry.ubc.ca

Le rapport sur le marché mondial des implants dentaires de 2021 prévoyait une croissance de 4,486 milliards de dollars avec un taux de croissance annuel composé (TCAC) de 8,7 %^{1,2}, ce qui explique pourquoi plus de 500 exposants d'implants dentaires sont inscrits au International Dental Show (IDS) cet automne (2021). L'expansion du marché mondial et la montée en puissance de multiples conceptions et composantes d'implants rendent, à juste titre, les protocoles de bonnes pratiques laborieux pour tous les cliniciens.

La planification, le placement et la restauration des implants sont essentiels au succès, mais la gestion de l'implant s'oriente rapidement vers le praticien en hygiène dentaire pour garantir sa pérennité. L'objectif de cet article est d'élucider les caractéristiques anatomiques des tissus péri-implantaires et de reconsidérer la gestion du biofilm afin de mieux soutenir la prise de décision des cliniciens dans la réalisation d'une approche de soins axée sur le patient.

Caractéristiques anatomiques des tissus péri-implantaires

Bien que similaires à la santé parodontale autour des dents naturelles, les caractéristiques anatomiques des péri-implants et ses fonctions ont des différences structurelles considérables. En particulier, l'implication avec les tissus environnants des implants et l'attachement biologique³.

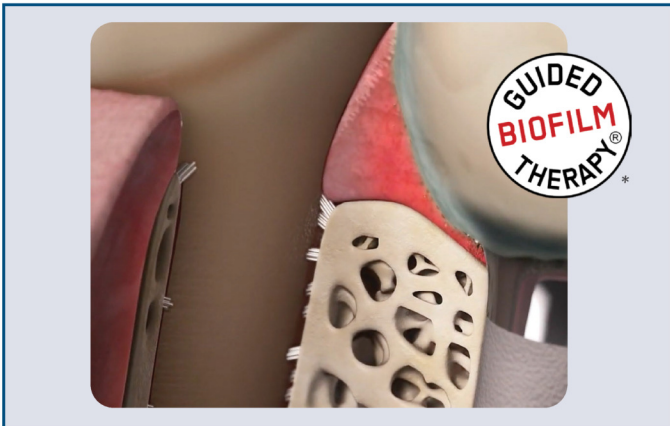


Image 1 : Caractéristiques anatomiques des tissus péri-implantaires. Notez l'absence de fixation des fibres à la surface de l'implant, comparativement à la surface naturelle de la racine. Modifiée avec l'autorisation de EMS.

D'origine grecque, le terme péri qui signifie « autour » ou « entourant » est la zone autour de l'implant/pilier qui est composé d'une zone de tissu mou, la muqueuse péri-implantaire, qui se forme lors du processus de cicatrisation de la blessure⁴, et la zone de tissu dur, formant l'attachement à la surface de l'implant pour atteindre la stabilité de l'implant⁴. De plus, la muqueuse péri-implantaire face à l'implant/pilier contient deux sections séparées⁵, une zone coronale doublée

d'une barrière d'épithélium mince non kératinisée et d'un épithélium sulculaire, et une zone apicale dans laquelle le tissu conjonctif semble être en contact avec la surface de l'implant. Cette section apicale de la muqueuse péri-implantaire, bien que controversée, est désignée zone d'adhérence/d'appui du tissu conjonctif et peut présenter une variation entre 1 et 2 mm⁶.

Les différences considérables entre les tissus parodontaux et péri-implantaires sont pertinentes pour comprendre les modèles destructeurs potentiels. Le jugement professionnel dans le choix d'un instrument (évaluation ou débridement) ou de produits buccodentaires personnels pour l'entretien d'implants/piliers doit respecter les biomatériaux de l'implant/pilier, la biologie du tissu péri-implantaire, étant donné sa double fonction de protection de l'os sous-jacent et de l'implant de soutien osseux³, et de réduire le caractère invasif⁷ à la doublure mince et les zones d'adhérence minimale.

Étiologie et microbiologie des infections des tissus péri-implantaires

La maladie parodontale est multifactorielle, et les infections/maladies des tissus péri-implantaires sont susceptibles de présenter des risques comparables. Le microbiome buccal d'un individu est soit symbiotique, c'est-à-dire commensal et vital pour des tissus dentaires mous et durs sains, ou dysbiotique, c'est-à-dire des communautés déséquilibrées qui provoquent une réponse inflammatoire de l'hôte qui est corrélée aux pathologies liées aux microbes comme les infections péri-implantaires⁸.

L'étiologie primaire des infections péri-implantaires d'un point de vue biologique est le changement d'un environnement écologique vers un biofilm dysbiotique. Les pathogènes constituant une clé de voûte comme le *Porphyromonas gingivalis* peuvent perturber toutes les espèces, pathogènes ou pas, dans une communauté dysbiotique collective et inflammatoire⁸ et peuvent endommager les tissus péri-implantaires. L'exposition constante aux micro-organismes dans le microbiome buccal pose un défi à la muqueuse péri-implantaire, y compris l'adhérence (joint). Les données de Tomasi et coll.⁹ suggèrent que les bactéries entourant les implants dentaires exposés forment un microbiome diversifié, peu importe le profil parodontal des patients.

La classification péri-implantaire : façonner les recommandations du clinicien pour améliorer les résultats des patients

La classification inaugurale AAP/EFP des implants présente un flux de travail pour le diagnostic des cas cliniques³. La santé péri-implantaire est l'absence d'inflammation des tissus et une perte osseuse supplémentaire après la guérison initiale. En revanche, la péri-mucosite se manifeste par une inflammation tissulaire combinée à une perte osseuse supplémentaire après la guérison initiale, et la péri-implantite, l'évolution de la maladie, a un changement défavorable dans la profondeur du sondage, la présence d'inflammation des tissus combinée à une preuve radiologique de perte osseuse après la guérison initiale³.

Gestion du biofilm péri-implantaire

Les plans de soins des patients visent à prévenir, à arrêter ou à réduire la progression de la maladie en incorporant les meilleures pratiques pour atténuer l'inflammation péri-implantaire, à la fois professionnellement et essentiellement par des routines quotidiennes personnelles d'hygiène buccodentaire entreprises par le patient.

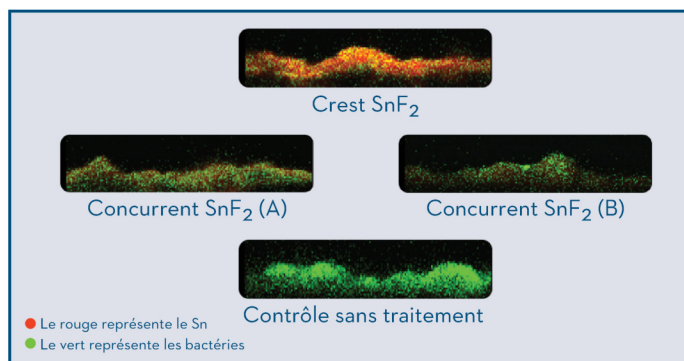


Image 2 : La capacité de neutraliser les toxines de trois formules au Sn sur le marché. Réimprimé avec autorisation.

Le modèle accepté de maladie parodontale implique que le processus comprend un changement vers un biofilm dysbiotique, commençant l'inflammation et entraînant une infection. Toutefois, dans un modèle proposé, il y a des preuves qui suggèrent que l'inflammation est l'initiateur, c'est-à-dire que l'inflammation déclenche le processus et qu'elle est responsable du changement du biofilm écologique, entraînant une infection non seulement dans les maladies parodontales, mais également dans d'autres conditions inflammatoires systémiques¹⁰.

Quoique la perturbation mécanique du biofilm demeure la norme par excellence et qu'elle est réalisée de façon sécuritaire auprès de patients atteints de péri-implantite qui utilisent des brosses à dents électriques

au mécanisme d'oscillation-rotation et des appareils interdentaires¹¹, la topographie de l'implant dentaire peut comporter des risques et elle peut, en soi, s'avérer inadéquate pour la prévention ou pour le traitement de l'inflammation. Et qu'en est-il des agents thérapeutiques dans les produits de soins personnels? Sont-ils tous pareils?

La prescription de routines de soins personnels, de produits ou d'agents spécifiques doit être individuelle, efficace, sécuritaire et doit empêcher l'altération de l'intégrité de la surface de l'implant. Elle doit aussi comporter des biomatériaux qui ne se dégradent pas. La partie la plus importante est qu'elle doit soutenir les tissus péri-implantaires dans un microbiome en symbiose (sain) dans le but de réduire le risque d'un changement du biofilm écologique.

L'utilisation d'un dentifrice composé de fluorure stanneux stabilisé (SnF₂) peut perturber le biofilm, car il y a une réduction de la production métabolique de toxines¹², ce qui supprime directement les facteurs de virulence des pathogènes¹³, avec une pénétration sous-gingivale allant jusqu'à 4 mm dans le cas de dents naturelles¹⁴. Biesbrock A et coll. ont démontré qu'il y a 3,7 fois plus de chances de passer à des gencives généralement saines (< 10 % de zones de saignement) comparativement à l'utilisation d'un dentifrice de contrôle négatif au fluorure de sodium (ou MFP) en utilisant la formule au SnF₂¹⁵. Lors d'une étude in vitro, la formule au pH presque neutre a démontré l'absence de corrosion sur l'alliage de titane et qu'elle était aussi sécuritaire que le fluorure de sodium¹⁶.

Afin de soutenir la prise de décision critique lors de la sélection de la méthodologie pour les routines de soins personnels des professionnels ou des patients, celles-ci doivent être alignées avec : 1) qu'est-ce que la santé du tissu péri-implantaire, 2) quelle est l'étiologie et les facteurs qui y contribuent, 3) quelle méthodologie permettra de soutenir la perturbation et la gestion thérapeutique du biofilm, et 4) quelle méthodologie va respecter la biologie du biofilm des tissus péri-implantaires sans être inefficace.

Conclusion

Les praticiens de l'hygiène dentaire doivent s'y connaître en matière des principes fondamentaux de la conception d'implants dentaires, des piliers, des caractéristiques et des fonctions des tissus péri-implantaires afin d'identifier correctement les maladies liées aux implants. Tout comme avec les patients souffrant de parodontite, les nouveaux protocoles et les protocoles d'entretien doivent inclure toutes les évaluations de risques, dont les déterminants sociaux de la santé, la gestion du biofilm guidée par un professionnel, les produits et les routines de soins personnels efficaces et les soins de suivi réguliers, ce qui peut grandement influencer le succès d'un implant dentaire et sa survie.

* <https://www.ems-dental.com/fr/guided-biofilm-therapy>

- Références :** 1. https://www.reportlinker.com/p06071073/Dental-Implants-Global-Market-Report-COVID-19-Growth-And-Change-to.html?utm_source=GNW.
2. Elani HW, Starr JR, DaSilva JD, Gallucci GO. Trends in Dental Implant Use in the U.S., 1999-2016, and Projections to 2026. *J Dent Res*. 2018; 97(13):1424-1430. doi: 10.1177/0022034518792567. 3. Renvert S, Persson GR, Piri FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol*. 2018;45:S278-S285. 4. Berglundh T, Abrahamsson I, Welander M, Lang NP, Lindhe J. Morphogenesis of the peri-implant mucosa: an experimental study in dogs. *Clin Oral Implants Res*;2007;18:1-8. 5. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *J Clin Periodontol*. 2018;45:S249-S256. 6. Larjava H, Koivisto L, Hakkinen L, Heino J. Epithelial Integrins with Special Reference to Oral Epithelia. *J Dent Res*. 2011 Dec; 90(12): 1367-1376. doi: 10.1177/0022034511402207. 7. Saadoun AP, Touati B. Soft Tissue Recession around Implants: Is it still unavoidable? -Part II. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007;19(2):81-87. 8. Cortés-Acha B, Figueiredo R, Seminago, et al. Microbiota Analysis of Biofilms on Experimental Abutments Mimicking Dental Implants: An In Vivo Model. *J Periodontol*. Oct 2017; 88(10):1090-1104. 9. Tomasi C, Tessarolo F, Caola I, et al. Early healing of peri-implant mucosa in man. *J Clin Periodontol*. 2016;43:816-82. 10. Van Dyke TE. Shifting the paradigm form inhibitors of inflammation to resolvers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol*. Oct. 2020, volume 91 (numéro S1), pgs : S19. 11. Vandekerckhove, B., Quirynen, M., Warren, P.R. et al. The safety and efficacy of a powered toothbrush on soft tissues in patients with implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Invest* 8, 206-210 (2004). 12. Cannon M, Khambe D, Klukowska M, Ramsey D, Miner M, Huggins T, White DJ. Clinical effects of stabilized stannous fluoride dentifrice in reducing plaque microbial virulence II: Metabonomic changes. *J Clin Dent* 2018;29:1-12. 13. Klukowska M, Haught JC, Xie S, Circello B, Tansky CS, Khambe D, Huggins T, White DJ. Clinical effects of stabilized stannous fluoride dentifrice in reducing plaque microbial virulence I: Microbiological and receptor cell findings. *J Clin Dent* 2017;28:16-26. 14. Tao et al. Assessment of the Effects of a Novel Stabilized Stannous Fluoride Dentifrice on Gingivitis in a Two-Month Positive-Controlled Clinical Study *J Clin Dent*. 2017 Dec;28(4 Spec No B): B12-16. 15. Biesbrock A, et al. The effects of bioavailability gluconate chelated stannous fluoride dentifrice on gingival bleeding: Meta-Analysis of eighteen randomized controlled trials. *J Clin Periodontol* (2019) December. 16. Suszcynsky-Meister E et al. *J Dent Res* (2018) 97 (Spec Iss A): Abstract 994.