

L'EXPLORATEUR

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

L'ENSEIGNEMENT DES PRINCIPES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE, au cœur de la profession!

LA PROMOTION DE VOS
PRODUITS D'HYGIÈNE DENTAIRE
PRÉFÉRÉS : LA LIMITE À NE PAS
TRANSGRESSER!

MODÈLES DE CHANGEMENT
COMPORTEMENTAL : LES
RUDIMENTS DE L'ENTRETIEN
MOTIVATIONNEL

FICHE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE



**BANQUE
NATIONALE**



**Profitez d'économies
annuelles avec notre offre
bancaire privilégiée pour
les hygiénistes dentaires**

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

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: L'ENSEIGNEMENT DES PRINCIPES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

- 11 **LA PROMOTION DE VOS PRODUITS D'HYGIÈNE DENTAIRE PRÉFÉRÉS: LA LIMITE À NE PAS TRANSGRESSER!**
- 14 **MODÈLES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL: LES RUDIMENTS DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**
- 19 **OBSTACLES ET FACTEURS CONTRIBUTIFS À L'UTILISATION DES SOINS DENTAIRE CHEZ LES SOIGNANTS ISSUS DE LA DIVERSITÉ CULTURELLE ET LINGUISTIQUE: UNE REVUE SYSTÉMATIQUE À MÉTHODES MIXTES**
- 40 **FICHE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE**

42 **EXPLORATEUR VIRTUEL**

En savoir plus sur l'enseignement des principes d'hygiène buccodentaire

43 **CÉGEP**

Une immersion culturelle et professionnelle au cœur de la communauté Anishinabe de l'Abitibi-Témiscamingue

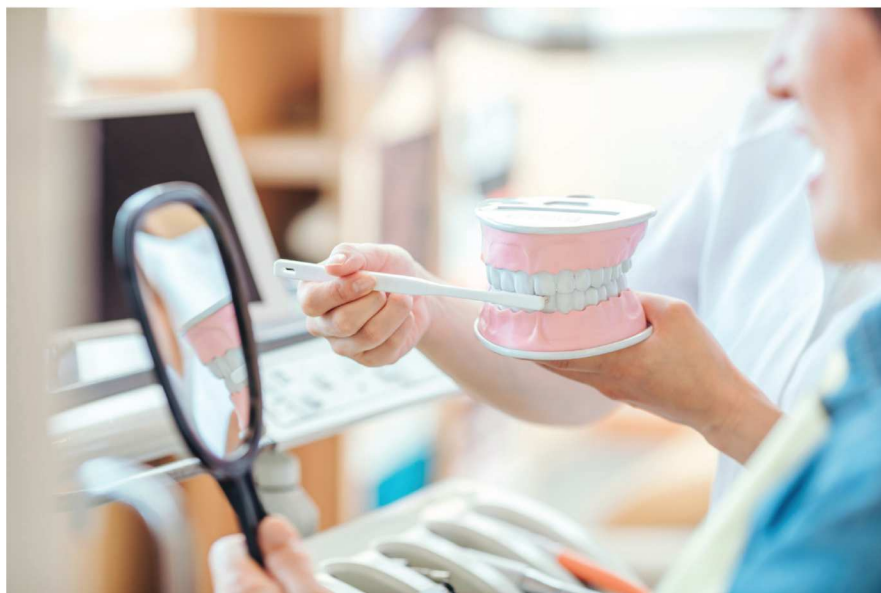
Le département d'hygiène dentaire du Cégep de Trois-Rivières en Belgique!

Journée jumelage au Cégep de l'Outaouais

48 **MESSAGES OHDQ**

49 **SERVICES FINANCIERS DE LA BANQUE NATIONALE**

Nos conseils pour adapter son budget à une nouvelle réalité



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., trésorière
Sud-Est	M ^{me} Véronique Dionne, H.D.
Nord-Est	M ^{me} Anne Prévost, H.D.
Sud	M ^{me} Kim Farrell, H.D., vice-présidente
Centre	M. Franck Giverne, H.D.
Nord-Ouest	M ^{me} Thi Sopha Son, H.D.
Centre	M ^{me} Josée Tessier, H.D.

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

Sophie Paquin Petitjean, 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, CRHA

Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

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

Rédaction:

Susan Badanjak, H.D., M. Sc. DH, responsable du développement de la profession
 Julie Boudreau, H.D., syndique
 M^e Laurence Rey El fatih, avocate, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe
 Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire
 Gilles Vilasco, rédacteur et réviseur, Services-conseils en communications écrites
 Cécile Bastide, adjointe à la présidence et aux communications
 Jean-François Lortie, H.D., B.Éd., président
 Joëlle Masengu Mbanga, H.D., coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Production

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. Dans les articles produits pour ce numéro, la graphie française des termes autochtones applique les principes, règles et usages terminologiques et typographiques édictés par le Bureau de la traduction. Conformément à l'usage, les articles reproduits avec autorisation respectent l'autorité de la chose publiée.

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2023

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

ENSEIGNER LES PRINCIPES D'HYGIÈNE BUCCALE: EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET AUTONOMIE DU CLIENT

L'enseignement des principes d'hygiène buccodentaire est au cœur de la profession. Comme le rappelle le Mot du président, « Notre rôle de professionnels de la prévention en santé buccodentaire est essentiel pour l'instauration d'une bonne routine et l'amélioration de la santé buccodentaire de la population. » Dans le contexte de la modernisation de la profession et du changement de réglementation qui l'accompagne, le soutien à la pratique des hygiénistes dentaires est plus que jamais stratégique et demeure la priorité.

Certes, le questionnaire médical de la « Fiche de santé buccodentaire » a pour finalité de mieux connaître le client pour mieux le servir. Parvenu à l'étape d'enseigner les principes d'hygiène buccale, pour promouvoir et faciliter l'acquisition d'une routine, quoi de plus facile que de recommander vos produits d'hygiène dentaire préférés, n'est-ce pas? Cependant, connaissez-vous la fragile limite à ne pas transgresser? Il nous est apparu profitable de rappeler quelques définitions de base: conflit d'intérêts, indépendance professionnelle, obligations déontologiques... Et, au-delà des principes théoriques, Laurence Rey el fatih, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe et Julie Boudreau, H.D. et syndique fournissent quelques exemples qui permettent de facilement identifier et gérer une situation potentielle de conflit d'intérêt ou de manque d'indépendance professionnelle.

Mais, au cœur de la routine, comme pour danser en équilibre avec un partenaire, il faut être deux: un *client* et un *clinicien*. Or, si « L'éducation et l'instruction en matière d'hygiène buccodentaire centrées sur le client jouent un rôle important dans le processus de soins d'hygiène dentaire [...] il n'est pas rare que ces méthodes conventionnelles échouent à la fois pour le client et pour le clinicien. » Cette entrée en matière de Susan Badanjak, H.D. et responsable du développement de la profession dans « Modèles de changement comportemental: les rudiments de l'entretien motivationnel », nous place immédiatement au cœur de cette relation duelle. Quels moyens sont les plus efficaces pour améliorer le comportement en matière d'hygiène buccodentaire? Ces moyens reposent-ils sur un modèle particulier à préconiser? Le modèle des croyances en matière de santé (MCMS), largement utilisé dans les milieux médicaux et en santé publique? Le modèle transthéorique de changement de comportement (MTCC), utile pour accompagner un client vers la santé? En d'autres termes, comment réaliser un entretien motivationnel (EM) fructueux? Au terme de la lecture de cet article et de la revue exhaustive de littérature effectuée, vous découvrirez vraisemblablement avec grand intérêt que « Pour enseigner et pratiquer l'EM, il faut connaître les fondements des modèles de changement de comportement. Pour être efficaces dans ces efforts, les praticiens de la santé en hygiène dentaire doivent d'abord apprendre les principes de base, les théories, les résultats de recherche et les méthodes des sciences sociales et comportementales pour éclairer leurs efforts dans l'application des techniques d'EM. Sans cette base, il est impossible de pratiquer un EM fondée sur des preuves. »

Valse ou Tango, il faut encore et toujours être deux, n'est-ce pas? Le client et le praticien sont aussi à l'honneur dans l'article scientifique que le comité éditorial a retenu pour vous: « Obstacles et facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants issus de la diversité culturelle et linguistique: une revue systématique à méthodes mixtes ». Les inégalités observées quant à l'utilisation des soins dentaires, largement répandues dans les communautés culturellement et linguistiquement diverses (*Culturally and Linguistically Diverse* [CALD]), constituent-elles un facteur aggravant, limitant l'acquisition de saines habitudes d'hygiène dentaire? Les trois auteurs concluent ainsi leur revue systématique: « Les fournisseurs de soins dentaires doivent créer des environnements favorables et propices à la confiance, élaborer des stratégies de communication et nouer des relations respectueuses afin de répondre aux besoins en soins dentaires des communautés CALD. » Cette revue de littérature « renforce les données probantes en faveur de l'élaboration de politiques multidimensionnelles liées au système et des services adaptés aux différentes cultures en vue de réduire les inégalités relatives aux soins buccodentaires chez les soignants CALD. » Ainsi, les auteurs soulignent « la nécessité de procéder à des changements systémiques et de perfectionner les compétences des fournisseurs de soins de santé en vue de promouvoir et d'intégrer les soins buccodentaires dans la couverture sanitaire universelle. »

Bonne lecture!

Le comité éditorial

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 – l'intégrité

Hydropulseur¹

n°1

60
ANS

waterpik[™]
hydropulseur[™]



Ça marche parce qu'ils l'utilisent.

(Et parce que c'est un produit Waterpik^{MD}.)

Waterpik^{MD},



une efficacité démontrée dans plus de **70 études cliniques**¹.

Waterpik^{MD} compte



25 modèles d'hydropulseurs, y compris des produits en vente libre pour un usage à domicile ainsi que des produits sans fil, en plus de **7 embouts uniques** pour répondre à tous les besoins en matière de soins bucco-dentaires.

Waterpik^{MD} était jusqu'à

2x plus efficace que la soie dentaire pour diminuer les saignements des gencives².

Waterpik^{MD} était jusqu'à

50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives³.

Waterpik^{MD} a éliminé jusqu'à

99,9 % de la plaque sur les zones traitées⁴.

Inscrivez-vous au programme Avantages de Waterpik^{MD}!

- ✓ Rabais sur les produits Waterpik^{MD}
- ✓ Ressources éducatives
- ✓ Offres exclusives
- ✓ Résumés de recherche et données cliniques
- ✓ Conçu exclusivement pour les professionnels de la santé dentaire

Inscrivez-vous au programme Avantages de Waterpik^{MD} au [waterpik.ca/inscription](https://www.waterpik.ca/inscription).

1. Données internes. Water Pik Inc.

2. Rosema NAM, et al. The effect of different interdental cleaning devices on gingival bleeding. *J Int Acad Periodontol*. 2011;13(1):2-10.

3. Barnes CM, 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.

4. Gorur A, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent*. 2009;30(Suppl 1):1-6.

waterpik[™]
PROGRAMME
AVANTAGES



Le seul hydropulseur à avoir obtenu le sceau de l'ADC. 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.



ET VOUS, QUELS SONT VOS TALENTS CACHÉS?

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



Avez-vous vu notre campagne publicitaire sur la modernisation? Vous a-t-elle marqué? Certes, il est difficile de savoir au moment d'écrire ces lignes la portée globale qu'elle aura, mais déjà, je peux vous dire que les retombées sont extrêmement positives. Ce plan de communication de grande envergure s'échelonne sur deux ans et vise à faire connaître au public tout ce que l'hygiéniste dentaire peut faire pour assurer la réalisation de son plan de soins d'hygiène dentaire.

Au fur et à mesure que nous publierons les feuillets explicatifs de nos activités réservées, le public aussi en sera informé par le biais de nos différentes plateformes *Ma santé mon sourire*.

Et ce n'est pas tout! Qui dit mois d'avril, dit mois de la santé buccodentaire, donc le lancement de notre nouvelle campagne annuelle destinée au grand public sur les bonnes habitudes pour une saine hygiène dentaire. Cette année, le thème de notre campagne est *La routine: les bons gestes, les bons outils, suivis avec l'hygiéniste dentaire*. L'enseignement des mesures d'hygiène est un élément clé pour maintenir une bonne santé buccodentaire et la population est bombardée d'informations de toute part. La routine quotidienne, nous le savons, peut faire une grande différence dans la prévention des problèmes buccodentaires, mais encore faut-il que nos clients utilisent les bons adjuvants dentaires adaptés à leur situation. Raison de plus, pour nous, d'être à jour sur ces derniers, mais aussi sur les bonnes méthodes et les techniques soutenues par la science. Enfin, cette routine comprend également des consultations régulières avec l'hygiéniste dentaire pour une évaluation complète et des suivis appropriés. Notre rôle de professionnels de la prévention en santé buccodentaire est essentiel pour l'instauration d'une bonne routine et l'amélioration de la santé buccodentaire de la population.

DES MOYENS DE COMMUNICATION APPRÉCIÉS ET PERTINENTS

Dans le but d'accroître le rayonnement et la notoriété l'Ordre - objectif de notre plan stratégique 2021-2025 -, nous vous avons sondé l'année dernière au sujet de nos différents moyens de communication afin de savoir s'ils répondaient toujours à vos besoins et connaître votre degré de satisfaction. Près de 600 d'entre vous ont pris le temps de répondre à ce sondage et je vous en remercie, car les résultats obtenus sont très positifs. En voici d'ailleurs quelques faits saillants:

- *L'Explo+* est considéré comme pertinent par 100 % des répondants;
- *L'Explorateur* est lu par 92% des répondants;
- *L'info Modernisation* est le moyen de communication le plus discuté entre collègues;
- Le portail membre du site Web de l'Ordre, incluant les activités de formation continue, est le plus utile et le plus consulté;
- La page Facebook est très peu connue des membres;
- Le microsite *Ma santé mon sourire* est méconnu, mais très apprécié par les membres qui le connaissent.

Les valeurs de référence obtenues dans ce sondage ainsi que les commentaires que vous avez formulés nous ont permis d'adopter un plan d'action afin d'améliorer nos outils de communications. Vous serez donc à même de constater certains changements, certaines améliorations au courant de la prochaine année.

En terminant, je vous rappelle que le deuxième mardi du mois d'avril est la Journée de l'hygiéniste dentaire au Québec. L'objectif de cette journée est de faire rayonner notre profession et de rappeler à la population que l'hygiéniste dentaire est reconnu pour son expertise en prévention des maladies buccodentaires. Afin de souligner cette journée, je vous invite à être présent, en ligne, le mardi 11 avril prochain où je ferai une conférence sur l'avancement des travaux sur la modernisation et je présenterai le plan d'action stratégique pour l'année 2023-2024. Surveillez nos communications pour vous inscrire.

Bon mois de la santé buccodentaire!

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



Profitez de la force de votre groupe



L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec fait équipe avec La Personnelle pour vous offrir :



Des tarifs de groupe exclusifs en assurance auto, habitation et entreprise



Des protections personnalisées



Un service hors pair

Découvrez pourquoi **85 %** de nos clients nous ont choisis pour faire le plein d'économies et restent avec nous pour la **qualité du service**¹.

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.

La marque La Personnelle^{MD} ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence.

Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

1. Analyse comparative de l'expérience client SOM 2018 sur les principaux assureurs habitation et automobile en Ontario et au Québec.



LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES HYGIÉNISTES DENTAIRES, AU CŒUR DE NOTRE MANDAT DE PROTECTION DU PUBLIC

– JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



Dès la préparation de son plan stratégique 2021-2025, il était clair pour l'Ordre qu'il devait investir davantage de ressources pour soutenir le développement professionnel des hygiénistes dentaires. En plus de diversifier l'offre d'activités de formation continue, il devenait impératif de mettre en place une plateforme technologique permettant un accès facilité à des activités de développement des compétences répondant aux

meilleures pratiques du domaine. À titre d'hygiénistes dentaires, vous savez que la prévention doit prévaloir sur l'intervention! Contribuer au maintien de la compétence des hygiénistes dentaires est ainsi l'un des meilleurs moyens pour protéger le public.

Le plan stratégique de l'Ordre prévoit trois chantiers majeurs relatifs au développement professionnel des hygiénistes dentaires :

- Le déploiement d'une plateforme d'apprentissage en ligne ;
- La bonification annuelle du programme de formation continue ;
- La révision de l'encadrement de la formation continue des hygiénistes dentaires.

Depuis l'automne 2021, en prévision de ces chantiers, l'Ordre a attribué davantage de ressources humaines au secteur du développement professionnel auquel se consacrent à temps plein une coordonnatrice et une adjointe administrative, en plus de la contribution de la commis-réceptionniste sur le plan de la gestion logistique des activités. L'arrivée en mai 2022 d'une directrice de l'exercice de l'hygiène dentaire complète l'équipe qui se dévoue à ce secteur d'activités.

L'ÉQUIPE DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DE L'OHQD

- Annie Deguire, H.D., directrice de l'exercice de l'hygiène dentaire
- Dieuline Jean-Charles, H.D., coordonnatrice du développement professionnel
- Marjory Delpuch, adjointe administrative au développement professionnel
- Liliane Mukendi, commis-réceptionniste

Le déploiement d'une plateforme d'apprentissage en ligne

À la suite d'un appel de propositions ciblé, l'Ordre a retenu les services de la firme SVI eSolutions pour l'offre d'une plateforme d'apprentissage en ligne réservée aux hygiénistes dentaires. Les travaux commencés dès le début de l'exercice 2022-2023 ont culminé par la mise en ligne du *CampusHD* le 16 février 2023!

Cette plateforme permet notamment :

- L'inscription aux activités de développement professionnel de l'Ordre ;
- Le suivi en temps réel du nombre de places disponibles dans les différentes activités ;
- La gestion des activités en salle, virtuelles ou hybrides ;
- Le suivi de son dossier de développement professionnel par les hygiénistes dentaires ;
- Le suivi de sa progression dans les activités auxquelles une personne est inscrite ;
- La gestion en ligne des mesures d'évaluation des activités de formation ;
- La communication avec les personnes inscrites ;
- Et bien d'autres !

De surcroît, cette plateforme permet de créer différents profils d'utilisateurs et sera utile également aux candidats à la profession et aux étudiants du programme Techniques d'hygiène dentaire.

Vous êtes donc invités à explorer à fond le *CampusHD* et à surveiller le catalogue d'activités qui évoluera rapidement au fil des prochains mois!

La bonification annuelle du programme de formation continue

L'Ordre s'est engagé à bonifier son offre d'activités de développement professionnel d'au moins cinq nouveautés par année! Vous devez donc consulter fréquemment le *CampusHD*, *L'Explorateur* et le bulletin *L'Explo+* pour être bien informés des nouvelles activités offertes et vous y inscrire avant que les places ne s'envolent!

La révision de l'encadrement de la formation continue des hygiénistes dentaires

Un autre chantier qui connaît d'importantes avancées est la révision de l'encadrement de la formation continue des hygiénistes dentaires.

Depuis 2008, les hygiénistes dentaires doivent se conformer à la Politique de formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires. En 2021-2022, l'Ordre a effectué une évaluation de cette politique sur les plans de sa gestion par l'Ordre et de son application par les hygiénistes dentaires. Plusieurs besoins d'amélioration sont ressortis de cette évaluation, notamment la nécessité d'avoir des outils informatisés et performants pour en assurer le suivi, tant par l'Ordre que par les hygiénistes dentaires. Des suites de cette évaluation, l'Ordre a pris la décision d'effectuer la transition d'une politique vers un règlement de formation continue obligatoire. Depuis 2008, année de l'introduction au Code des professions de la disposition permettant à un ordre d'adopter un règlement de formation continue pour l'ensemble de ses membres, la majorité des ordres ont adopté un tel règlement. L'Ordre des hygiénistes dentaires est l'un des rares à ne pas avoir encore effectué cette transition.

Lors de sa séance de janvier 2023, le Conseil d'administration a approuvé un projet de règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires. L'Ordre l'a ensuite transmis à l'Office des professions du Québec pour obtenir ses commentaires.

Une des prochaines étapes sera la consultation de l'ensemble des membres de l'Ordre sur ce projet de règlement. Cette consultation devrait survenir au cours des six premiers mois de l'exercice financier 2023-2024. À titre d'hygiéniste dentaire, vous aurez donc l'occasion de vous prononcer sur ce projet de règlement en nous transmettant vos commentaires.

En parallèle, l'Ordre travaille avec l'équipe de programmeurs de SVI eSolutions pour préparer le CampusHD afin qu'il permette la gestion des exigences du futur règlement, et ce, tant par les hygiénistes dentaires que par l'Ordre. Les premiers échanges sur ces travaux ont déjà eu lieu, car nous devons nous assurer d'être prêts dès l'entrée en vigueur du nouveau règlement.

LE POINT SUR LA MODERNISATION

Le résumé suivant offre une synthèse des travaux réalisés par l'Ordre et ses partenaires depuis le début de l'année 2023.

Une campagne publicitaire nationale pour informer la population du Québec sur la modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire

Dès la mi-janvier 2023, l'Ordre a déployé sa campagne publicitaire nationale visant à informer les Québécoises et les Québécois sur la modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire. Cette campagne, sous le thème « Les talents cachés des hygiénistes dentaires, vous en resterez bouche bée! », vise à sensibiliser la population sur les activités réservées aux hygiénistes dentaires et la plus grande autonomie professionnelle obtenue à la suite des changements législatifs entrés en vigueur en septembre 2020. Notamment, le public y apprend que l'hygiéniste dentaire peut détenir son propre cabinet!

La stratégie déployée comprend de multiples composantes permettant de rejoindre un vaste public :

- Publicité télévisuelle;
- Publicité radiophonique;
- Présence sur le Web et les médias sociaux;
- Microsite *Ma santé, mon sourire*.

À la fin de cette campagne, on pourra ainsi affirmer que des millions de Québécoises et de Québécois auront entendu parler de la profession d'hygiéniste dentaire!

Et ce n'est pas terminé! L'Ordre prépare la stratégie de la deuxième partie de la campagne qui se déploiera en 2023-2024. Nouveaux messages, nouveaux véhicules médiatiques, encore plus de visibilité pour la profession!

La publication de feuillets explicatifs sur les activités réservées aux hygiénistes dentaires

Les travaux menant à la définition de chacune des activités réservées aux hygiénistes dentaires du Québec sont menés conjointement avec l'Ordre des dentistes du Québec afin d'obtenir une compréhension commune des activités. Avant leur publication, ces définitions font l'objet d'une approbation par le conseil d'administration de chacun des ordres.

Une nouvelle définition publiée depuis janvier 2023

- Effectuer des examens diagnostiques, incluant la prise de radiographie, selon une ordonnance.

Les définitions publiées antérieurement

- Évaluer la condition buccodentaire d'une personne;
- Sceller les puits et les sillons;
- Polir les dents;
- Contribuer aux traitements et suivis orthodontiques, selon une ordonnance.

On trouve ces définitions sur la page [Modernisation](#) du site Web de l'Ordre (www.ohdq.com).

Les travaux visant les définitions des autres activités réservées avancent à grands pas. Il est prévu qu'une bonne partie d'entre elles soient approuvées d'ici la fin de l'exercice financier, soit au 31 mars 2023. Surveillez la parution du prochain bulletin *InfoModernisation* pour tout savoir sur l'évolution de ces travaux.

Par ailleurs, la table des présidents des ordres du domaine buccodentaire a repris ses activités après une pause de quelques semaines pour discuter des enjeux communs aux quatre ordres, tant sur le plan de la modernisation que pour d'autres enjeux communs.

La formation de base des hygiénistes dentaires

L'Ordre continue de soutenir le personnel enseignant des cégeps pour l'intégration des concepts de la modernisation dans leurs activités d'enseignement. Une rencontre d'une journée complète réunissant des enseignantes des neuf cégeps offrant le programme Techniques d'hygiène dentaire et des représentants de l'Ordre s'est tenue le 3 février dernier.

La nouvelle réglementation

- Règlement sur les conditions et modalités permettant à l'hygiéniste dentaire d'effectuer un débridement parodontal non chirurgical sans ordonnance.

Au moment d'écrire ces lignes, l'Ordre était toujours en attente de recevoir les commentaires de l'Office des professions du Québec sur son projet de règlement.

Le soutien à la pratique des hygiénistes dentaires

L'Ordre a mené plusieurs actions de front pour soutenir les hygiénistes dentaires en vue d'intégrer à leur pratique les nouveaux concepts liés à la modernisation de la profession :

- La diffusion d'un bulletin *InfoModernisation* pour informer les membres des actualités liées aux dossiers en cours, dont la publication de feuillets explicatifs ;
- La mise à jour continue du site Web, dont la [foire aux questions](#) destinées aux membres ;

- Le suivi des questions transmises par le courriel PL29@ohdq.com ;

- La poursuite de la préparation d'activités de formation continue sur les activités réservées aux hygiénistes dentaires ;

- La planification du colloque 2023 de l'OHDQ portant exclusivement sur des activités réservées aux hygiénistes dentaires (à mettre à vos agendas : 4 novembre 2023, à Saguenay) ;

- La poursuite des travaux sur la révision des normes de tenue des cabinets et des normes de tenue des dossiers en fonction de la modernisation de la profession.

Des rencontres avec de multiples partenaires de l'Ordre

L'Ordre a adopté un plan d'action pour bien informer les représentants de différentes parties prenantes ayant un lien avec notre mandat de protection du public ou l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire des avancées relatives à ses travaux sur la modernisation de la profession. Entre autres, l'Ordre et des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux se rencontrent chaque mois pour discuter de l'avancement de leurs projets et de leurs travaux respectifs liés à l'exercice de la profession.

On encourage vos passions!

Nous recrutons partout au Québec

Horaire flexible et stable

Salaire compétitif et programme d'avantages sociaux complet

Parcours d'intégration adapté aux finissants

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires !
cv@centreslapointe.com

Lapointe
centres dentaires



LA PROMOTION DE VOS PRODUITS D'HYGIÈNE DENTAIRE PRÉFÉRÉS: LA LIMITE À NE PAS TRANSGRESSER!

- M^e LAURENCE REY EL FATIH, directrice des affaires juridiques et secrétaire adjointe

- JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

L'enseignement des mesures d'hygiène fait partie intégrante de l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire, et ce, depuis fort longtemps. Or, il importe de faire preuve de prudence lorsque vient le temps de publiciser ses services et produits ou encore d'en suggérer ou en recommander à ses clients.

Certains aspects déontologiques sont à prendre en considération, et ce, afin d'éviter les conflits d'intérêts ou encore risquer d'en oublier son indépendance professionnelle¹. En effet, ces deux principes primordiaux sont des gages de confiance qui doivent être les piliers de toute relation professionnelle avec un client.

Qu'est-ce que le conflit d'intérêts?

Tout d'abord, il y a lieu de définir la notion de conflit d'intérêts. Elle peut se résumer comme étant «le fait pour un [professionnel] de se placer dans une situation où il serait susceptible de favoriser soit ses intérêts personnels, soit ceux d'une autre personne plutôt que les seuls intérêts de son client»².

On regroupe généralement les conflits d'intérêts en trois grandes catégories, soient les conflits d'intérêts:

- Réels;
- Apparents et;
- Potentiels³.

On dira du conflit d'intérêts qu'il est **réel** lorsque le professionnel concerné choisit concrètement de préférer ses intérêts personnels ou ceux d'un tiers avant ceux de son client. À titre d'exemple, il pourrait s'agir d'un cas où l'hygiéniste dentaire conclut une entente d'exclusivité avec un fournisseur à l'égard d'un produit d'hygiène dentaire par lequel il ou elle recevrait une ristourne selon le nombre de produits vendus. Dans cette situation, l'hygiéniste dentaire favorise ses intérêts personnels en vendant un produit à son client pour obtenir une ristourne, alors qu'il ne s'agirait pas du produit approprié pour le client dans les faits. Le conflit est réel, car l'hygiéniste dentaire se place concrètement dans une situation où le besoin et l'intérêt de son client sont subordonnés à ses intérêts personnels, soient financiers en l'occurrence.

Le conflit d'intérêts **apparent** implique une situation qui peut être raisonnablement interprétée comme porteur d'un conflit réel, et ce, qu'il le soit ou non. Ce type de conflit d'intérêts se présente lorsque l'hygiéniste dentaire, par exemple, crée une section sur son site internet pour présenter les produits qu'il ou elle préfère recommander à ses clients, comme une marque de dentifrice plutôt qu'une autre ou encore une brosse à dents en particulier. Ceci peut donner lieu de croire à ceux qui consultent le site web que l'hygiéniste dentaire a un parti pris pour ces produits ou ces marques et qu'il ou elle doit sûrement recevoir un avantage de ces fournisseurs, sans que cela soit le cas en réalité.

Le conflit d'intérêts **potentiel** se manifeste, quant à lui, lorsque le professionnel est dans une situation où des intérêts ne sont pas conflictuels, mais qu'ils sont susceptibles de le devenir. On pourrait retrouver ce genre de conflit dans un contexte comme celui où l'hygiéniste dentaire qui exploite son entreprise d'hygiène dentaire louerait ses locaux vacants, dont l'un à un dentiste, dans l'objectif éventuel que ce dernier lui fournisse des ordonnances lorsque requis pour un client.

Et l'indépendance professionnelle quant à elle?

Outre les notions de conflits d'intérêts, il importe aussi que le professionnel puisse exercer son jugement professionnel sans pression indue ou l'influence d'un tiers. Essentiellement, elle peut se définir comme la capacité à faire des choix autonomes et éclairés dans le but d'exercer sans contrainte son jugement professionnel⁴.

Cette indépendance permet au professionnel «de décider dans les domaines de sa compétence de façon autonome, sans intervention de tiers»⁵.

Néanmoins, l'indépendance professionnelle n'est pas totalement absolue. À titre d'exemple, les droits de l'employeur peuvent s'exercer en parallèle au droit d'indépendance professionnelle dans la mesure où les demandes de l'employeur ne vont pas à l'encontre de l'intérêt public, de la loi, des normes reconnues ou des règlements encadrant la profession⁶.

Quelles sont les obligations déontologiques des hygiénistes dentaires en lien avec ces situations ?

Le *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* (ci-après le Code de déontologie), couvre le sujet sur plusieurs articles. En effet, nous y trouvons, dans la Section II des Devoirs et obligations envers le client, un paragraphe entièrement consacré à l'indépendance et au désintéressement que doit avoir l'hygiéniste dentaire dans l'exercice de sa profession. Particulièrement, l'hygiéniste dentaire doit subordonner son intérêt personnel dans l'exercice de sa profession à celui de son client qu'il ou elle doit donc mettre à l'avant-plan⁷.

L'article 24 quant à lui expose quatre situations dans lesquelles l'hygiéniste dentaire serait en conflit d'intérêts.

Le *Code des professions* prévoit aussi que tout professionnel ne peut faussement attribuer à un service ou à un bien un avantage particulier ou encore des caractéristiques de rendement⁸.

Les exemples présentés précédemment démontrent ainsi bien des situations propices à contrevenir aux diverses obligations déontologiques de l'hygiéniste dentaire.

Quelques illustrations

*Pharmaciens c. Bergeron*⁹

Dans cette décision du conseil de discipline, il est reproché à un pharmacien d'avoir fait défaut de subordonner son intérêt personnel et celui de la société de pharmaciens dans laquelle il a des intérêts à celui de ses clients en leur vendant sa propre préparation, comme solution de rinçage, alors qu'il existait une préparation commerciale plus avantageuse pour ses clients. C'est notamment en raison de la grande différence de prix des seringues de rinçage (225 \$ pour la solution du pharmacien Bergeron et 71,96 \$ pour le produit commercial) que la patiente se questionne alors sur la différence de prix entre deux pharmacies.

Le pharmacien sera reconnu coupable de cette infraction et dans le cadre de sa décision sur sanction, le conseil de discipline de l'Ordre des pharmaciens rappelle que les obligations d'indépendance, de désintéressement et d'agir dans le seul intérêt du client sont des obligations fondamentales qui vont au cœur de la profession. Le conseil mentionne plus particulièrement ce qui suit :

« [61] En effet, le pharmacien, malgré l'existence d'une entente avec les autorités gouvernementales permettant la vente de produits fabriqués de façon magistrale, doit user de son jugement. Une telle entente ne peut servir comme facteur déresponsabilisant.

[62] En acceptant de vendre à ses clients des médicaments de fabrication magistrale à un prix bien supérieur au même produit de fabrication commerciale, l'intimé favorise ses intérêts personnels au détriment de celui de ses clients.

[63] Le Conseil retient que la conduite de l'intimé fait ainsi perdre au public la confiance en la profession de pharmacien puisqu'il s'attend que ce dernier fasse preuve d'indépendance et de désintéressement. »¹⁰

*Collège des médecins c. Beauregard*¹¹

Cette affaire concerne un chirurgien plasticien (l'intimé) à qui il était reproché d'avoir publié sur son site internet une information fausse ou trompeuse pour le public quant à la nature d'un traitement esthétique. Plus particulièrement, on retrouvait notamment sur la section portant sur la mammoplastie de son site internet l'affirmation suivante : « Le meilleur implant mammaire à Montréal ». À cet effet, le conseil de discipline souligne que cette affirmation est incomplète et laisse ainsi faussement croire au public que l'intimé offre de meilleurs services en mammoplastie que les autres chirurgiens plastiques.

De plus, toujours sur le site internet du médecin plasticien, on pouvait y retrouver une publicité concernant le traitement par injection Juvéderm sous la rubrique « Lifting facial », avec une photo d'une femme recevant une injection sur le visage, et ce, alors que ce traitement ne constitue pas un « lifting facial », soit une intervention chirurgicale visant à retendre les tissus.

Concernant cette infraction, le Conseil de discipline rappelle les obligations qui incombent aux médecins et que ces derniers ne peuvent faire ou permettre que soit faite en leur nom, une publicité ou une représentation fausse, trompeuse ou incomplète à l'égard du public, notamment quant à l'efficacité de ses services ou en faveur d'un médicament, d'un produit ou traitement.

« [48] Il s'agit d'obligations déontologiques importantes en ce qu'elles assurent que le consentement du bénéficiaire des services médicaux soit éclairé.

[49] Un manquement à cet égard est donc objectivement grave en raison des conséquences qu'il est susceptible d'avoir sur le choix du patient à l'égard du médecin avec qui il décide d'établir une relation professionnelle.

[50] Incidemment, une telle inconduite ébranle la confiance que le public accorde au professionnel concerné en plus d'entacher celle de l'ensemble des autres membres qui exercent la même discipline. »

Une amende de 2500 \$ pour chacune de ces infractions a été imposée au médecin concerné.

Comment reconnaître et gérer une situation de conflit d'intérêt ou de manque d'indépendance professionnelle ?

À la lumière des concepts définis ci-haut, il est maintenant possible d'imaginer plusieurs situations pouvant entraîner ou constituer une source potentielle de conflits d'intérêts. C'est pourquoi il y a lieu de faire preuve de beaucoup de vigilance.

Ainsi, la première chose à faire est d'être en mesure de reconnaître une situation susceptible d'occasionner un conflit d'intérêts ou d'interférer avec son jugement professionnel. Il sera alors ensuite avisé de se questionner en affrontant cette situation (intérêts en cause, conséquences probables, etc.) et de prendre une décision en conséquence.

Par exemple, l'hygiéniste dentaire peut se poser les questions qui suivent :

- Quels sont les intérêts en cause ?
- Est-ce que je tire un avantage personnel de la situation ?
- Est-ce qu'un tiers qui m'est proche pourrait retirer un bénéfice de la situation ?
- Si j'étais un observateur externe à la situation ou que je me plaçais à la place de mon client, est-ce que je verrais un inconvenient à ce que j'ai des intérêts dans cette situation ?
- Mes collègues, mon employeur ou le public en général serait-il appelé à mettre en question mon intégrité et mon jugement professionnel sachant que je suis dans cette situation ?
- Le fait d'avoir un intérêt ou de recevoir un avantage a-t-il une influence sur les décisions que je prends en regard du client ?
- Suis-je en mesure de justifier ma prise de position en regard de ma situation ?
- Y a-t-il un tiers qui exerce une pression indue qui a une influence sur ma prise de décision et qui interfère avec mon jugement professionnel ?

Les réponses à ces questions permettront d'identifier la réelle source du problème, le cas échéant, et d'agir en conséquence.

En somme, avant de publier la liste de ses produits préférés en hygiène dentaire, il y a lieu d'y penser à deux fois ! Cela pourrait donner, par exemple, l'impression à un tiers que l'hygiéniste dentaire tire profit en publicisant le produit d'une entreprise plutôt qu'un autre. Également, selon le contenu de l'information publiée pour chacun des produits présentés, cela pourrait mener le public à croire que ce produit est « le meilleur », alors que ce n'est peut-être pas le cas selon les données probantes ou simplement selon la condition buccodentaire propre à chaque client.

Pour assurer le lien de confiance indispensable à la relation professionnel-client, il est primordial pour le professionnel de veiller à l'intégrité de cette relation en préservant son indépendance professionnelle et en ayant les intérêts du client en avant-plan. En étant plus conscient des situations susceptibles d'entraîner des enjeux sur le plan de l'indépendance professionnelle, il sera possible de mieux s'en prémunir.

POUR ALLER PLUS LOIN :

• FORMATIONS :

- « L'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire, un gage de confiance », (Colloque 2021);
- « Déontologie, cas pratique et jurisprudence : ce que vous devez savoir ! » Présentée dans le cadre du Congrès de l'OHDQ 2022 (webinaire à venir).

Références :

- 1 *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C -26, r. 140, art. 23.
- 2 Raymond Doray, « Le devoir de confidentialité et le conflit d'intérêts » dans École du Barreau du Québec, *Éthique, déontologie et pratique professionnelle*, Collection de droit 2022-2023, vol. 1, Montréal (QQ), Éditions Yvon Blais, 2022, 51, citant Pierre-Gabriel Guimont, *Le conflit d'intérêts — plus qu'une simple notion légale*, Congrès annuel du Barreau du Québec, 1990.
- 3 « Pour des relations professionnelles intègres — Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts », OIIQ, 2006
- 4 Ordre des pharmaciens du Québec, *L'interaction, Été 2019, volume 8, numéro 4*.
- 5 *Infirmières et infirmiers c. McLeod-Doucet*, 1992, D.D.C.P. 93, p. 98.
- 6 *Couture c. Ingénieurs-forestiers*, 2005 QCTP 95.
- 7 *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C -26, r. 140, art. 21.
- 8 *Code des professions*, RLRQ, c. C-26, art. 60.3.
- 9 *Pharmaciens c. Bergeron*, 2020, QCCDPA 22.
- 10 Ibid
- 11 *Collège des médecins c. Beaugregard*, 2018, CanLII 71591.



MODÈLES DE CHANGEMENT COMPORTEMENTAL : LES RUDIMENTS DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

- SUSAN BADANJAK, H.D., M.Sc. DH, responsable du développement de la profession

INTRODUCTION

L'éducation et l'instruction en matière d'hygiène buccodentaire centrées sur le client jouent un rôle important dans le processus de soins d'hygiène dentaire. Cependant, il n'est pas rare que ces méthodes conventionnelles échouent à la fois pour le client et pour le clinicien. La preuve en est que les lésions carieuses et les maladies parodontales sont encore très répandues dans la pratique clinique. Des preuves limitées montrent qu'un programme d'éducation à la santé buccodentaire centré sur la personne et basé sur la théorie est plus efficace que l'éducation conventionnelle pour améliorer le comportement en matière d'hygiène buccodentaire. Les données montrent une diminution de l'incidence des caries et un contrôle de l'infection parodontale lorsque des modèles basés sur la théorie sont utilisés.

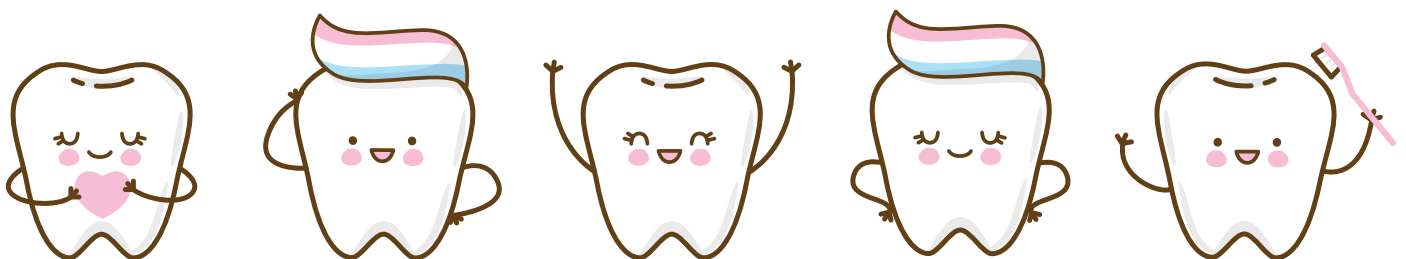
Pour comprendre la perception de la maladie par une personne et son effet sur le comportement, le modèle des croyances en matière de santé (**MCMS**), largement utilisé dans les milieux médicaux et de santé publique, conceptualise les comportements d'une personne en matière de santé. Le MCMS rend ainsi prévisibles les actions et le comportement d'une personne. Cela fournit des indices sur la manière d'aider le clinicien et le client à identifier et à éliminer les croyances erronées qui conduisent à des comportements et à des conditions malsaines, et à entreprendre des activités pour maintenir et promouvoir la santé. Pour motiver les gens à la santé, il ne suffit pas d'identifier les croyances et les comportements. À cette fin, le modèle transthéorique de changement de comportement (**MTTCC**) est un outil utile pour accompagner un client vers la santé. Utilisés ensemble, ces deux modèles fondés sur des preuves constituent la base de l'entretien motivationnel (**EM**). L'EM doit intégrer des soins fondés sur des preuves, ce qui signifie que les actions suggérées ou utilisées pour modifier le comportement en vue d'atteindre la santé doivent être fondées sur la théorie et la science.

MÉTHODOLOGIE

L'objectif de cet article était de déterminer l'efficacité de l'EM dans la prestation de soins buccodentaires. La base de données PubMed a été explorée exclusivement, en utilisant les termes MeSH « dentisterie » et « hygiène dentaire » et « dentaire » en utilisant l'opérateur booléen « OR » combiné au terme MeSH « entretien motivationnel » en utilisant l'opérateur booléen « AND ». La recherche a été limitée par les termes MeSH et les filtres méta-analyse, revue systématique, 5 ans, humains, anglais et français. Aucun article en français n'a été identifié. Huit articles ont été récupérés et six ont été sélectionnés pour évaluer l'EM dans la parodontite, les lésions carieuses et l'amélioration de l'hygiène buccale orthodontique. Seuls cinq des six articles étaient en accès libre et l'examen systématique de l'amélioration de l'hygiène buccale orthodontique n'a donc pas pu être inclus dans cet examen. Un autre article critique a été trouvé à des fins explicatives sur les modèles de changement de comportement et a également été référencé. La référence indubitable de l'entretien motivationnel est également citée.

L'EM est un style de conseil centré sur la personne qui permet de répondre à l'ambivalence et de renforcer la motivation, en explorant les raisons propres à la personne de changer. Les experts de l'entretien motivationnel, Miller et Rollnick¹, recommandent les principes directeurs suivants :

- Résister au réflexe de redressement ;
- Comprendre les motivations de la personne ;
- Écouter avec empathie ;
- Responsabiliser la personne.



RÉSULTATS

Modèle des croyances relatives à la santé

Mis au point dans les années 1950 par des spécialistes en sciences sociales travaillant dans les services de santé publique américains, le MCMS a été développé à l'origine pour expliquer pourquoi les gens n'adoptaient pas de stratégies de prévention des maladies ou de tests de dépistage pour la détection précoce des maladies². Plus tard, il a été jugé utile pour expliquer la réaction des gens aux symptômes de la maladie et l'adhésion au traitement². Comme pour tout changement de comportement, la première considération est toujours les facteurs de modification, à savoir la démographie et la socio-économie². Le fait de passer par les étapes comportementales de la MCMS conduit, généralement, à un intérêt d'adopter des comportements favorables à la santé². Les six concepts du MCMS sont décrits ci-dessous. La figure 1 illustre le MCMS.

1. Susceptibilité perçue²

Il s'agit de la perception subjective qu'a une personne du risque de contracter une maladie. Le sentiment de vulnérabilité personnelle à une maladie peut varier considérablement d'une personne à l'autre.

2. Gravité perçue²

Il s'agit des croyances d'une personne quant à la gravité de contracter une maladie ou de ne pas la traiter. Les sentiments de gravité varient considérablement d'une personne à l'autre, et souvent une personne prend en compte les conséquences médicales telles que le décès ou l'invalidité et les conséquences sociales, à savoir la vie de famille et les relations sociales, lorsqu'elle évalue la gravité.

3. Avantages perçus²

Il s'agit de la perception qu'a une personne de l'efficacité des diverses actions disponibles pour réduire la menace de maladie ou pour guérir la maladie. La ligne de conduite adoptée par une personne pour prévenir ou guérir une maladie repose sur la prise en compte et l'évaluation de la susceptibilité perçue et des avantages perçus, de sorte que la personne acceptera l'action de santé recommandée si elle est perçue comme bénéfique.

4. Obstacles perçus²

Il s'agit des croyances d'une personne concernant les obstacles à la réalisation d'une action de santé recommandée. Les sentiments d'une personne à l'égard des barrières, ou obstacles, varient considérablement, ce qui conduit à une analyse coûts/avantages. La personne évalue l'efficacité des actions par rapport à la perception qu'elles peuvent être coûteuses, dangereuses, désagréables, longues ou inconfortables.

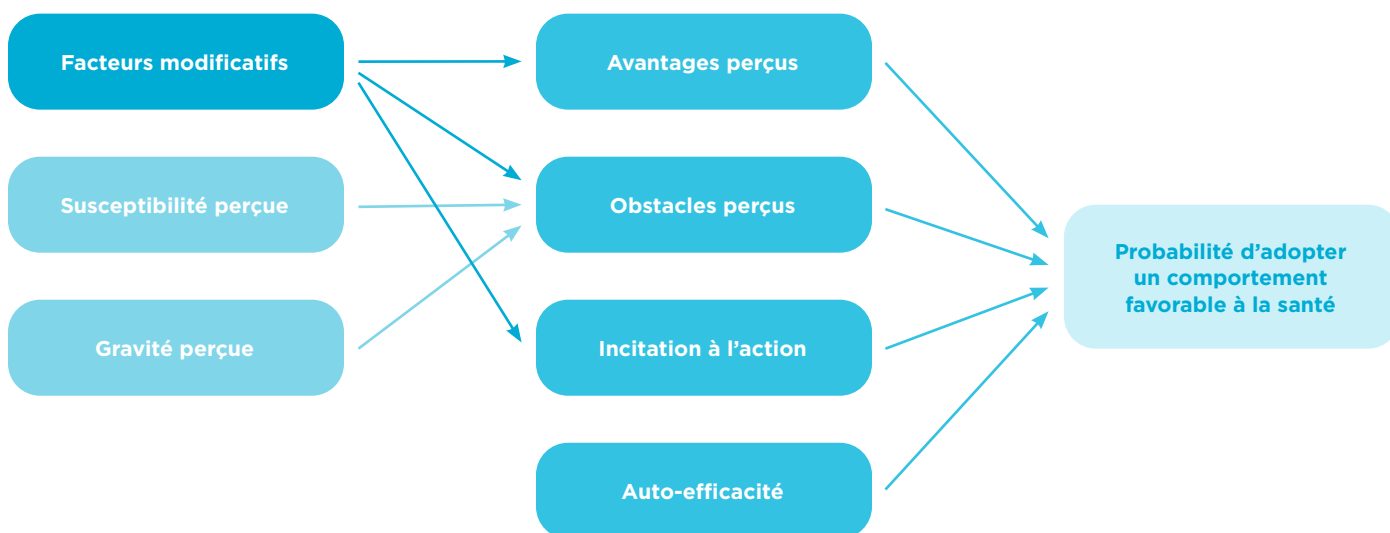
5. Incitation à l'action²

Désigne le stimulus nécessaire pour déclencher le processus de décision d'accepter une action de santé recommandée. Ces indices peuvent être internes (signes et symptômes de la maladie) ou externes (l'hygiéniste dentaire informe de la maladie avec des preuves).

6. Auto-efficacité²

Il s'agit du niveau de confiance d'une personne dans sa capacité à réussir un comportement. Ce concept a été ajouté au modèle dans les années 1980. L'auto-efficacité est une construction dans de nombreuses théories comportementales, car elle est directement liée au fait qu'une personne adopte ou non le comportement souhaité.

FIGURE 1: Modèle des croyances relatives à la santé^a



^a Inspiré de Lamorte WW., *Behavioral Change Models*, Boston University of Public Health

Le modèle transthéorique de changement de comportement

Le modèle transthéorique de changement de comportement (MTTCC), également connu sous le nom de **modèle des étapes du changement**, a été élaboré dans les années 1970². Il s'est développé à partir d'études portant sur les expériences des consommateurs de tabac qui ont cessé de fumer par eux-mêmes, par rapport à ceux qui ont eu besoin d'une intervention supplémentaire². Il a été déterminé que les gens n'arrêtent de fumer que s'ils sont prêts à le faire². Ainsi, le MTTCC se concentre sur la prise de décision de l'individu et constitue un modèle de changement intentionnel². Le MTTCC part du principe que les gens ne changent pas de comportement ou de dépendance de manière rapide et décisive, mais que le changement de comportement ou de dépendance se fait de manière continue par le biais d'un processus cyclique². Le MTTCC n'est pas tant une théorie qu'un modèle, dans lequel différentes théories et constructions comportementales peuvent être appliquées à différentes étapes du modèle, là où elles sont le plus efficaces². En tant que modèle cyclique, on peut entrer, sortir ou rentrer dans le processus à n'importe quel stade². En théorie, il ressemble beaucoup au modèle de processus de soins de l'hygiène dentaire, mais les étapes elles-mêmes sont différentes.

Le MTTCC postule que les individus passent par six étapes de changement dans les comportements liés à la santé². Pour chaque étape de changement, différentes stratégies d'intervention fondées sur des données probantes peuvent être utilisées pour faire passer efficacement la personne à l'étape de changement suivante, puis à travers le modèle jusqu'à la fin, l'étape idéale du comportement². Les six concepts du MTTCC sont expliqués ci-dessous. La figure 2 illustre le modèle MTTCC.

1. Pré-réflexion²

À ce stade, les personnes n'ont pas l'intention d'agir dans un avenir prévisible, c'est-à-dire dans les six prochains mois. Les gens ne sont souvent pas conscients que leur comportement soit problématique ou produit des conséquences négatives. Les personnes à ce stade sous-estiment souvent les avantages d'un changement de comportement et accordent trop d'importance aux inconvénients de ce changement.

2. Contemplation²

À ce stade, les personnes ont l'intention d'adopter un comportement sain dans un avenir prévisible, c'est-à-dire dans les six prochains mois. Les personnes reconnaissent que leur comportement peut être problématique, et une considération plus réfléchie et pratique des avantages et des inconvénients d'un changement de comportement a lieu, avec une importance égale accordée aux deux. Malgré cette reconnaissance, les gens peuvent encore ressentir une certaine ambivalence à l'idée de changer leur comportement.

3. Préparation²

À ce stade, les personnes sont prêtes à agir dans les 30 jours à venir. Les gens commencent à faire de petits pas vers le changement de comportement et ils sont convaincus qu'un changement de comportement peut conduire à une vie plus saine.

4. Action²

À ce stade, les personnes ont récemment modifié leur comportement, c'est-à-dire au cours des six derniers mois, et ont l'intention de continuer à aller de l'avant avec ce changement de comportement. Elle peut le faire en modifiant son comportement problématique ou en adoptant de nouveaux comportements sains.

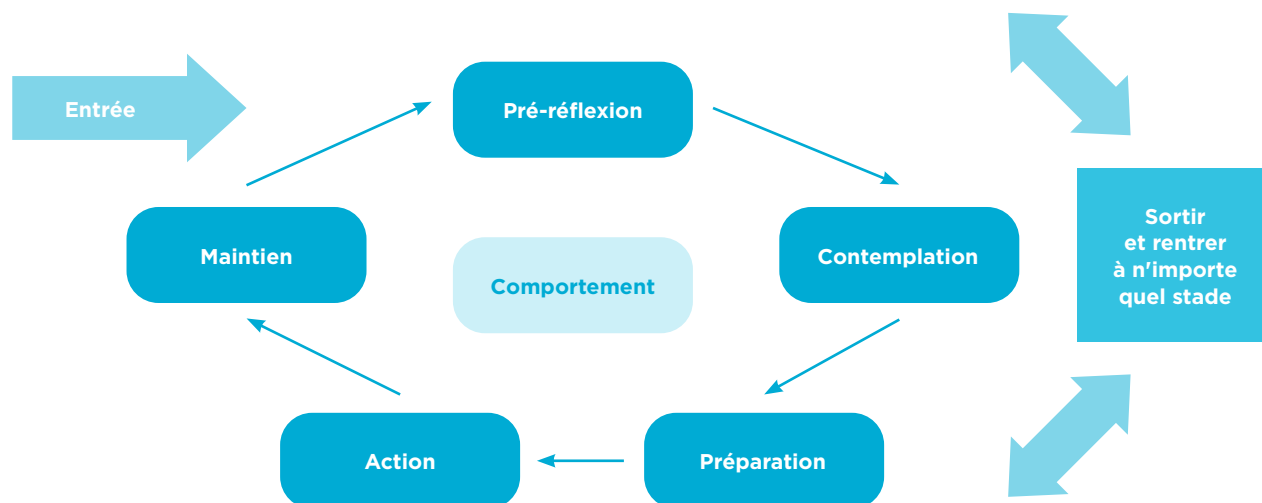
5. Maintien²

À ce stade, les personnes ont maintenu leur changement de comportement pendant un certain temps (plus de six mois) et ont l'intention de continuer à le faire. Les personnes qui se trouvent à ce stade s'efforcent de prévenir les rechutes vers les stades précédents.

6. Résiliation²

À ce stade, les personnes n'ont aucun désir de revenir à leurs comportements malsains et sont sûres de ne pas rechuter. Comme cette étape est rarement atteinte et que les gens ont tendance à rester au stade du maintien, elle n'est souvent pas prise en compte dans les programmes de promotion de la santé.

FIGURE 2: Modèle transthéorique de changement de comportement des croyances^a



^a Inspiré de Lamorte WW., *Behavioral Change Models*, Boston University of Public Health

Données d'études

Comme mentionné précédemment, les données d'études de haut niveau et de haute qualité sur l'EM, en ce qui concerne les professionnels de la santé buccodentaire, sont très limitées. Néanmoins, il existe trois ensembles de données qui peuvent être examinés. Ces ensembles de données évaluent le changement de comportement des personnes après avoir suivi un EM.

En ce qui concerne l'effet de l'EM sur les changements de comportement des personnes atteintes de maladies parodontales, les revues systématiques démontrent que les interventions psychosociales basées sur la thérapie cognitivo-comportementale peuvent favoriser de meilleurs changements de comportement en matière d'hygiène buccodentaire et renforcer l'adhésion à l'auto-soin^{3,4}. Ces données doivent être interprétées avec prudence et circonspection, car elles ne sont basées que sur deux revues systématiques^{3,4}.

Une seule revue systématique et trois méta-analyses sur l'EM pour les caries, en particulier les caries de la petite enfance (CPE), ont été retrouvées. Les auteurs ont déterminé qu'une approche basée sur l'EM permettait d'éviter des dents cariées, manquantes ou obturées (caod) chez les jeunes enfants⁵⁻⁷. L'EM modifie potentiellement le comportement et les connaissances, réduisant ainsi l'CPE chez les enfants ayant une expérience de la carie⁵⁻⁷. Les données doivent être interprétées avec prudence, car les études utilisées pour la revue systématique et la méta-analyse présentaient une grande variété méthodologique⁵⁻⁷.

DISCUSSION

Il existe plusieurs limites du MCMS qui freinent son utilité dans le domaine de la santé buccodentaire. Les limites du modèle sont les suivantes¹:

- Le modèle ne tient pas compte des attitudes, des croyances, des besoins d'une personne ou d'autres déterminants individuels qui dictent l'acceptation d'un comportement de santé par une personne;
- Il ne tient pas compte des comportements qui créent une dépendance et où l'auto-efficacité peut être contrecarrée;
- Il ne tient pas compte des comportements qui sont adoptés pour des raisons non liées à la santé, comme l'acceptabilité sociale;
- Il n'évalue pas les facteurs environnementaux ou économiques qui peuvent interdire ou promouvoir l'action recommandée;
- Il suppose que tout le monde a accès à la même quantité d'informations ou de connaissances en matière de santé sur la maladie;
- Il suppose que les incitations à l'action sont largement répandues pour encourager les gens à agir et que les actions en faveur de la santé constituent l'objectif principal du processus décisionnel.

Plusieurs limites du MTCC doivent être prises en compte lors de l'utilisation de cette théorie en santé buccodentaire. Les limites du modèle comprennent les éléments suivants¹:

- La théorie ignore le contexte social dans lequel le changement se produit, comme le statut socio-économique;
- Les frontières entre les étapes peuvent être arbitraires, sans critères établis sur la façon de déterminer l'étape de changement d'une personne. Les questionnaires qui ont été élaborés pour classer une personne à un stade de changement ne sont pas toujours normalisés ou validés;
- Il n'y a pas de sens clair du temps nécessaire pour chaque étape, ou de la durée pendant laquelle une personne peut rester dans une étape. Les mesures de temps de 30 jours et de 6 mois sont arbitraires;
- Le modèle suppose que les individus font des plans cohérents et logiques dans leur processus décisionnel, ce qui n'est pas toujours vrai.

Les limites du MCMS et du MTCE doivent être prises en considération lors de la pratique de l'EM, afin de satisfaire les soins centrés sur le client.

CONCLUSION

Selon le MCMS, la croyance d'une personne en la menace personnelle d'une maladie, associée à la croyance d'une personne en l'efficacité du comportement ou de l'action recommandée en matière de santé, permet de prédire la probabilité que la personne adopte ce comportement. Elle ne fournit cependant pas de stratégie pour modifier les comportements ou les actions liés à la santé. Bien que les concepts individuels soient utiles, en fonction du résultat sanitaire recherché, l'utilisation la plus efficace du modèle consiste à l'intégrer à un autre modèle qui tient compte de ses limites et propose des stratégies de changement.

Le MTCC fournit des stratégies pour les interventions en matière de santé buccodentaire et croise les personnes à n'importe quelle étape du processus décisionnel. Le message ou la composante du programme doit être spécifiquement créé pour le niveau de connaissance et de motivation, sinon il ne fonctionnera pas. Cela peut donner lieu à des interventions adaptées et efficaces. Le MTCC encourage l'évaluation du stade de changement actuel d'une personne et tient compte de la rechute dans le processus de prise de décision.

Lorsque ces deux modèles sont utilisés en combinaison, la probabilité de changer les résultats de santé est accrue, et l'EM est alors fondée sur des concepts scientifiques interdisciplinaires et basés sur des preuves. Les limites de chaque modèle doivent être prises en compte lors de la pratique de l'EM. Les données empiriques montrent que lorsqu'il est pratiqué conformément aux modèles théoriques, l'EM peut produire des résultats favorables chez les clients, mais le degré de preuve est faible.

SIGNIFICATION CLINIQUE

Il y a une pénurie de données hiérarchiques de haute qualité sur l'EM pour les professionnels de la santé bucco-dentaire. Ceci est malheureux et préoccupant, étant donné que de nombreux modèles de changement de comportement existent et que certains sont disponibles depuis plus de 50 ans. Pour enseigner et pratiquer l'EM, il faut connaître les fondements des modèles de changement de comportement. Pour être efficaces dans ces efforts, les praticiens de la santé en hygiène dentaire doivent d'abord apprendre les principes de base, les théories, les résultats de recherche et les méthodes des sciences sociales et comportementales pour éclairer leurs efforts dans l'application des techniques d'EM. Sans cette base, il est impossible de pratiquer une EM fondée sur des preuves.

Références :

- 1 Miller WR, Rollnick S, eds. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 2nd ed. New York, NY : Guilford Press; 2012.
- 2 Lamorte WW. Behavioral Change Models. Boston University of Public Health. Site Web. <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/sb/behavioralchange/theories/index.html>. Publié 2022. Mise à jour 3 novembre 2022. Accédé 28 novembre 2022.
- 3 Carra MC, Detzen L, Kitzmann J, Woelber JP, Ramseier CA, Bouchard P. Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: a systematic review. *J Clin Periodontol*. Jul 2020;47 Suppl 22:72-89. doi:10.1111/jcpe.13234.
- 4 Järvinen M, Stolt M, Honkala E, Leino-Kilpi H, Pöllänen M. Behavioural interventions that have the potential to improve self-care in adults with periodontitis: a systematic review. *Acta Odontol Scand*. Nov 2018;76(8):612-620. doi:10.1080/00016357.2018.1490964.
- 5 Colvara BC, Faustino-Silva DD, Meyer E, Hugo FN, Celeste RK, Hilgert JB. Motivational interviewing for preventing early childhood caries: a systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. Feb 2021;49(1):10-16. doi:10.1111/cdoe.12578.
- 6 Jahanshahi R, Amanzadeh S, Mirzaei F, Bagheri Moghadam S. Does motivational interviewing prevent early childhood caries? A systematic review and meta-analysis. *J Dent (Shiraz)*. Jun 2022; 23 (Suppl 1): S161-S168. doi: 10.30476/DENTJODS.2021.87985.1303.
- 7 Faghihian R, Faghihian E, Kazemi A, Tarrahi MJ, Zakizade M. Impact of motivational interviewing on early childhood caries: a systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. Sep 2020;151(9):650-659. doi: 10.1016/j.adaj.2020.06.003.



OBSTACLES ET FACTEURS CONTRIBUTIFS À L'UTILISATION DES SOINS DENTAIRES CHEZ LES SOIGNANTS ISSUS DE LA DIVERSITÉ CULTURELLE ET LINGUISTIQUE: UNE REVUE SYSTÉMATIQUE À MÉTHODES MIXTES

- KANCHAN MARCUS¹ , MADHAN BALASUBRAMANIAN^{2, 3}, STEPHANIE SHORT⁴ 

1 Faculty of Medicine and Health, School of Dentistry, The University of Sydney, Surry Hills, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

2 Health Care Management, College of Business, Government and Law, Flinders University, Adélaïde, Australie-Méridionale, Australie

3 Faculty of Medicine and Health, Menzies Centre for Health Policy and Economics, School of Public Health, The University of Sydney, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie

4 Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Sydney, Nouvelle Galles du Sud, Australie

RÉSUMÉ

Objectifs: des inégalités quant à l'utilisation des soins dentaires sont largement répandues dans les communautés culturellement et linguistiquement diverses (*Culturally and Linguistically Diverse* [CALD]). Même si plusieurs études ont fait état de facteurs qui favorisent ces inégalités, il manque une synthèse des données probantes en ce qui a trait aux inégalités vécues par les soignants des communautés CALD. Cette revue se penche sur les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants CALD.

Méthodes: des recherches ont été menées dans Medline, CINAHL, ProQuest, Scopus et Web of Science sur l'utilisation des soins dentaires et les facteurs connexes, sans aucune restriction géographique. Pour cette revue, l'utilisation d'une méthode mixte intégrée a été privilégiée; les conclusions d'études qualitatives et quantitatives ont été combinées pour former une seule synthèse. Un examen critique a été réalisé à l'aide des outils du JBI (anciennement le Jonna Briggs Institute). Un cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU) a aussi guidé l'approche de cette synthèse. Tout au long de cette revue, une triangulation de la fiabilité et des chercheurs a été effectuée.

Résultats: au total, 20 études ont été incluses : études qualitatives ($n = 8$), études quantitatives ($n = 8$) et études à méthodes mixtes ($n = 4$). Les études provenaient de l'Australie, du Canada, de la Corée du Sud, de Trinité-et-Tobago, du Royaume-Uni et des États-Unis. Trois études ont insuffisamment signalé des variables confondantes insuffisantes et neuf études qualitatives manquaient de perspectives philosophiques. Les principaux obstacles relevés sont l'abordabilité du système, les expériences psychologiques négatives auprès des fournisseurs, ainsi que les problèmes liés à la langue et à la communication des fournisseurs de soins dentaires. On a noté que la culture, les connaissances, les attitudes et les croyances étaient des facteurs statistiques de type individuel-familial. Un moyen du cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU), les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires ont été regroupés en trois niveaux : les facteurs financiers et systémiques, les facteurs liés aux fournisseurs de soins dentaires et les facteurs individuels et familiaux. Ces niveaux sont représentés par le modèle en arc-en-ciel des facteurs liés à la santé buccodentaire.

Conclusions: cette revue renforce les données probantes en faveur de l'élaboration de politiques multidimensionnelles liées au système et des services adaptés aux différentes cultures en vue de réduire les inégalités relatives aux soins buccodentaires chez les soignants CALD.

Mots-clés

accès, soins dentaires, disparités en matière de santé, méthode mixte, revue systématique

Il s'agit d'un article en accès libre selon les modalités de la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs qui permet l'utilisation et la distribution sur n'importe quel support, à condition que l'œuvre originale soit correctement citée, ne soit pas utilisée à des fins commerciales et qu'aucune modification ou adaptation ne soit faite.

© 2022 Les auteurs. Community Dentistry and Oral Epidemiology publié par John Wiley & Sons Ltd.

Correspondance

Kanchan Marcus, Population Oral Health, Faculty of Medicine and Health, School of Dentistry, The University of Sydney, Surry Hills, Nouvelle-Galles du Sud, Australie. Courriel: kver2593@uni.sydney.edu.au

Renseignements sur le financement

The University of Sydney

1. CONTEXTE

Le rapport sur la migration mondiale de 2020 (*World Migration Report 2020*) faisait état de 272 millions de migrants dans le monde. Les migrants indiens représentent la plus grande diaspora, suivis par les migrants mexicains et chinois¹. De plus, près des deux tiers de ces migrants vivaient dans 20 pays à travers le monde : l'Europe comprend le plus grand nombre de migrants (87 millions), suivie par l'Amérique du Nord (59 millions)². Les migrants apportent divers atouts au pays d'accueil grâce à leur culture, à leur langue, à leurs compétences ou à d'autres facteurs. Aux fins de la présente revue, ces populations de migrants sont désignées comme des groupes issus de la diversité culturelle et linguistique (CALD ou *Culturally and Linguistically Diverse*). Les groupes CALD ont été essentiellement classifiés dans des données de sondage selon des variables liées au pays de naissance ou à la langue. Une revue épidémiologique a établi la nécessité de disposer d'un minimum de deux variables liées aux groupes CALD, soit le pays de naissance et la langue parlée, pour bien comprendre les résultats sur les soins de santé de la population³. Dans la recherche, on trouve d'autres définitions plus globales, comme des variables sur l'ethnicité, la race, le statut d'immigration et l'ascendance⁴. Ainsi, les groupes CALD sont stratifiés pour déterminer la répartition des soins de santé et des inégalités dans les populations. Cela permettra de cerner les programmes et les politiques qui pourraient contribuer à améliorer la santé de la population en fonction de ses besoins⁵.

Des points de vue sur ces enjeux, largement débattus et reconnus, associent l'importance des soins de santé généraux et dentaires à la perspective de « redonner de l'importance aux soins bucco-dentaires ». L'utilisation des soins dentaires est essentielle au maintien d'une bonne santé à long terme. Toutefois, des études antérieures indiquent que l'accès à des services dentaires et leur utilisation ne sont pas répartis de manière équitable chez les populations CALD⁶⁻⁹. Par exemple, aux États-Unis, les Hispaniques ont signalé une utilisation des soins dentaires nettement inférieure (29 %) par rapport à l'échantillon de la population blanche non hispanique (46 %) ¹⁰. Au Canada, 33 % des migrants ne sont pas allés chez le dentiste au cours de l'année précédente ou y sont allés seulement en cas d'urgence¹¹. Des inégalités liées à l'état de santé bucco-dentaire ont également été signalées dans une étude européenne, selon laquelle les populations CALD ont davantage utilisé des services dentaires d'urgence que les populations du pays d'accueil¹². En outre, une revue systématique et une méta-analyse menées par Reda et ses collaborateurs ont montré que l'utilisation des soins dentaires préventifs variait selon les pays et les groupes CALD¹³. Ainsi, les groupes CALD se heurtent à plusieurs obstacles, auxquels s'ajoutent des obstacles systémiques dans le pays d'accueil^{14, 15}. Dans la littérature, on ne trouve aucune synthèse des études qui établissent les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez les adultes CALD.

À l'heure actuelle, il manque des données sur les populations CALD et sur les connaissances, les comportements et l'utilisation en matière de soins dentaires dans les études qualitatives et quantitatives^{16, 17}. Il est important de noter qu'il existe des lacunes importantes dans la synthèse de ces études, notamment en ce qui concerne les soignants CALD. La population visée, les soignants CALD, et en particulier les mères, jouent un rôle essentiel pour promouvoir les comportements liés à la santé de la famille et des enfants, y compris l'utilisation des soins dentaires¹⁸.

Firmino et ses collaborateurs ont mené une revue systématique qui a révélé qu'un faible niveau de connaissances des parents en matière de santé bucco-dentaire était associé à des problèmes de carie dentaire chez les enfants¹⁹. Il convient toutefois de noter que les groupes CALD n'ont pas été expressément intégrés à cette revue systématique, ce qui renforce la nécessité de poursuivre la recherche de haut niveau.

Une recherche préliminaire, qui a été menée en janvier 2020, a permis de découvrir deux revues systématiques. Dans l'étude à méthodes mixtes menée par Batra et collaborateurs²⁰, on a mis l'accent sur les croyances, les attitudes et les pratiques en matière de soins bucco-dentaires chez les migrants d'Asie du Sud.

Cependant, cette revue n'a pas évalué de manière adéquate l'utilisation des soins bucco-dentaires, et ce, pour plusieurs raisons. Les études comprises dans cette revue portaient sur d'autres comportements en matière de santé bucco-dentaire, à savoir l'utilisation de la soie dentaire et le brossage des dents. En outre, la recherche a inclus des groupes CALD d'Asie du Sud qui n'étaient pas des soignants. Ces données limitent la possibilité de détailler l'accès aux soins bucco-dentaires, les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez la population visée, soit les soignants CALD. Dans la deuxième revue, Dahlan et ses collaborateurs²¹ ont rapporté que l'acculturation était le principal phénomène qui influençait positivement l'utilisation des soins dentaires. Malgré la qualité moyennement élevée des études sur le plan méthodologique, des groupes formés d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées ont été inclus dans cette revue. En outre, la revue ne tient pas compte de multiples facteurs contributifs et des obstacles à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants CALD, au-delà de l'acculturation. Compte tenu de l'absence de synthèse des études sur les soignants CALD et de la « négligence au niveau mondial en matière de soins bucco-dentaires »⁶, il est essentiel de prendre des mesures pour réduire les inégalités au sein des populations. L'objectif de cette étude était donc d'examiner systématiquement des données issues d'études qualitatives, quantitatives et des méthodes mixtes portant sur les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants CALD. Aux fins de la présente revue, le terme « soignants » désigne les mères et les parents.

2. MÉTHODES

Pour cette revue, on a utilisé une analyse de revue systématique à méthodes mixtes, qui comprend à la fois des études qualitatives et quantitatives²². Les études qualitatives et quantitatives ont fourni des explications complémentaires²² : d'une part, des études transversales ou par cohortes ont indiqué l'état de l'utilisation des soins dentaires dans des groupes en particulier ; d'autre part, des groupes de discussion et des entretiens ont permis de donner des explications plus détaillées sur le « pourquoi ». C'est pourquoi on a eu recours, dans le cadre de cette revue, à une méthode intégrée et convergente, qui combine des données quantitatives et qualitatives dans une synthèse commune à méthodes mixtes regroupées^{22, 23}. Cette méthode mixte intégrée explique les conclusions de façon approfondie en traitant les questions ou les phénomènes soulevés par la recherche et en transformant les conclusions quantitatives en données qualitatives. La synthèse qui en résulte est présentée sous forme narrative. Le guide PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) a été utilisé pour cette revue²⁴ (annexe 1). Le protocole de la présente revue a été publié²⁵.

2.1 Cadre conceptuel

Le cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU) a été adopté en 2015 par l'Assemblée générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²⁶ pour atteindre les objectifs de développement durable « Bonne santé et bien-être » et « Inégalités réduites » des Nations Unies^{5, 26}. Plus précisément, la résolution sur les soins buccodentaires a été adoptée récemment, soit en 2021, dans le cadre des priorités politiques de l'OMS sur la CSU. Les principes de la CSU favorisent la promotion de la santé et la prévention des maladies buccodentaires par la mise en œuvre de programmes communautaires dans le secteur primaire²⁶. Les trois niveaux de la CSU signifient que : 1) les services de soins de santé répondent adéquatement aux besoins de la population ; 2) les services des fournisseurs de soins dentaires sont appropriés et pertinents ; 3) le paiement n'est pas un fardeau financier pour les personnes qui souhaitent obtenir des services de soins de santé⁵. C'est pourquoi cette revue a été harmonisée au contexte politique de l'OMS en matière de couverture sanitaire universelle.

La CSU a été intégrée à l'étude dans le contexte de la synthèse à méthodes mixtes ; cette étude représente un paradigme conceptuel opportun pour intégrer la santé buccodentaire au concept de la santé générale^{26, 27}. Dans la méthode mixte intégrée, la synthèse des données a été codée au moyen des trois dimensions de la CSU, qui sont devenues le cadre fondé sur la CSU. Selon Maxwell, les cadres, également connus sous le nom de « schémas conceptuels », doivent être formés²⁸. Ainsi, le cadre fondé sur la CSU a été essentiel pour schématiser les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires.

2.2 Stratégie de recherche

Des recherches exhaustives ont été faites dans cinq bases de données électroniques à l'aide des termes et des mots-clés du thésaurus MeSH (*Medical Subject Headings*), par exemple « cultural diversity » (diversité culturelle), « dental utilisation » (utilisation des soins dentaires), « ethnic » (ethnique), « migrant » (migrant), « oral health » (santé buccodentaire), « mother » (mère). Les cinq bases de données sont les suivantes : Medline (par l'interface d'Ovid), CINAHL (par l'interface EBSCO), ProQuest (par l'interface centrale ProQuest), Scopus (par l'interface Elsevier) et Web of Science (par l'interface Clarivate). Pour s'assurer que la question de recherche était traitée de façon adéquate, on a sélectionné les bases de données en fonction de leur nature multidisciplinaire, lesquelles comportaient des publications sur des sujets paramédicaux. Ensuite, les références des études incluses dans cette revue ont été dépouillées pour trouver d'autres études. La littérature grise comprenait des recherches dans Google Scholar (tableau A1 de l'annexe 2).

2.3 Sélection des études

Deux lecteurs (KM et MB) ont passé en revue 2 434 titres et résumés. Les articles pertinents ont été retenus en fonction des critères d'inclusion. Si les deux lecteurs n'étaient pas d'accord au sujet d'un article, on faisait appel à un troisième lecteur. La gestion des références a été effectuée au moyen du logiciel EndNote X9.3.3 (Clarivate Analytics, États-Unis).

2.4 Critères de sélection

Les groupes CALD ont été classés en fonction de la langue, de l'ethnie ou du pays de naissance, ce qui comprend les migrants de première ou de deuxième génération^{3, 4}. La population visée était les soignants CALD. Les parents et les soignants ont été inclus dans cette recherche, car la conception du protocole de l'étude était initialement axée sur les mères. Des études clés pertinentes ont été découvertes en cours de recherche, ce qui explique cette inclusion. Aucune restriction n'a été imposée quant à l'âge des adultes et des enfants ; cependant, la revue accorde une attention particulière à l'accès aux soins dentaires ou à l'utilisation des soins buccodentaires chez les adultes. Le phénomène visé par cette revue est l'utilisation des soins dentaires ou des soins de santé buccodentaire, qui sont désignés de manière interchangeable dans la présente revue. L'objectif de cette revue était de connaître les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires liés aux soins préventifs. L'utilisation des soins dentaires était considérée comme une visite chez le dentiste au cours de la dernière année. Les croyances, les connaissances, les attitudes et l'accès à l'utilisation des soins buccodentaires faisaient aussi partie des points examinés au cours de cette étude. L'accès a également été évalué comme l'utilisation des services, telle que définie par Penchansky et Thomas²⁹.

Toutes les études qualitatives qui traitent des croyances, des connaissances ou de l'utilisation en matière de santé buccodentaire ont été incluses. Ces études ont été menées selon différentes méthodologies, comme des études ethnographiques, des études de cas ainsi que des études thématiques et narratives. Les études quantitatives portaient sur l'utilisation des soins dentaires et comprenaient des études transversales et descriptives. On a aussi inclus des études à méthodes mixtes qui prenaient en compte des recherches qualitatives et quantitatives dans la section méthode ou résultats. Aucune limite n'a été imposée en matière de langue. Des études ont été ajoutées jusqu'à la fin des recherches et de la sélection le 27 janvier 2022. L'application Google Traduction a été utilisée pour deux études qui n'étaient pas en anglais, mais des erreurs de traduction ont entraîné l'exclusion de celles-ci. Un sujet non pertinent (voir figure 1), des résumés de conférences et des rapports gouvernementaux figuraient parmi les autres motifs d'exclusion.

2.5 Évaluation de la qualité méthodologique

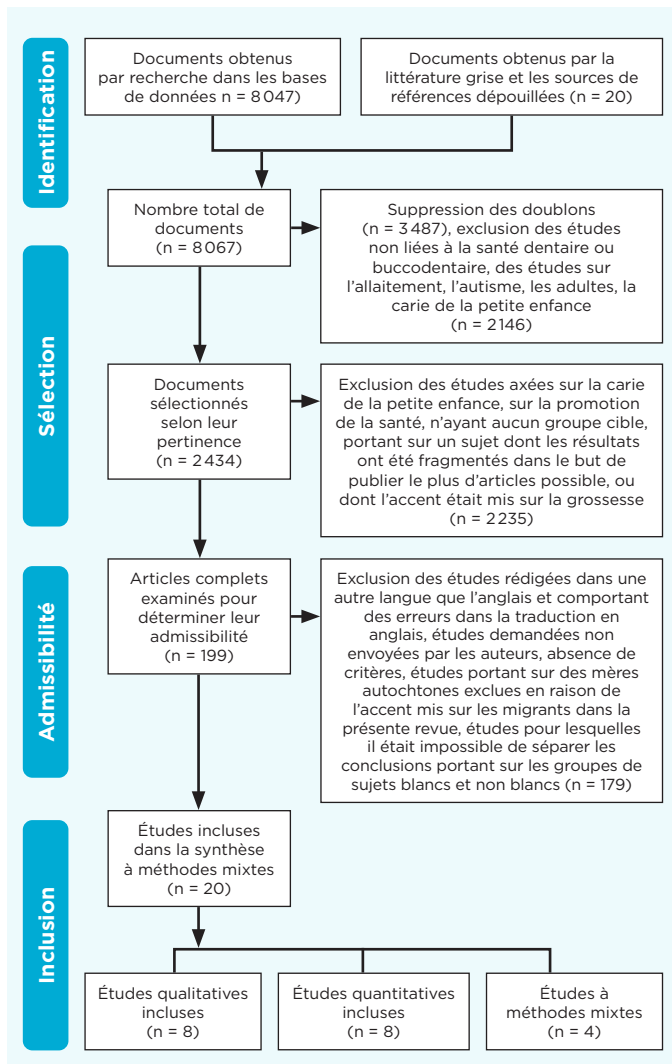
Un examen critique de toutes les études incluses a été effectué à l'aide de la liste de vérification qualitative et de la liste de vérification pour les études transversales et analytiques du JBI, qui ont également été utilisées pour les études à méthodes mixtes²³. Pour l'examen critique des études, les indices de notation « oui », « non » et « ne sait pas » ont été utilisés, mais indépendamment de la qualité de l'examen, toutes les études ont été incluses conformément au protocole à méthodes mixtes du JBI²³ (annexe 3). En outre, en raison de la nature des questions faisant l'objet de la recherche qui peuvent être traitées par des études quantitatives et qualitatives, la méthodologie du JBI a appuyé une approche intégrée pour laquelle on a donné une « cote de qualité » (décrite ci-dessous) aux études quantitatives. Le deuxième lecteur a évalué les processus d'examen critique, et un troisième a résolu les désaccords qui ont pu surgir. En raison de la variabilité des méthodologies de recherche quantitative et qualitative, aucun système de notation n'a été utilisé³⁰. Des explications détaillées de ce processus font partie du protocole publié²⁵.

2.6 Extraction des données et synthèse

Une méthode mixte intégrée a permis de combiner toutes les données regroupées (extraites) et les données de synthèse. La première phase a consisté à convertir les études quantitatives à méthodes mixtes sous forme narrative, puis la deuxième phase, à coder et à trier les données selon le cadre fondé sur la CSU. La troisième phase a consisté en une synthèse thématique. Par la suite, un modèle en forme d'arc-en-ciel a été élaboré.

Au cours de la première phase, les données des études quantitatives, qualitatives et à méthodes mixtes ont été extraites en fonction du formulaire d'extraction de données du JBI. Cette méthode intégrée convergente, et à méthodes mixtes, comprenait la réalisation d'une synthèse narrative de toutes les études. Pour y parvenir, la synthèse des données consistait à réunir et à collecter toutes les données auxquelles on a donné une « cote de qualité »²³, données qui provenaient des études quantitatives et à méthodes mixtes. Une transformation des données provenant des études quantitatives, y compris les aspects quantitatifs des études à méthodes mixtes, a été effectuée lors de l'extraction des données auxquelles on a attribué une « cote de qualité »^{22, 25}. Deux chercheurs ont comparé et examiné de manière critique les similitudes et les différences entre les études et le processus de synthèse.

FIGURE 1. Diagramme PRISMA



Au cours de la deuxième phase, le premier auteur a extrait des données, comprenant l'auteur, l'année, la méthodologie de l'étude, le contexte géographique, les résultats, les limites, les conclusions, les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires. Ensuite, les données extraites de chaque étude ont été ajoutées dans deux colonnes, sous les titres suivants : 1) les obstacles à l'utilisation des soins dentaires et 2) les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires. Les données extraites ont été schématisées selon le cadre fondé sur la CSU et disposées sous les en-têtes suivants : 1) les facteurs financiers et systémiques ; 2) les facteurs liés aux fournisseurs de soins dentaires et 3) les facteurs individuels et familiaux. Le deuxième auteur a effectué l'extraction des données de cinq études, et aucune différence majeure n'a été signalée. La triangulation des chercheurs s'est faite par l'intermédiaire de la vérification des données extraites et schématisées. Une synthèse comparative simultanée et une approche itérative^{22, 23} ont été menées au moyen de la relecture, de la comparaison des codes et du classement des codes de manière organisée dans les trois niveaux de la CSU. Ce processus a amélioré la fiabilité de la démarche, car les données étaient traçables et clairement documentées. Il était possible de vérifier les choix de synthèse, renforçant ainsi la rigueur de l'étude³¹. Le cadre fondé sur la CSU apportait davantage de clarté en ce qui a trait à l'établissement des divers obstacles et facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires mentionnés.

À titre d'exemples, les données relatives au personnel des cliniques dentaires ont été regroupées avec les fournisseurs de soins dentaires, alors que les comportements individuels en matière de santé buccodentaire ont été regroupés avec la population et les données relatives à l'assurance maladie l'ont été avec celles du système. Le cadre fondé sur la CSU a donc permis de veiller à la rigueur des processus de codage, ce qui a assuré la cohérence des décisions de codage, et de fournir une piste de vérification à l'équipe de recherche.

La triangulation des chercheurs a été effectuée pendant l'élaboration des thèmes de la troisième phase^{22, 31}. Ce processus a permis de définir des modèles et des significations à partir des données, qui ont été exécutées de manière récursive. La triangulation des chercheurs a été menée en examinant les thèmes avec l'équipe, puis en parvenant à un consensus. Pour cette synthèse, les conclusions ont été compilées en vue d'en arriver aux résultats de l'étude classés en fonction de thèmes. Par conséquent, les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires ont été regroupés selon le cadre fondé sur la CSU et les thèmes ont été regroupés selon un modèle schématique en arc-en-ciel, lequel a été perfectionné par tous les auteurs. La CSU a été intégrée au modèle en arc-en-ciel, inspiré du modèle de Dahlgren et Whitehead³², qui été conçu à partir des conclusions de cette étude.

La pertinence du modèle en arc-en-ciel indique l'adéquation des données, qui définit multiples facteurs complexes au-delà de l'environnement d'un individu, influencé par les contextes sociaux³². Par conséquent, le modèle en arc-en-ciel utilisé dans cette revue représente les obstacles et les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants CALD.

3. RÉSULTATS

Les résultats de recherche ont permis de trouver 8 067 articles, dont 3 487 doublons qui ont été supprimés (figure 1). Au total, 20 articles ont été retenus pour cette revue.

3.1 Caractéristiques de l'étude

Au total, 8 études qualitatives, 8 études quantitatives et 4 études à méthodes mixtes ont été incluses dans cette revue. Au total, 10 études portaient sur les mères CALD, 5 sur les soignants et 5 sur les parents et les familles (comme les dyades enfant-parent). Une étude était une thèse, alors que toutes les autres études incluses correspondaient à des articles publiés dans des revues. Au total, 11 études s'appuyaient sur une méthode de sondage transversale, 9 études étaient basées sur des groupes de discussion, 1 étude était fondée sur des groupes de discussion non officiels, et 2 études comportaient des entretiens semi-dirigés. Parmi les participants, on comptait des enfants de 0 à 25 ans. L'une des études incluses a utilisé le terme «immigrant women» («femmes immigrées»); toutefois, cette étude a défini le terme «femmes immigrantes» comme une «famille multiculturelle avec un conjoint et des enfants» en Corée du Sud³³. La taille des échantillons variait selon les études incluses, soit de $n = 45$ à $n = 214\,375$. Treize études étaient basées aux États-Unis et portaient principalement sur des populations afro-américaines, hispaniques et latino-américaines. Trois études ont été réalisées au Royaume-Uni, et une étude a été menée dans chacun des pays suivants: l'Australie, le Canada, la Corée du Sud et Trinité-et-Tobago. Différentes classifications des groupes CALD ont été utilisées, soit l'origine ethnique, la race ou la langue (tableau 1). Parmi les groupes CALD, on comptait les suivants: Africains, Assyro-Chaldéens, Bangladais, Cambodgiens, Chinois, Éthiopiens, Érythréens, Philippins, Hispaniques, Indiens, Irakiens, Latino-Américains, Libanais, Mexicains, Pakistanais, Portoricains, Somaliens, Espagnols, Thaïlandais, Vietnamiens et des personnes de races et d'ethnies différentes.

Presque toutes les études incluses ont été conçues selon des méthodes de recherche appropriées. Trois études comportaient un nombre de variables de confusion insuffisant et neuf études qualitatives manquaient de perspectives philosophiques. Huit études qualitatives et à méthodes mixtes n'ont pas inclus l'aspect sur «l'influence du chercheur sur la recherche» (annexe 3). Une étude britannique³⁴ portait sur la comparaison de groupes ethniques à des groupes issus de la population locale par des entretiens en groupes de discussion, sans indiquer les approbations éthiques faites par une instance appropriée. Une étude publiée en 1988 ne fournissait pas suffisamment de renseignements sur la plupart des paramètres d'évaluation³⁵.

Le cadre fondé sur la CSU a été élaboré en fonction des facteurs liés à l'individu et à la famille, aux fournisseurs de soins dentaires ainsi qu'aux facteurs financiers et systémiques (figure 2). La synthèse narrative des obstacles et des facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires a permis de faire ressortir six thèmes, qui ont conduit à l'élaboration du modèle en arc-en-ciel (tableau 2 et figure 2).

3.1.1 Connaissances, attitudes et croyances

Les connaissances, l'attitude et les croyances en matière de soins bucco-dentaires ont été rapportées à la fois comme des obstacles³⁵⁻⁴¹ et des facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires^{33, 35, 41-43}. Parmi ces éléments figurent une perception de type «maladie-réaction»^{35, 36} et l'absence du besoin en soins dentaires ou la conviction que les soins dentaires préventifs étaient jugés inutiles^{35, 38, 39}.

Les concepts de prévention sont différents selon les croyances et les pratiques du pays d'origine des migrants. De même, des obstacles perçus ont été signalés dans deux études^{36, 37}. À titre d'exemple, des mères africaines qui vivent au Canada étaient admissibles à des programmes publics de soins dentaires, mais

elles ne le savaient pas. Quatre études ont indiqué des connaissances, des attitudes et des croyances positives en matière de santé dentaire dans des groupes CALD^{33, 35, 42, 43}.

Des mères bangladaises et pakistanaises du Royaume-Uni ont déclaré avoir des connaissances positives en matière de soins dentaires et ont demandé des renseignements supplémentaires aux fournisseurs de soins dentaires sur les options de traitement et la prévention³⁵. Aux États-Unis, des mères afro américaines ont indiqué avoir peu de difficultés à trouver des fournisseurs Medicaid⁴¹.

3.1.2 Facteurs culturels

Les obstacles culturels^{38, 39, 44-46} à l'utilisation des soins dentaires comprenaient les différences de pratiques culturelles, de race, de comportements et de traditions. Dans une étude, les rôles selon le genre des mères mexicaines ont influencé les visites (ou l'absence de visites) de leurs filles chez le dentiste⁴⁵. Les influences traditionnelles comprenaient l'utilisation du siwak (une racine utilisée pour nettoyer les dents) qui était privilégié par les mères irakiennes et libanaises à Melbourne, en Australie³⁸. Dans une étude, les structures hiérarchiques familiales, dans lesquelles les aînés détiennent le pouvoir de décision, ont été rapportées comme obstacles par des mères chinoises³⁹. Certains facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires comprenaient la religion et la spiritualité, dans lesquelles la foi est une source d'espoir⁴⁷.

Le fait d'avoir un fournisseur de soins dentaires habituel⁴⁴ a favorisé la confiance entre les patients et le fournisseur. De fait, l'utilisation des soins dentaires par les mères a entraîné des comportements de soins dentaires chez les enfants⁴⁸.

Dans une étude, on a rapporté que l'origine latine n'était pas un facteur prédictif de l'utilisation des soins dentaires⁴³. Mais dans une autre étude, Zautra⁴⁸ a observé que l'origine hispanique était un facteur prédictif de besoins non comblés en santé dentaire. Williams et ses collaborateurs⁴⁶ ont également affirmé que la culture ou l'ethnicité était un facteur prédictif des connaissances en matière de santé bucco-dentaire.

3.1.3 Facteurs psychosociaux

Des expériences antérieures dissuasives^{33, 35, 38, 39, 41, 47, 49, 50}, la peur ou l'anxiété⁵¹ et la connaissance de ses propres capacités ont été signalées comme étant des obstacles à l'utilisation des soins dentaires. Les mères afro-américaines à faible revenu ont signalé être anxieuses, ce qui a été associé aux soins dentaires⁵¹. Au Canada, les nouveaux migrants africains ont signalé des problèmes de confiance en soi à l'égard des fournisseurs de soins dentaires³⁶. De plus, les demandes concurrentes représentent un obstacle qui a été largement rapporté^{33-35, 42, 49}, sans compter les obstacles liés au soutien insuffisant à la maison, au «manque de temps» et aux difficultés de la parentalité dans un autre pays. Les expériences négatives auprès de fournisseurs de soins dentaires concernant des traitements dentaires destinés aux enfants ou aux parents, comme des traitements douloureux dans le passé, la discrimination exercée par des fournisseurs de soins dentaires ou encore l'insatisfaction à l'égard des services ont été mentionnés comme étant les obstacles les plus courants^{33, 35, 38, 39, 41, 47, 49, 50}. D'un autre côté, quatre études ont également fait état d'expériences antérieures positives avec fournisseurs de soins dentaires^{35, 41, 47, 50}.

TABLEAU 1: Caractéristiques des études

PREMIER AUTEUR, DATE	OBJECTIF	VILLE ET PAYS	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	TYPE D'ÉTUDE
Amin et Perez, 2012	Déterminer les obstacles psychosociaux à la prestation et à l'obtention de soins dentaires préventifs pour des enfants d'âge préscolaire chez de nouveaux immigrants africains.	Edmonton, Canada	N = 48	Qualitative
Croucher et Sohanpal, 2006	Déterminer les obstacles à l'utilisation des soins dentaires primaires et toute variation de réponses chez la population adulte générale et rapporter les idées exprimées par les participants pour améliorer l'accès aux soins dentaires primaires.	East London, Royaume-Uni	N = 68	Qualitative
Grembowski, <i>et al.</i> , 2009	Déterminer si la source habituelle de soins dentaires, l'auto-évaluation de la santé buccodentaire, les croyances et les comportements diffèrent selon le groupe racial ou ethnique, et examiner ces liens par rapport à l'utilisation des soins dentaires chez des mères.	État de Washington, États-Unis	N = 818 – participants noirs; N = 1310 – participants hispaniques; N = 1 382 – participants blancs	Quantitative
Heima, <i>et al.</i> , 2017	Faire l'essai d'un modèle de médiation hypothétique pour expliquer les liens entre l'anxiété des mères à l'égard des soins dentaires et de l'utilisation des soins dentaires des enfants par l'utilisation des soins dentaires chez les mères.	Ohio, États-Unis	N = 214	Quantitative
Hilton, <i>et al.</i> , 2007	Définir les croyances culturelles, les pratiques et les expériences qui influencent l'accès aux soins buccodentaires préventifs chez les jeunes enfants issus de différents groupes raciaux et ethniques.	San Francisco, États-Unis	N = 177	Qualitative
Kelly, <i>et al.</i> , 2005	Cerner les obstacles psychosociaux, structurels et culturels à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants qui n'utilisent pas de soins dentaires et dont les enfants sont inscrits à Medicaid.	Kentucky, États-Unis	N = 76; N = 46 – participants afro américains; N = 30 – participants blancs	Qualitative
Lukes, 2010	Établir des données de base sur les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de santé buccodentaire de travailleurs migrants agricoles et saisonniers.	Chicago, États-Unis	N = 45	Études à méthodes mixtes
Mofidi, <i>et al.</i> , 2002	Mieux comprendre les expériences, les attitudes et les perceptions d'un groupe de soignants d'origines raciales et ethniques diverses en ce qui concerne les obstacles aux soins dentaires de leurs enfants inscrits à Medicaid.	Caroline du Nord, États-Unis	N = 77	Qualitative
Naidu et Nunn, 2020	Expliquer les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de santé buccodentaire de parents et de soignants d'enfants d'âge préscolaire en vue d'étayer une stratégie de promotion de la santé buccodentaire.	Trinité-et-Tobago	N = 309	Quantitative
Nam, <i>et al.</i> , 2016	Fournir des données en vue de l'amélioration et de la gestion de la sensibilisation à la santé buccodentaire et de la qualité de vie en matière de santé buccodentaire chez les femmes immigrantes issues de familles multiculturelles.	Corée du Sud	N = 130	Quantitative
Quandt, <i>et al.</i> , 2007	Expliquer l'utilisation des services dentaires et les problèmes actuels en matière de santé buccodentaire des enfants et des parents issus de familles de travailleurs agricoles.	Caroline du Nord et Virginie du Sud-Ouest, États-Unis	N = 108	À méthodes mixtes
Reich, <i>et al.</i> , 2019	Comprendre les expériences de diverses familles, lorsqu'elles emmènent leurs jeunes enfants chez le dentiste, et réunir des renseignements sur la fréquence.	Californie du Sud, États-Unis	N = 33 groupes de discussion N = 1 184 sondages	Études à méthodes mixtes

TABLEAU 1: Caractéristiques des études (suite)

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	CLASSIFICATION CALD	LIMITES DE L'ÉTUDE
Mères ayant un enfant de 3 à 5 ans (qui vivent dans le pays depuis < 5 ans). Entretiens dans des groupes de discussion; analyse thématique à l'aide de codes et de catégories à partir de modèles théoriques.	<i>Non indiquée</i> Éthiopien, Érythréen, Somalien	Manque d'exploration en profondeur, mais l'analyse intragroupe et intergroupe des barrières psychosociales était suffisante; l'échantillon ne comprenait pas l'hétérogénéité des familles africaines sur le plan socioéconomique, de l'éducation, de la structure familiale, de la maîtrise de l'anglais et des connaissances en matière de santé; auto-évaluation de la mère; manque d'obstacles à l'échelon du système sous-évalué en raison de l'absence d'interactions des mères dans le système.
Soignants; volontaires de 18 à 40 ans. Groupes de discussion; analyse fondée sur un cadre à l'aide d'une démarche reposant sur une théorie ancrée.	<i>Ethnie</i> Bangladais, Indien, Noir Caribéen, Blanc	Manque de données sur les limites signalées par l'auteur. Recrutement dans des territoires défavorisés comparables, mais manque de clarté quant à la définition de la « population générale ». On ne sait pas comment la classe sociale des participants a été confirmée, ou s'il s'agissait de données de recensement. Tableau pas clair. Les catégories dérivées de données, la manière dont elles ont été obtenues et dont elles sont liées aux thèmes ne sont pas claires.
Mères à faible revenu de différents groupes raciaux ou ethniques ayant un enfant de 3 à 6 ans. Questionnaire transversal, auto-évaluation de la santé buccodentaire, source habituelle de soins dentaires, comportements de santé buccodentaire, statut socioéconomique évalué selon le niveau d'éducation (emploi) et les revenus.	<i>Race et ethnie</i> Noir, Hispanique, Blanc	Mères à faible revenu et enfants inscrits à Medicaid dans l'État de Washington, situation non généralisée dans d'autres États. Les résultats pourraient changer en fonction des réponses d'une mère à l'autre. Sondage transversal, aucune relation de cause à effet.
Mères afro-américaines à faible revenu ayant un enfant de 2 à 5 ans. Questionnaire : utilisation des soins dentaires, tests t, tests Chi effectués pour étudier l'anxiété à l'égard des soins dentaires et de l'utilisation des soins dentaires, puis analyse de médiation.	<i>Non indiquée</i> Afro-américain	Sélection non aléatoire des participants, facteurs contributifs chez les volontaires, par exemple, le degré d'éducation plus élevé (qui était plus élevé dans l'échantillon comparativement à l'ensemble de la population de la région de Cleveland). Données autodéclarées, biais de rappel possible.
Soignants, nés ou non aux États-Unis, avec un enfant de 1 à 5 ans. Groupes de discussion; guide d'entretien axé sur des questions relatives aux visites des enfants chez le dentiste, aux expériences de visite chez le dentiste, y compris l'accès au dentiste.	<i>Race et ethnie</i> Afro-Américain, Chinois, Latino-Américain, Philippin	On ne peut pas généraliser les conclusions à l'ensemble des populations en raison, entre autres, des différences de croyances, de statut socioéconomique. Les parents de race blanche n'ont pas été sondés, ce qui pourrait révéler des problèmes comparables. Les résultats varieront dans les villes qui ont moins de groupes de migrants, ou selon les ressources en matière de soins dentaires ou les régions.
Soignants inscrits à Medicaid à faible revenu et ayant un enfant de 4 à 12 ans. Groupes de discussion; résultats répartis en fonction des groupes d'utilisateurs et de non-utilisateurs de soins dentaires et de l'origine ethnique.	<i>Race et ethnie</i> Afro-Américain, Blanc	Biais de sélection; le comté de Jefferson n'est pas représentatif des autres régions. Diversité raciale ou ethnique limitée, et nature exploratoire de l'étude qui a limité les facteurs psychosociaux et culturels.
Parents qui sont des travailleurs agricoles migrants et saisonniers ayant des enfants d'âge préscolaire. Évaluation séquentielle qualitative-quantitative : groupes de discussion et sondage, échantillon au hasard. Conclusions descriptives.	<i>Non indiquée</i> Mexicain	Petit échantillon et localisation géographique limitée. Les participants étaient des patients de centres de santé qui pourraient mieux connaître les services de santé dentaire. Chez les travailleurs agricoles des régions de l'est ou de l'ouest, on observe des différences de pratiques culturelles et de croyances. Limites liées aux données autodéclarées.
Soignants d'enfants inscrits à Medicaid. Groupes de discussion (n = 11); échantillonnage choisi à dessein selon des critères, analyse qualitative du contenu.	<i>Race et ethnie</i> Afro-Américain, Latino Américain, Amérindien, Blanc	Échantillon restreint et surestimation possible des utilisateurs qui étaient insatisfaits des services. Réponses subjectives, mais la cohérence des thèmes abordés dans les groupes de discussion devrait permettre d'y remédier.
N = 11,3% - Africains; N = 74,4% - Indiens; N = 13,3% - Mixte; N = 0,3% - Blancs. Parents et soignants. Échantillonnage aléatoire d'enfants d'âge préscolaire. Enquête quantitative. Statistiques descriptives.	<i>Groupe ethnique</i> Africain, Indien, mixte, Blanc, autre	Biais de sélection, car tous les enfants ne fréquentaient pas la maternelle. Les trois quarts des participants étaient d'origine indienne, ce qui diffère du profil démographique national de la population du pays. Composition ethnique de la région dans laquelle l'étude a eu lieu (industrie de la canne à sucre; colonisation britannique). L'étude est descriptive de l'échantillon. Questionnaires d'auto-évaluation.
N = 24,6% - Chinois; N = 36,9% - Vietnamiens; N = 6,9% - Cambodgiens; N = 10% - Philippins; N = 5,4% - Thaïlandais; N = 21,6% - Autres races. Questionnaire, tabulation croisée, test Chi et test t utilisés; p < 0,05.	<i>Pas clairement indiquée</i> Mariage; immigrants chinois, vietnamiens, cambodgiens, philippins, thaïlandais, autres.	Manque de données sur les limites signalées par l'auteur. Seulement un échantillon de cohortes comprenant des mères, données non pondérées. Aucun échantillon ne comprenant que des mères. Qu'est-ce qui est défini comme le niveau de vie moyen? Manque de renseignements descriptifs et analytiques.
Migrants latino-américains, mères, travailleurs agricoles saisonniers. Évaluation séquentielle qualitative-quantitative. Acculturation mesurée comme étant la langue privilégiée, soit l'espagnol ou l'anglais.	<i>Pas clairement indiquée</i> Latino-Américain (pays de naissance de la majorité: Mexique)	Biais de rappel autodéclaré. Aucun examen dentaire effectué. Il ne s'agit pas d'un échantillon aléatoire et il est impossible d'évaluer la représentativité. Situation du point de vue de l'assurance et admissibilité non vérifiées.
Enfants d'âge préscolaire, soignants à faible revenu. Évaluation séquentielle qualitative-quantitative. Deux groupes de discussion en espagnol et deux en anglais. Analyse thématique. Sondages. Régression logistique.	<i>Langues</i> Anglais, espagnol, vietnamien <i>Race et ethnie</i> Latino-Américain, Asiatique, Caucasiens, autre/multiracial	La majorité ne sachant pas lire, le sondage a été mené sous forme d'entretien. Suréchantillonnage de la population à faible revenu, ce qui limite la possibilité de généraliser sur le plan du revenu, de l'ethnicité et de la langue. Étude qui rend compte du nombre important d'hispanophones. L'éducation est liée au revenu, mais le lien n'a pas pu être clarifié davantage, car le revenu des parents était un facteur prédictif de l'utilisation des soins dentaires. La raison de la visite chez le dentiste n'a pas été recueillie, pas plus que les renseignements relatifs au paiement, ce qui pourrait influencer les expériences.

TABEAU 1: Caractéristiques des études

PREMIER AUTEUR, DATE	OBJECTIF	VILLE ET PAYS	TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	TYPE D'ÉTUDE
Riggs, <i>et al.</i> , 2014	Étudier les expériences d'utilisation des services dentaires du point de vue des mères migrantes à Melbourne.	Melbourne, Australie	N = 115	Qualitative
Telleen, <i>et al.</i> , 2012	Examiner le contexte social, les facteurs structurels, ainsi que les comportements au sein d'une communauté d'immigrants, qui contribuent à un meilleur accès aux services de santé buccodentaire et à une meilleure utilisation des services dentaires chez les enfants latino américains.	Chicago, États-Unis	N = 320	À méthodes mixtes
Tiwari, <i>et al.</i> , 2018	Examiner le lien entre l'acculturation maternelle, mesurée par la langue privilégiée, et les mesures psychosociales liées à la santé buccodentaire dans une population urbaine latino-américaine.	Colorado, États-Unis	N = 100	Quantitative
Updegraff, <i>et al.</i> , 2017	Étudier les associations prospectives entre les valeurs culturelles traditionnelles des mères et des pères d'origine mexicaine et l'utilisation des soins de santé et dentaires des jeunes adultes, et évaluer le rôle modérateur selon le genre des jeunes.	Midwest, États-Unis	N = 246	Quantitative
Velez, <i>et al.</i> , 2017	Examiner de manière qualitative les obstacles et les facteurs contributifs à l'accès à des soins dentaires et à des services de qualité chez des femmes migrantes mexicaines et leur famille qui vivent en Californie.	Comté Nord de San Diego, États-Unis	N = 52	Qualitative
Williams et Gelbier, 1988	Déterminer le niveau de connaissance des centres de soins dentaires et explorer les moyens par lesquels certaines mères d'origine asiatique considèrent que l'accès aux soins buccodentaires pourrait être amélioré.	Nord et Sud de l'Angleterre, Royaume-Uni	N = 100	Qualitative
Williams, Whittle et Gatrell, 2002	Déterminer si les caractéristiques sociodémographiques des parents sont associées aux connaissances et aux attitudes en matière de soins dentaires.	East Lancashire, Angleterre, Royaume-Uni	N = 500	Qualitative
Zautra, 2018	Examiner les facteurs prédictifs quant à l'utilisation des soins dentaires chez les jeunes enfants et les mères hispaniques, et évaluer la stigmatisation comme un facteur favorisant les disparités en matière de soins dentaires.	États-Unis	N = 214 375	Quantitative



TABLEAU 1: Caractéristiques des études (suite)

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	CLASSIFICATION CALD	LIMITES DE L'ÉTUDE
N = 22 - Femmes assyro-chaldéennes; N = 12 - Irakiens; N = 33 - Femmes d'origine libanaise et irakienne. Migrants de filières humanitaires et familiales. Groupes de discussion et entretiens semi-dirigés. Analyse thématique.	<i>Pays de naissance et langue privilégiée</i> Assyro-Chaldéen, Irakien, Libanais, Pakistanais, mixité Libanais-Irakien	Manque de données sur les limites signalées par l'auteur. L'étude est exploratoire et porte sur trois groupes de migrants différents. Des représentants des communautés ont organisé des groupes de discussion, mais le biais du chercheur n'est pas indiqué, à savoir si la personne qui menait les discussions aurait pu connaître des participants. Calendrier des entretiens : pas clair.
Mères ayant des enfants de 4 à 8 ans. Évaluation séquentielle qualitative-quantitative. Groupe de discussion et sondage effectué auprès d'un échantillon d'un recensement. Analyses bivariées et multivariées.	<i>Ethnie</i> Latino-Américain/ Hispanique, Mexicain, Portoricain	Étude limitée aux familles mexicaines et portoricaines d'une ville du Midwest. Étude portant surtout sur les soins dentaires chez les enfants. Manque de généralisation aux groupes latino-américains ayant divers statuts socioéconomiques et provenant de différentes régions. La taille plus importante de l'échantillon comportant des Mexicains pourrait occulter les différences ethniques. Les élèves n'ont pas été sélectionnés de façon aléatoire, contrairement aux écoles. L'échantillon ne prenait pas en compte les personnes qui ont accès à des soins dentaires, il ne reflète donc pas les groupes qui n'y ont pas accès. Déclarations subjectives et influencées par des biais individuels.
Dyades mère-enfant. Questionnaire transversal. Statistiques descriptives et régression linéaire à une variable.	<i>Non indiquée</i> Latino-Américain	Échantillon au hasard issu d'une population qui fréquente des centres de santé urbains et non représentatif de toutes les populations. L'acculturation a été mesurée à l'aide d'une variable de substitution sur les préférences linguistiques, mais le lieu de naissance de la mère n'a pas été recueilli.
Parents mexicains et familles de jeunes. Évaluation séquentielle qualitative-quantitative. Méthodologie longitudinale; accès à des soins de santé ou utilisation des soins de santé, acculturation, statut socioéconomique, âge, assurance, état de santé physique. Régression logistique.	<i>Pays d'origine</i> Mexicain	Accent sur les familles d'origine mexicaine et recherche future essentielle sur la variabilité intragroupe dans d'autres groupes ethniques ou raciaux. Étude non représentative de toutes les familles mexicaines qui vivent aux États-Unis. Biais autodéclaré.
Femmes migrantes mexicaines. N = 22 - Travailleurs de la santé; N = 30 - Mères/familles. Analyse thématique au moyen d'un modèle comportemental.	<i>Autodéclarée</i> Migrants mexicains ou famille de migrants mexicains	Les déclarations des participants sur leurs expériences dans les cabinets dentaires et leurs interactions peuvent être faussées par le biais de rappel ou la désirabilité sociale. La taille des groupes de discussion était appropriée, mais six groupes de discussion pourraient ne pas fournir des données représentatives.
Mères asiatiques de première génération d'immigrants. Entretiens en groupes dans la langue maternelle des participants. Discussion non officielle.	<i>Pays d'origine</i> Bangladesh, Pakistan	Manque de données sur les limites signalées par l'auteur. Absence de différenciation des conclusions entre les groupes de Pakistanais et de Bangladais. Manque d'indications à savoir quel participant a dit quoi. Méthode ou résultats nécessitant plus de détails.
Parents ayant des enfants de 7 à 11 mois. Questionnaire. Analyse de régression logistique évaluant l'ethnicité, l'éducation, l'âge et les régions défavorisées.	<i>Ethnie</i> Blanc, Asiatique, autres (Noir, Chinois)	Manque de données sur les limites signalées par l'auteur. Région défavorisée classée par l'indice de Jarman : la méthode est critiquée, car on a recueilli le code postal du cabinet dentaire plutôt que celui du domicile pour les paiements, ce qui peut contredire les conclusions. Les participants ont été sélectionnés à partir d'une clinique de test auditif pour les bébés de 8 mois; les participants qui n'ont pas utilisé ce service de santé étaient exclus. Dans l'échantillon, 80 % des participants ont été classés comme étant Blancs, ce qui est comparable à la proportion indiquée dans les statistiques de l'époque pour cette zone de population.
Mères hispaniques ayant de jeunes enfants. <i>Medical Expenditure Panel Survey 2010-2015 – Household Component</i> (Sondage sur les dépenses médicales de 2010 à 2015 – Volet sur le foyer [traduction libre]) Données pondérées. Régression logistique. Analyse des arbres de classification.	<i>Race et ethnie</i> Hispanique	L'analyse de fonction discriminante s'est appuyée sur un modèle linéaire, qui peut entraîner une surestimation ou une sous-estimation des résultats. Examen de la stigmatisation sur le plan de la dyade mère-enfant. Sondage d'auto-évaluation. Biais de rappel des participants. Un enfant qui reçoit des soins dentaires signifie que les enfants qui ne reçoivent pas de soins ne sont pas représentés.

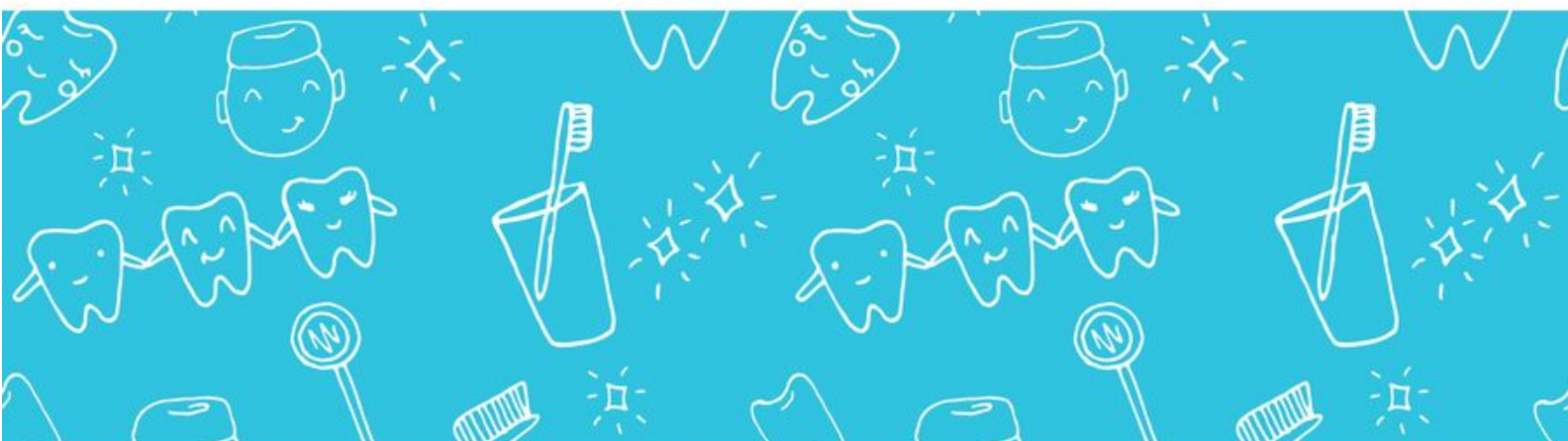
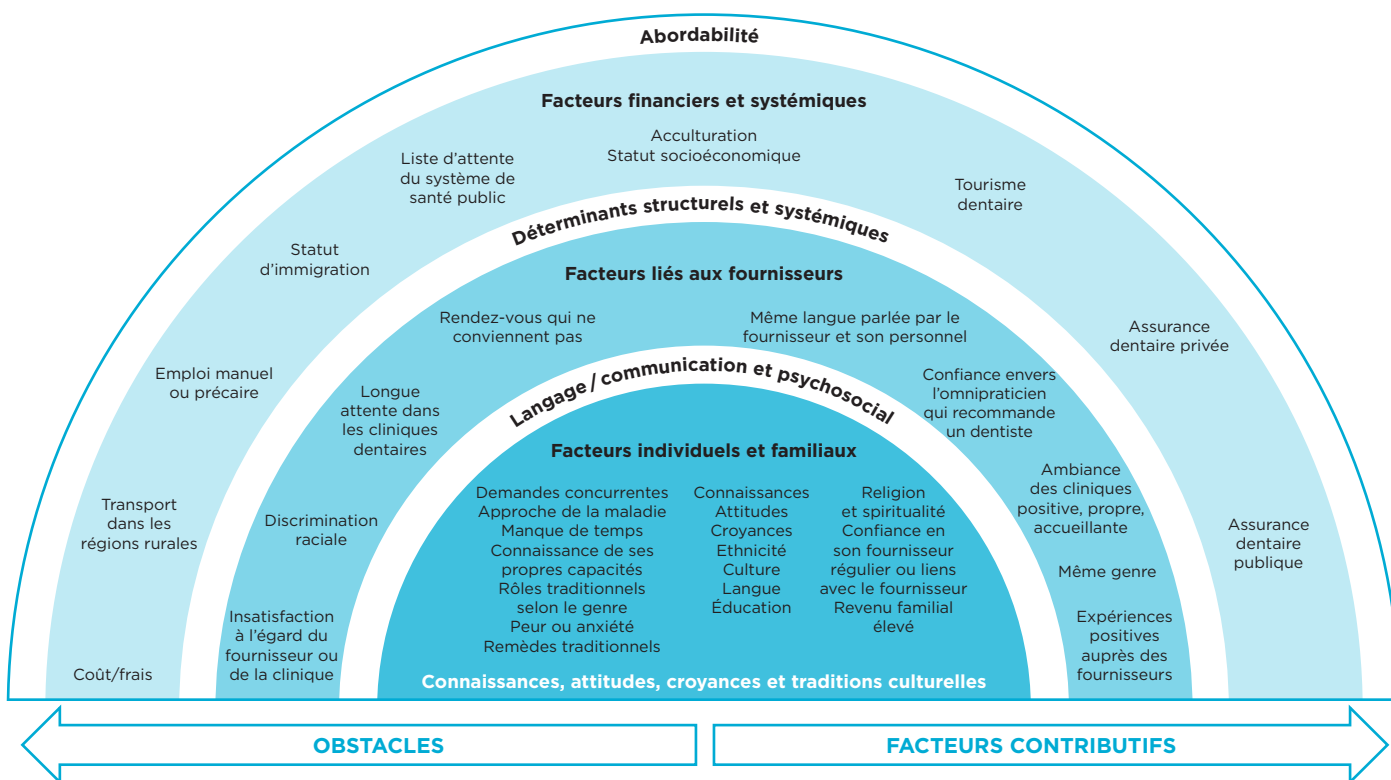


FIGURE 2. Obstacles et facteurs contributifs chez les soignants CALD évalués au moyen d'un cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU).



Il est possible de faire le lien entre les trois niveaux : les facteurs relatifs aux populations sont associés aux facteurs systémiques et aux facteurs liés aux fournisseurs, et vice versa. Cette interaction de l'utilisation des soins dentaires dans les groupes CALD s'est produite entre les trois niveaux. Les obstacles et les facteurs contributifs établis n'indiquent pas la « force » des facteurs prédictifs en raison de la variabilité des méthodologies des études incluses. Les éléments qui ont été classés comme obstacle dans une étude, mais comme facteur contributif dans une autre étude, ont été identifiés entre les deux, car ils peuvent être à la fois un obstacle et un facteur contributif. On a indiqué les six thèmes en italique et certains de ces thèmes se chevauchent entre les échelons de la couverture sanitaire universelle (CSU).

3.1.4 Facteurs liés à la langue et à la communication

Les différences liées à la langue et à la communication dans l'utilisation des soins dentaires représentent le quatrième obstacle le plus souvent cité^{33, 35, 36, 38, 47, 49}. L'incapacité de communiquer en anglais avec les fournisseurs ou une incompréhension culturelle a été exacerbée par un mauvais traitement⁵⁰. Une étude à méthodes mixtes a rapporté le contraire, sans des résultats statistiquement significatifs sur les barrières linguistiques chez des mères latino-américaines qui étaient des travailleuses agricoles⁵². Dans trois études, le personnel de cliniques dentaires, qui communiquait dans des langues comparables à celles parlées par des groupes CALD, a été signalé comme étant un facteur positif qui a contribué à l'utilisation de soins dentaires^{34, 35, 43}.

3.1.5 Déterminants structurels et systémiques

Parmi les obstacles structurels, on note la rigidité de l'emploi pour des visites chez le dentiste⁴¹, les facteurs socioéconomiques⁴⁶, les emplois manuels⁴² et les problèmes de transport⁵². La discrimination raciale a été codée comme un obstacle à l'utilisation des soins dentaires au niveau des fournisseurs^{38, 39, 41, 47, 49}, même si elle est aussi liée à un enjeu systémique plus large. L'acculturation, mesurée par la préférence pour la langue anglaise, a été signalée comme un facteur contributif à l'utilisation des soins dentaires dans deux études^{37, 44}, mais cette question a été invalidée dans deux autres études^{43, 52}. Le statut socioéconomique, évalué par le revenu, par l'éducation ou encore par la région défavorisée ont été liés à l'utilisation des soins dentaires ou aux connaissances sur le sujet dans trois études^{43, 46, 48}. Des mères latino-américaines ont indiqué d'autres facteurs structurels qui représentaient des obstacles à l'utilisation des soins dentaires, autres que l'éducation ou l'acculturation⁵². Le statut d'immigrant de migrants sans papiers a également entravé l'accès aux services⁴⁷.

3.1.6 Abordabilité

L'accessibilité financière des soins dentaires est l'obstacle le plus souvent cité quant à l'utilisation des soins dentaires^{33, 34, 38, 40, 41, 43, 47, 52}. Les longues listes d'attente pour obtenir des soins dentaires publics ont également nui à l'utilisation des soins dentaires³⁸. Des difficultés ont aussi été rapportées en ce qui concerne l'admissibilité à l'assurance médicale publique Medicaid⁴⁹. Le tourisme dentaire a été considéré comme un facteur qui favorise l'utilisation des soins dentaires^{38, 40, 47, 52}. Les mères pakistanaises préféraient se rendre dans leur pays d'origine pour profiter d'une réduction sur les coûts des traitements dentaires³⁸. Les soignants mexicains préféraient aussi faire faire des traitements dentaires au Mexique

en raison de leur coût; toutefois, la moitié de cet échantillon a préféré la qualité des services dentaires offerts aux États-Unis. Dans deux études, l'assurance médicale privée a contribué à l'utilisation des soins dentaires^{45, 48}.

4 DISCUSSION

La présente revue systématique a été réalisée en fonction d'une approche intégrée et innovante à méthodes mixtes pour mieux comprendre la question de recherche, et ce, en combinant des études quantitatives et qualitatives appuyées par un cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU).

Les vingt études regroupées pour cette revue ont mis en évidence une gamme complexe de facteurs concernant la population issue de la diversité culturelle et linguistique (CALD ou *Culturally and Linguistically Diverse*), les fournisseurs et le système quant à l'utilisation des soins dentaires. L'abordabilité des services de soins dentaires était le principal obstacle en ce qui touche le système, suivie par les répercussions psychosociales et les répercussions en matière de communication qui découlent d'expériences négatives auprès des fournisseurs. Les facteurs liés aux connaissances, aux attitudes et aux croyances ainsi que les facteurs culturels ont révélé que les soins dentaires préventifs étaient inutiles du point de vue individuel-familial. Pour réaliser la synthèse intégrée à méthodes mixtes, on a recueilli des données d'études quantitatives et qualitatives, afin d'explorer le phénomène de façon approfondie²². Compte tenu du cadre fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU) utilisé pour la synthèse des données et la triangulation de l'équipe de recherche, on a appliqué la rigueur nécessaire à la réalisation de cette revue. De plus, le cadre fondé sur la CSU et l'élaboration du modèle en arc-en-ciel ont permis de poser un regard unique pour comprendre l'utilisation des soins dentaires chez les populations CALD par l'intermédiaire de diverses méthodologies et tailles d'échantillon.

Les conclusions tirées de cette méthode mixte intégrée ainsi que le modèle en arc-en-ciel fondé sur la couverture sanitaire universelle (CSU) (figure 2) ont mis en évidence des liens complexes entre les niveaux liés aux populations, aux fournisseurs et au système, ainsi que les effets qu'ils peuvent avoir les uns sur les autres. Par exemple, à l'échelon du système, les politiques gouvernementales ont déterminé le thème de l'abordabilité, en plus des facteurs socioéconomiques comme l'éducation, la situation géographique et l'emploi. Ces éléments ont eu des répercussions directes sur la population qui se voit bénéficier de ce soutien gouvernemental. Les valeurs culturelles individuelles et familiales différaient selon le pays de naissance, l'ascendance, les valeurs et les croyances, selon lesquelles la consultation d'un dentiste en cas de douleur est une pratique socioculturelle acceptée⁵³. À cet égard, les facteurs culturels peuvent évoluer dans le temps, ce qui permet de lier les concepts d'acculturation au système²¹. Les thèmes de la communication ou de la langue, relatifs aux facteurs psychosociaux et aux facteurs structurels ou systémiques étaient interreliés entre les niveaux liés à la population et aux fournisseurs et les niveaux liés au système et aux facteurs individuels. Cette interrelation s'explique par ce qui suit : la communication efficace avec les patients, les expériences positives en matière de soins dentaires et la flexibilité de l'emploi pour permettre aux soignants CALD de se présenter aux rendez-vous dentaires. Cette interaction et cette complexité entre les facteurs individuels-familiaux, les facteurs liés aux fournisseurs et les facteurs structurels-systémiques de la couverture sanitaire universelle (CSU) ont soit nui à l'utilisation des soins dentaires chez les soignants CALD, soit favorisé leur utilisation chez cette population.

4.1 Facteurs financiers et systémiques

Les conclusions de cette revue font écho à des études antérieures en ce qui a trait aux thèmes de l'abordabilité^{8, 54, 55} et des déterminants structurels et systémiques⁵⁶. Le gradient social lié aux soins dentaires, selon lequel les milieux dans lesquels les migrants vivent, travaillent et grandissent ont des répercussions sur la santé, est bien connu⁵⁶. Les soignants migrants CALD étaient plus susceptibles d'occuper des emplois précaires et d'avoir des horaires de travail rigides⁵⁷, ce qui les empêchait de prendre des rendez-vous pour obtenir des soins dentaires. Plusieurs pays, dont l'Australie, le Canada et les États-Unis⁵⁸ offrent à la population une couverture d'assurance universelle pour les soins buccodentaires qui est insuffisante. Aux États Unis, l'assurance Medicaid a été signalée comme un facteur contributif dans une étude⁵⁰, alors qu'au Canada, certaines mères ne connaissaient pas l'existence des programmes publics ou encore n'avaient pas de renseignements sur ces programmes³⁶. Dans deux études, l'assurance maladie privée était un facteur contributif, qui souligne la couverture pour les soins buccodentaires chez certains groupes favorisés d'un point de vue socioéconomique. Les données prouvent que l'accès aux services de soins buccodentaires et l'utilisation de ces services font l'objet d'inégalités⁷, et montrent que les groupes ayant le plus besoin de ces soins sont les moins susceptibles de les obtenir.

Cette inégalité est aggravée par des écarts structurels et systémiques subis de diverses manières chez les adultes en raison de différences liées aux vulnérabilités, à la distribution des ressources, au capital social ou à l'accessibilité aux services⁵⁹.

4.2 Facteurs liés aux fournisseurs

Une synthèse des données probantes a mis en évidence des thèmes liés à la langue ou à la communication et des thèmes psychosociaux, par exemple la discrimination ou les expériences négatives qui ont nui à l'utilisation des soins dentaires^{60, 61}. Le renforcement des compétences culturelles des fournisseurs pourrait aider à résoudre ce problème. Mais la lutte contre le racisme est un enjeu à l'échelle du système, ce qui exige de prendre des mesures conjointes sur le plan politique, gouvernemental et communautaire. D'après les conclusions de cette revue, les omnipraticiens ont promu l'utilisation des soins dentaires, appuyant ainsi l'intégration de professionnels de la santé multidisciplinaires pour obtenir des résultats sur le plan de la santé buccodentaire et de la santé générale⁶². En outre, les facteurs touchant les fournisseurs et le système sont interreliés. Par exemple, la mauvaise répartition des fournisseurs de soins dentaires en milieu rural ou le degré de couverture d'assurance dentaire accessible à la population est un enjeu structurel et systémique, concernant les gouvernements et les parties prenantes responsables de la planification des services de santé. La communication à l'échelon des fournisseurs et des facteurs individuels dans une langue autre que l'anglais pourrait combler davantage les lacunes en matière de soins dentaires chez les groupes CALD non anglophones dans certaines régions en particulier¹⁰.

4.3 Facteurs individuels et familiaux

Les données probantes sur les obstacles et les facteurs contributifs de ce niveau rappellent les thèmes associés aux connaissances, aux attitudes, aux croyances et aux facteurs culturels qui se recoupent avec les facteurs psychosociaux et les facteurs liés à la langue et à la communication à l'échelon des fournisseurs⁶³. Les liens mutuels entre les patients et les fournisseurs établis par des visites régulières ont favorisé la confiance et l'atteinte de résultats en matière de soins dentaires⁶⁴. D'un point de vue individuel familial, les conclusions de cette revue sont alignées sur l'étude qualitative menée par Scambler et ses collaborateurs⁶⁵ auprès d'une communauté juive de Londres. Les influences culturelles et la connaissance de ses propres capacités ont été mises en évidence : les soins dentaires n'étaient pas une priorité, alors

que les croyances religieuses faisaient valoir la prise de mesures proactives pour prendre soin de sa santé⁶⁵. En outre, les conclusions de cette revue correspondent à celles de l'étude menée par Harris et ses collaborateurs, qui indique que des demandes concurrentes chez des groupes qui réussissent moins bien sur le plan socioéconomique ont une influence sur le comportement en matière de soins dentaires, qui est aussi influencé par l'abordabilité et la disponibilité des services⁶³. Toutefois, cette étude ne portait pas sur des populations CALD. Comme le montre le modèle en arc-en-ciel utilisé pour cette revue, les obstacles du point de vue individuel-familial ne peuvent pas être surmontés uniquement à l'échelon du comportement. Pour y parvenir, il faut faire des efforts coordonnés et intégrés avec les fournisseurs de soins de santé et mettre en œuvre une politique qui fait la promotion des soins buccodentaires auprès de toutes les populations.

TABLEAU 2: Obstacles et facteurs contributifs des études incluses dans la présente revue études.

PREMIER AUTEUR, DATE	RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	OBSERVATIONS CONCERNANT LES OBSTACLES ET LES FACTEURS CONTRIBUTIFS
Amin et Perez, 2012	La mère parle peu l'anglais : « Je ne peux pas parler anglais pour communiquer avec le dentiste. » La personne ignore l'existence des programmes publics de soins dentaires. Les dentistes étaient considérés comme des « réparateurs » nécessaires en cas de problème grave. Les dentistes fournissent des traitements inutiles. Selon les mères, les problèmes dentaires ont davantage de conséquences sociales et individuelles pour les femmes.	<i>Obstacles</i> • Attitudes à l'égard de la santé buccodentaire : soins préventifs inutiles d'une perception de type « maladie-réaction » ; consultation seulement en cas de nécessité absolue ; • Manque de connaissance quant à l'existence des programmes dentaires publics ; • Faible maîtrise de l'anglais ; incapacité de communiquer ; • Connaissance de ses propres capacités : peu à l'aise quant à la façon de s'y retrouver dans le système ; • Remèdes traditionnels maison pour résoudre les problèmes de santé buccodentaire.
Croucher et Sohanpal, 2006	« Ce serait utile s'il y avait plus d'employés qui parlent bengali. » (Femme bangladaise). « (...) le personnel doit avoir plus de « TLC. » (Femme afro-caribéenne) « C'est bien que l'on puisse obtenir un rendez-vous d'urgence, sinon on doit attendre environ deux mois. » (Femme indienne) Les femmes « ne consulteraient pas un homme » (femme bangladaise), mais le genre n'est pas un enjeu chez les groupes regroupant des personnes indiennes. « Nous pensons qu'ils ont toujours raison, s'ils nous disent que nous avons besoin de telle chose. Ensuite, nous nous disons que nous devrions suivre cette recommandation. » (Femme indienne) Qualité globale démontrée par les fournisseurs : « (...) l'atmosphère, les prix, la qualité, la qualité des recommandations sur les produits, la présentation (...) »	<i>Obstacles</i> • Demandes concurrentes : pression de la vie quotidienne ; • Défis linguistiques liés au personnel des soins dentaires ; • Manque de convivialité de la clinique et manque de sensibilité culturelle ; • Nombre insuffisant de sièges et chauffage insatisfaisant dans les cliniques ; • Coûts. <i>Facteurs contributifs</i> • Fournisseur/personnel parlant la même langue ; • Clinique du fournisseur : endroit propre et accueillant, service amical, prix, relation avec le patient.
Grembowski, et al., 2009	Les mères hispaniques qui ont répondu au sondage en espagnol étaient plus susceptibles de déclarer une santé dentaire passable ou mauvaise que les mères hispaniques qui ont répondu au sondage en anglais : 35 % ; $p < 0,001$. Au total, 52 % des mères hispaniques ont signalé une santé dentaire passable ou mauvaise, une proportion plus élevée que les mères noires ou blanches, chez qui cette proportion s'élève à 41 % et 42 %, respectivement. Dans l'ensemble des groupes ethniques, le fait d'avoir un endroit habituel où obtenir des services dentaires a été associé à une meilleure autoévaluation de la santé dentaire. Mais ce phénomène n'était pas associé aux croyances et aux comportements en matière de santé buccodentaire, sauf chez les Blancs et les Hispaniques. Selon les mères hispaniques, les visites régulières chez le dentiste sont associées à la conviction qu'un nettoyage régulier prévient la perte des dents.	<i>Obstacles</i> • Croyances et comportements en matière de santé buccodentaire des groupes ethniques ; • Facteurs culturels sous-jacents : moins de la moitié des mères à faible revenu avaient un endroit habituel où obtenir des services dentaires, même si elles sont inscrites à Medicaid. <i>Facteurs contributifs</i> • Endroit/fournisseur habituel où obtenir des services dentaires ; • Acculturation à la langue anglaise : les Hispaniques qui parlent anglais ont une meilleure santé buccodentaire que les Hispaniques qui ne parlent qu'espagnol ; • Croyance culturelle en matière de santé buccodentaire : visite régulière chez le dentiste.
Heima, et al., 2017	Les mères présentant une forte anxiété à l'égard des soins dentaires ont eu recours aux dentistes d'une façon significativement moins importante que les mères présentant moins d'anxiété. L'augmentation de l'utilisation des soins dentaires par les mères est fortement associée à l'utilisation des soins dentaires par l'enfant (test Chi de Pearson = 7,34 ; $df = 1$; $p = 0,007$). L'étude met davantage l'accent sur la santé buccodentaire des enfants.	<i>Obstacles</i> • l'anxiété chez la mère entrave le recours aux soins dentaires. <i>Facilitateurs</i> • une visite régulière chez le dentiste une fois par année a eu pour effet de réduire l'anxiété.

TABLEAU 2: Obstacles et facteurs contributifs des études incluses dans la présente revue études. (suite)

PREMIER AUTEUR, DATE	RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	OBSERVATIONS CONCERNANT LES OBSTACLES ET LES FACTEURS CONTRIBUTIFS
Hilton et coll., 2007	<p>Traitement non nécessaire. « Maintenant, lorsque je dois consulter un dentiste, je le choisis prudemment parce que je sais que certains dentistes sont impliqués dans des activités d'escroquerie afin d'obtenir de l'argent des sociétés d'assurance. » – Jeune femme soignante, immigrante des Philippines. « Les dentistes me font vraiment peur, alors je peux m'imaginer ce que ressentent mes petits enfants à l'idée de voir le dentiste. » – Personne âgée d'origine afro-américaine née aux États-Unis.</p> <p>Les participants ont toujours évoqué la « peur ». « Le médecin (de l'enfant), son médecin... J'ai confiance en lui, et je me sens à l'aise avec lui. Et puis, si quelque chose n'allait pas et qu'il me recommandait un dentiste, alors j'irais par la suite consulter ce dernier. Mais je lui demanderais d'abord son avis parce que ce ne sont pas tous les dentistes qui traitent les bébés d'un an; il est trop petit pour choisir n'importe quel dentiste. Il y a beaucoup de dentistes qui ne traitent pas les enfants d'un an. Beaucoup. La plupart refusent de les examiner. » – Jeune femme soignante latino-américaine née aux États-Unis. La croyance voulant que les soins dentaires préventifs ne soient pas nécessaires est particulièrement répandue chez les aînés chinois : « Si les gens peuvent prendre soin de leurs dents par eux-mêmes, ils n'ont pas besoin de consulter un dentiste, mais ils devraient le faire en cas de problème ». – Soignant âgé, immigrant de la Chine : « J'ai l'habitude de demander des conseils à mes proches ».</p>	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la peur liée au dentiste attribuable à des expériences antérieures; • le racisme/la discrimination de la part des fournisseurs/des cliniques; • optique de la maladie : « non nécessaire »; • le traitement des fournisseurs est inutile; • défis culturels : opinion teintée par la famille élargie. <p><i>Facilitateur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • confiance envers le médecin généraliste qui oriente vers le dentiste.
Kelly et coll., 2005	<p>Insatisfaction à l'égard de ses propres soins dentaires : douleur, mauvaise qualité, coût, incertitude par rapport au coût, discrimination. « Mes parents ne se souciaient pas de savoir si nous nous brossions les dents ou non. » « En fait, je crois qu'ils s'en souciaient. Ce n'était pas possible » – Un Afro-Américain. Peur intense liée au dentiste chez les Afro-Américains — peur des aiguilles, des doigts dans la bouche, de la sédation, de la douleur. Les Afro-Américains ont déclaré avoir peu de difficultés à trouver des fournisseurs Medicaid dans le comté de Jefferson. Ils ont rapporté avoir vécu des expériences positives auprès des fournisseurs. Les soignants afro-américains ayant eu recours à des soins dentaires ont signalé percevoir de la discrimination/du racisme. « La blancheur culturelle d'un cabinet dentaire de banlieue, par exemple, la musique qui y est jouée. » « Quand vous avez 4 ou 5 enfants, c'est difficile de prendre l'autobus pour aller les récupérer à l'école et ensuite les ramener à la maison » – Personne d'origine afro-américaine. Durée des rendez-vous, difficulté à concilier ceux-ci avec le travail et trouver des solutions pour le gardiennage des autres enfants.</p>	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les croyances en matière de santé buccodentaire : (optique de la maladie) « non nécessaire »; • les expériences antérieures négatives : soins de mauvaise qualité; • la peur liée au dentiste : aiguilles, doigts dans la bouche, douleur, etc.; • le racisme/la discrimination; • les besoins concurrents : l'emploi, le soin des enfants, l'impossibilité d'obtenir des rendez-vous pendant les vacances. <p><i>Facilitateur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la confiance envers/la relation avec le fournisseur contribue à la continuité des soins; • Afro-américains : ils reconnaissent l'importance des soins, se déplacent de manière proactive hors de leurs quartiers et déboursent de leur poche pour accéder à des soins de qualité.
Lukes, 2010	<p>Latino-Américains : le principal obstacle était la langue et la discrimination raciale; « s'ils ne veulent pas travailler avec moi ou s'ils ne veulent pas traiter de Latinos, ils devraient mettre un panneau sur la porte indiquant "Aucune personne hispanique admise" ». Les Afro-Américains ont subi de la discrimination raciale de la part du personnel; ils ont entendu des réceptionnistes émettre des commentaires négatifs sur les personnes noires. Des membres du groupe de discussion formé de Latino-Américains ont également exprimé avoir subi de la discrimination raciale. Ils ont également dénoté un manque de diversité au sein du personnel, ainsi que les besoins familiaux concurrents/le stress liés à l'organisation des rendez-vous dentaires. Les répondants de ce groupe affirment avoir subi du racisme, de la discrimination « à la merci des dentistes » — ils se sentaient impuissants de faire quoi que ce soit ou de signaler les problèmes au dentiste.</p>	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le racisme/la discrimination de la part des fournisseurs/des cliniques; • la barrière linguistique avec le fournisseur/la clinique pour le groupe de Latino-Américains; • les obstacles structurels : l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous, les préjugés, la désobéissance du personnel ou du fournisseur.
Naidu et Nunn, 2020	<p>18% des parents ont déclaré avoir besoin d'aide pour lire des informations sur la santé, occasionnellement ou la plupart du temps. Les répondants ont jugé avoir une bonne santé dentaire dans 71% des cas et une santé dentaire passable à mauvaise dans 28% des cas. 56% des répondants ont déclaré être trop accaparés par les besoins de leurs enfants. Nous avons trouvé une association bidimensionnelle relative à la santé buccodentaire des parents : les ménages où l'un des parents exerce un travail manuel avaient des difficultés à trouver des soins dentaires ($p < 0,05$ selon le test Chi²). Les connaissances et l'attitude de ces parents en matière de santé buccodentaire se situaient dans la moyenne. L'étude porte davantage sur la santé buccodentaire des enfants.</p>	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les besoins concurrents en matière d'éducation des enfants; • le faible statut socio-économique : travail manuel, faible degré d'éducation. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les connaissances et les croyances en matière de santé buccodentaire : les parents avaient des connaissances moyennes en la matière.

TABLEAU 2: Obstacles et facteurs contributifs des études incluses dans la présente revue études. (suite)

PREMIER AUTEUR, DATE	RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	OBSERVATIONS CONCERNANT LES OBSTACLES ET LES FACTEURS CONTRIBUTIFS
Nam et coll., 2016	Le coefficient de corrélation était significatif ($p = 0,0402$) entre l'évitement des soins dentaires sur le plan subjectif et la rencontre avec d'autres personnes en raison de problèmes de santé buccodentaire. 61,5% des répondants ont déclaré que la santé buccodentaire était très importante et seulement 1,5% des répondants ont affirmé qu'elle était très peu importante. 49,2% des femmes issues de communautés CALD ont déclaré ne pas avoir besoin de visite dentaire, contre 50,8% d'entre elles ayant répondu par l'affirmative quant à la nécessité des soins dentaires. 47,5% de ces femmes ont déclaré ne pas recevoir de soins dentaires lorsqu'elles en avaient besoin. 42,3% ont déclaré qu'il leur était « impossible de se rendre dans une clinique dentaire », tandis que 24,6% ont déclaré que les coûts liés aux soins étaient élevés en raison de l'absence d'une assurance dentaire. 8,5% d'entre elles évitaient les soins en raison de la peur, 4,6% des répondantes les évitaient en raison du manque de temps et 4,6%, en raison de problèmes de communication linguistique. Le fait de vivre plus longtemps en Corée du Sud a entraîné un taux de réponse subjectif plus élevé quant à « l'importance des soins dentaires » ($p < 0,05$).	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les problèmes linguistiques/de communication; • les besoins concurrents: le manque de temps; • la peur liée au dentiste attribuable à des expériences antérieures; • les obstacles structurels: défis des cliniques et des fournisseurs/niveau de vie; • coûts des soins élevés en raison de l'absence d'une assurance dentaire. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les connaissances: les femmes immigrantes étaient conscientes de l'importance de la santé buccodentaire.
Quandt et coll., 2007	37% des mères ont consulté pour un nettoyage dentaire et 15,7% d'entre elles pour un examen dentaire. Les mères sont les plus susceptibles de ne pas chercher à obtenir des soins dentaires (48%) même si elles estiment en avoir besoin. 90,6% des mères ont déclaré que le coût ou les frais des soins dentaires étaient la raison pour laquelle elles ne cherchaient pas à obtenir ces soins ou reportaient une visite chez le dentiste, tandis que 15,1% des mères ont évoqué des problèmes de transport. 63,9% des mères ont déclaré que l'état de leur dentition était passable ou mauvais. Les mères sont deux fois plus susceptibles de ressentir de la douleur que les enfants: 13,9% contre 6,3%. Aucune corrélation significative entre le niveau d'éducation de la mère et le fait de chercher à obtenir des soins dentaires ($X^2 = 0,120$; $p = 0,729$); préférence linguistique $X^2 = 5,548$; $p = 0,476$ ou acculturation ($X^2 = 3,881$, $p = 0,275$).	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les défis structurels: le transport, les horaires de travail, la difficulté à rejoindre les familles dans les zones rurales et éloignées; • l'impossibilité d'obtenir des rendez-vous les fins de semaine ou d'en prévoir en fonction de l'horaire de travail; • le coût des services dentaires était la raison pour laquelle elles ne consultaient pas le dentiste. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le tourisme dentaire: très peu de mères se rendent au Mexique pour obtenir des soins dentaires.
Reich et coll., 2019	Les hispanophones étaient beaucoup moins susceptibles de signaler des expériences positives (Rapport de cotes [RC] = 0,48, $p = 0,003$). Ils n'avaient pas envie de retourner chez le dentiste (pour les soins des enfants) en raison de leurs expériences antérieures négatives. Les groupes hispanophones et vietnamiens ont vécu des expériences dentaires plus négatives que les Caucasiens. Ces expériences sont principalement liées aux soins des enfants. Toutes les femmes vivaient à proximité d'un dentiste ou avaient accès à des services dentaires.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'expérience antérieure négative (groupes espagnol et vietnamien); • l'enfant est séparé du soignant et immobilisé; <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'assurance Medicaid (couvre les coûts).
Riggs et coll., 2014	« Néanmoins, les nouveaux médecins et les apprenants ne font pas un bon travail parce qu'ils n'ont pas d'expérience; ce sont tous des étudiants à l'hôpital » — Une mère irakienne. À savoir si les valeurs halal sont respectées, je reçois une réponse différente selon que mon interlocuteur soit masculin ou féminin. Il y a également des problèmes liés au recours à des interprètes. « Parfois, ils n'interprètent pas bien — cela m'est arrivé — et j'ai eu des problèmes avec les interprètes qui ont entraîné d'autres enjeux. » — une mère libanaise Discrimination. Les listes d'attente publiques sont trop longues. Voyage au Pakistan pour se faire soigner au lieu de vivre une expérience insatisfaisante à Melbourne. « L'arrogance. Parfois, on se dit: "Mon Dieu, je ne devrais pas être ici"... on ressent vraiment la manière dont on nous traite. » « Je suis allé voir le médecin et il m'a dit: "je peux pratiquer une obturation dentaire pour trois cents dollars." Je n'ai pas les moyens de payer trois cents dollars pour mes dents. » Un Assyrien chaldéen. La prévention est un nouveau concept pour les adultes (et les enfants). L'utilisation du siwak (une brosse à dents naturelle) est préférée. « Ils souffrent tous ici; deux maris sont sur la liste d'attente; nous devons attendre longtemps. » — Un interprète assyrien chaldéen	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les croyances et les attitudes voulant que les soins dentaires soient « inutiles »; • la barrière linguistique/la communication: problèmes avec les interprètes; • le racisme/la discrimination: le sentiment d'être maltraité; • l'optique de la maladie: la prévention est un nouveau concept; elle n'a « jamais été nécessaire »; • les coûts; • l'insatisfaction à l'égard du fournisseur; • les méthodes traditionnelles de santé buccodentaire — l'utilisation du siwak. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • des femmes dentistes pour les mères bangladaises et pakistanaises; • le tourisme dentaire au Pakistan pour obtenir des soins dentaires; • l'examen dentaire des enfants à l'école.
Telleen et coll., 2012	Étude principalement axée sur les soins aux enfants et les visites dentaires en bas âge. Les mères étaient plus susceptibles de chercher à obtenir des soins dentaires si elles croyaient en l'importance des soins préventifs destinés à leurs enfants (RC = 3,83, IC à 95% 1,71-8,63). La continuité des soins: le fait de retourner chez le même fournisseur s'est avéré important chez les mères. Le niveau d'éducation de la mère et son acculturation n'étaient pas des facteurs significatifs dans le modèle final. Le réseau social n'est pas un facteur significatif ($p = 0,109$). 47% des répondantes croyaient en l'importance des soins dentaires préventifs. Le revenu familial permettait de prévoir un plus grand nombre de visites dentaires planifiées. L'identité latino-américaine n'était pas prédictive de l'utilisation des services de santé. Les mères qui croyaient en l'efficacité de la consultation chez le dentiste et la jugeaient importante pour la santé dentaire des enfants étaient plus susceptibles d'y recourir. L'orientation vers les dentistes par les pédiatres est peu fréquente dans le cadre de la coordination du système de santé.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les coûts; • le manque de disponibilité des fournisseurs les fins de semaine et les soirées. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les croyances quant à l'importance des soins dentaires préventifs; • le fournisseur parle l'espagnol; • le suivi avec le même fournisseur pour assurer une communication efficace; • l'assurance Medicaid pour les enfants; • le revenu familial élevé.

TABLEAU 2: Obstacles et facteurs contributifs des études incluses dans la présente revue études. (suite)

PREMIER AUTEUR, DATE	RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	OBSERVATIONS CONCERNANT LES OBSTACLES ET LES FACTEURS CONTRIBUTIFS
Tiwari et coll., 2018	Les hispanophones ont obtenu des scores plus élevés sur le « modèle de croyances sur les obstacles perçus en matière de santé ». Les anglophones avaient de meilleures connaissances de la santé buccodentaire (moyenne) (87,51), de meilleures habitudes (47,13), une connaissance de l'utilisation des services de soins dentaires (3,67) et de leurs propres capacités (4,34). L'ajustement pour tenir compte du degré d'éducation des mères, de la langue était toujours significatif, ce qui suggère que l'éducation est un facteur de confusion.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les connaissances : les obstacles perçus. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'acculturation par la préférence pour la langue anglaise.
Updegraff et coll., 2017	Une augmentation d'une unité dans l'attitude à l'égard des rôles traditionnels selon le genre était associée à une réduction de 78 % de la probabilité d'une visite dentaire de routine chez leurs filles (RC = 0,22, IC 0,08-0,64, $p = 0,005$). Les valeurs du familisme auxquelles adhèrent les pères n'ont aucun rapport avec les soins de routine des jeunes adultes. Chez les femmes, le fait d'avoir une assurance maladie se traduit par un nombre de visites de routine cinq fois supérieur.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les rôles culturels traditionnels des femmes. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accès à l'assurance dentaire pour les femmes mexicaines.
Velez et coll., 2017	« Ce que je m'apprêtais à vous dire, c'est que nous, les sans-papiers, ne sommes pas admissibles aux régimes d'assurances. » – personne résidente du Mexique « L'hostilité du personnel de soutien dentaire, le manque de confidentialité, la peur, le manque de confiance entre le patient et le fournisseur de soins "lors de la visite d'un patient... et que ses renseignements personnels sont divulgués" » – personne travaillant en santé communautaire au Mexique. « La confiance, leur confiance envers cette communauté; qu'ils traitent les gens comme le feraient les médecins et les infirmières. » – personne résidente du Mexique. « Aller chez le dentiste en ayant peur, c'est effrayant. » – personne d'origine mexicaine. « Beaucoup d'éléments sont lors de la traduction... », « Parfois, il est préférable que les dentistes parlent l'espagnol parce que des renseignements se perdent dans la traduction... parfois l'interprète dit des choses que nous n'avons pas dites. » – personne d'origine mexicaine. On observe un manque de confiance entre patients et fournisseurs, de la discrimination et de la désobligeance de la part du personnel de la clinique. « Vous ne comprenez pas beaucoup l'anglais, n'est-ce pas ? » – personne citoyenne de la communauté Facteurs liés au transport : « Par exemple, je prends mes rendez vous en fonction de l'horaire des autobus... ». Le Lideres fait état du recours à la spiritualité pour trouver la force de faire face aux obstacles. Le statut d'immigrant empêche les patients de se rendre au Mexique pour y recevoir des soins dentaires.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la barrière linguistique/le niveau d'alphabétisation : des renseignements se perdent lors de la traduction par des interprètes ; • l'inadmissibilité aux assurances/couverture limitée : Medi-Cal ; • l'insatisfaction et la négligence vécues lors des expériences dentaires aux États-Unis ; • la discrimination par le personnel et le fournisseur ; • le coût trop élevé des services ; • le temps d'attente en clinique ; • les défis liés au transport : la clinique dentaire est mal desservie par les lignes d'autobus ou de train ; • la peur : le dentiste « effraie » ; • l'impossibilité de se rendre au Mexique pour des soins dentaires en raison d'obstacles liés à l'immigration. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la spiritualité est une force pour faire face aux expériences négatives auprès de fournisseurs de soins de santé ; • certains ont vécu des expériences dentaires positives aux États Unis ; ils se sont sentis encouragés de retourner à leurs rendez vous.
Williams et Gelbier, 1988	Il y a des points de vue partagés à propos des traitements dentaires antérieurs : certains croient que les dentistes sont serviables, tandis que d'autres craignent une mauvaise communication avec le dentiste et l'extraction de la mauvaise dent. Les répondants ont signalé vivre de l'anxiété. « Le dentiste n'est ni compréhensif ni prévenant. » Toutes les mères ont déclaré que la communication était problématique; le personnel parlant des langues asiatiques leur était donc utile. « Le personnel dentaire actuel devrait mieux comprendre les cultures, les modes de vie et les enjeux des communautés asiatiques. » Elles ont noté que les « places assises étaient insuffisantes » et que la clinique était « froide et exigüe ». Les réceptionnistes sont « vous mettent à l'écart ou vous aident à vous détendre ». Elles ont aussi affirmé « être trop occupées » et « avoir trop de choses à faire à la maison », en particulier les tâches ménagères. On craignait également que les dents soient extraites sans autorisation. Optique de la maladie : moins de la moitié du groupe de mères asiatiques irait chez le dentiste pour un examen buccodentaire. « Les visiteurs de santé doivent parler des soins dentaires et des problèmes dentaires aux mères. »	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les besoins concurrents en matière d'éducation des enfants et de tâches ménagères ; • la peur ou l'anxiété concernant « les injections, les extractions et le risque de se faire retirer la mauvaise dent » ; • la barrière linguistique/la mauvaise communication : « le dentiste ne comprend pas » ; • le manque d'informations sur la santé buccodentaire de la part des travailleurs paramédicaux ; • l'optique de la maladie : consulter un dentiste pour soulager pour soulager la douleur ou les symptômes ; • l'atmosphère négative de la clinique : la salle d'attente « froide et exigüe », « les places assises insuffisantes », « l'équipement sale ». <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • les mères asiatiques préfèrent les femmes dentistes ; • une bonne sensibilisation à la santé buccodentaire, l'offre de soins gratuits par le système national de santé ; • le personnel parlant des langues asiatiques s'avère utile.
Williams, Whittle, Gatrell, 2002	44,6% des familles vivaient dans des zones défavorisées ; 66,71% d'entre elles avaient des connaissances dentaires avancées, contre 76,53% dans les zones non défavorisées. 17,2% des répondants étaient d'origine asiatique et 2,4% d'une autre origine. Autres faits à noter au sujet de l'échantillon : L'origine ethnique était un facteur significatif dans les connaissances liées à la santé buccodentaire ($p = 0,003$). Les parents asiatiques risquent d'avoir significativement moins de connaissances en matière de santé buccodentaire (OR = 0,433, IC 0,267-0,702) que les parents blancs. Seuls 18% des parents asiatiques avaient une attitude positive à l'égard de la santé dentaire par rapport aux parents blancs.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la culture/l'ethnicité : facteur prédictif des connaissances en matière de santé buccodentaire ; • le manque d'éducation : facteur prédictif des connaissances en matière de santé buccodentaire ; • le fait de vivre dans une zone défavorisée : facteur prédictif des connaissances en matière de santé buccodentaire.
Zautra, 2018	Les Noirs non hispaniques et les Hispaniques d'autres origines étaient plus susceptibles de consulter un dentiste que les Blancs, à l'exception des Hispano-Mexicains. Les mères (y compris celles de race blanche) n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient moins susceptibles de consulter un dentiste. Les mères couvertes par l'assurance publique ou celles n'ayant pas d'assurance étaient moins susceptibles de consulter un dentiste. Les mères dont les besoins dentaires n'étaient pas satisfaits étaient moins susceptibles de consulter un dentiste. Les mères ayant consulté un dentiste avaient plus de chances d'y amener leur enfant. Arbre de classification : l'ethnicité hispanique était un facteur prédictif des besoins dentaires non satisfaits.	<p><i>Obstacles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • le degré d'éducation inférieur aux études secondaires ; • le faible statut socio-économique ; • la couverture par l'assurance publique ou aucune couverture d'assurance ; • les mères regroupées dans « autre » race/ethnicité ; • l'ethnicité hispanique comme facteur prédictif des besoins dentaires non satisfaits. <p><i>Facilitateurs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la consultation du dentiste par la mère était déterminante pour les soins dentaires de son enfant ; • le revenu familial élevé ; • l'assurance dentaire privée.

4.4 Points forts et limites

Cet examen à méthodes mixtes intégratives a permis de résumer les constatations quantitatives et qualitatives. De plus, notre modèle arc-en-ciel innovant était opportun et pertinent dans le contexte politique actuel de la résolution adoptée par l'OMS sur la santé buccodentaire et les objectifs de développement durable. [Parmi les points forts de cette étude on compte également la rigueur des critères d'inclusion/d'exclusion, le cadre de codage et la participation de l'équipe de recherche élargie.] Le contrôle de validité par consensus des auteurs a été effectué tout au long de cette étude. La stratégie de recherche a également été affinée avec l'aide d'un bibliothécaire expérimenté; cinq bases de données ont fait l'objet d'une recherche exhaustive afin d'explorer efficacement les données disponibles. Les outils d'examen critique du JBI ont ajouté à la rigueur de l'étude^{23, 31}. Les résultats convergents de la méthode mixte révèlent peu de divergences au cours du processus de synthèse narrative entre les études quantitatives, qualitatives et de méthode mixte. Seules les études qualitatives ont fait état d'expériences de racisme ou de discrimination envers les groupes issus de communautés linguistiques et culturelles minoritaires. L'acculturation, qui fait référence à l'adoption de nouvelles valeurs culturelles dans le pays d'accueil, n'a également été rapportée que dans des études quantitatives et de méthode mixte. Dans les études incluses, le terme « communauté culturellement et linguistiquement diverse (*Culturally and Linguistically Diverse* [CALD]) » a été classifié de manière différente dans les études, soit en fonction de la race, de l'ethnicité, de la langue parlée, du pays de naissance ou de la durée de séjour dans le pays d'accueil, en raison de l'absence d'une définition universellement reconnue du concept⁴. Il convient de noter que la majorité des études incluses se sont penchées sur l'échantillon et ne sont donc pas représentatives des populations CALD plus diversifiées et hétérogènes.

L'étude n'est pas sans limites. L'incidence de la variabilité au sein des groupes CALD et entre ceux-ci a mis en évidence la représentativité limitée de ces groupes dans la littérature. En outre, les réfugiés et les migrants issus de pays à faible revenu et non anglophones, ainsi que la diversité croissante de la population mondiale, soulignent la nécessité de comprendre les besoins dentaires propres à chaque population. Dans notre étude, la qualité des études n'a pas été classée selon la méthodologie du JBI²³. Les études incluses étaient pertinentes pour les questions de recherche, et par conséquent, les conceptions des études ou la rigueur des études n'ont pas été exclues. Les études traitant de la dyade parentale de mère-enfant nous ont fourni des renseignements limités sur l'utilisation des soins dentaires par les mères issues des communautés CALD; nous les avons toutefois inclus pour mieux comprendre les mères et leurs connaissances, croyances et attitudes en matière de soins dentaires. À l'aide de six modèles d'enquêtes transversales, nous n'avons analysé que l'échantillon à l'étude, tandis que pour l'une des études, nous avons analysé les mères hispaniques en utilisant des données pondérées pertinentes à la population hispanique des États-Unis. En raison de la variabilité des conceptions et des résultats des études, il n'a pas été possible de distinguer l'influence de la famille de celle de l'individu et vice-versa, et par conséquent, d'autres études utilisant le cadre fondé sur la CSU pourraient permettre d'affiner cet élément de recherche. Des recherches supplémentaires axées sur les groupes CALD sous-représentés seraient bénéfiques, afin de mieux comprendre les politiques, les programmes et les stratégies visant l'élimination des obstacles ainsi que les facteurs contributifs à l'utilisation des soins dentaires.

5. CONCLUSION

L'examen intégré et de méthode mixte a permis de déterminer les facteurs interdépendants qui entravent ou facilitent le recours aux soins dentaires chez les soignants CALD. Les politiques relatives au système financier et les interactions à l'échelle des fournisseurs définissent, dans une certaine mesure, le recours aux soins dentaires chez les soignants CALD. L'abordabilité des soins dentaires s'est révélée être un facteur contributif sur le plan du système financier; elle a donc une portée sur les gouvernements et les décideurs politiques. — Les facilitateurs ayant trait au système financier ont été associés à la faisabilité, ce qui a des implications pour les gouvernements et les décideurs politiques. L'élimination des obstacles à l'utilisation des soins dentaires, comme l'illustrent nos résultats, renforce les arguments en faveur de l'accessibilité universelle aux soins buccodentaires, notamment pour cette population CALD.

Les fournisseurs de soins dentaires doivent créer des environnements favorables et propices à la confiance, élaborer des stratégies de communication et nouer des relations respectueuses afin de répondre aux besoins en soins dentaires des communautés CALD. Les considérations d'ordre populationnel doivent intégrer des stratégies de prévention primaire et de promotion de la santé pour améliorer la santé buccodentaire des communautés CALD. Le caractère opportun et les conclusions tirées de cette étude soulignent la nécessité de procéder à des changements systémiques et de perfectionner les compétences des fournisseurs de soins de santé en vue de promouvoir et d'intégrer les soins buccodentaires dans la CSU.

Remerciements

Les auteurs remercient le/la bibliothécaire de l'Université de Sydney qui les a aidés à élaborer la stratégie de recherche et apprécient les précieux commentaires des réviseurs. Les travaux de KM sont rendus possibles grâce à une bourse du programme de formation à la recherche du gouvernement australien. Elle a obtenu la bourse communautaire Colgate 2021 de l'ACFF (*Alliance for a Cavity-Free Future*) et a reçu la bourse d'études *Oral Health Special Interest Group* (groupe d'intérêt particulier en santé buccodentaire [traduction libre]) de 2021 de la *Public Health Association of Australia*.

Publication en libre accès permise par l'Université de Sydney, dans le cadre de l'accord entre Wiley et l'Université de Sydney, et par l'intermédiaire du Conseil des bibliothécaires universitaires de l'Australie (*Council of Australian University Librarians* [CAUL]). Partenariat public-privé entre la WOA Institution, l'Université de Sydney et CAUL en 2022.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la conceptualisation et à la réalisation de l'étude. KM a entrepris la collecte des données, l'examen critique, l'extraction des données, la synthèse et a rédigé la version initiale de l'étude. MB a effectué l'épuration des données, l'examen critique, l'extraction des données et a supervisé la synthèse. Le contrôle de validité des processus a été effectué à chaque étape par WS et SDS. Tous les auteurs ont effectué un examen critique, une révision puis approuvé le manuscrit final.

Déclaration de disponibilité des données

Les données qui appuient les conclusions de cette étude sont accessibles auprès des auteurs sur présentation d'une demande raisonnable.

ORCID

Kanchan Marcus

<https://orcid.org/0000-0002-2457-4004>

Madhan Balasubramanian

<https://orcid.org/0000-0003-2798-5850>

Stephanie Short

<https://orcid.org/0000-0002-9215-3308>

Woosung Sohn

<https://orcid.org/0000-0002-7486-9652>

Références :

- McAuliffe M, Khadria B, eds. *État de la migration dans le monde 2020*. Organisation internationale pour les migrations, Nations Unies; 2019.
- Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, éd. *ONU. International Migration 2020 Highlights*. Nations Unies; 2020.
- Pham TTL, Berecki-Gisolf J, Clapperton A, O'Brien KS, Liu S, Gibson K. Definitions of Culturally and Linguistically Diverse (CALD): a literature review of epidemiological research in Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):737.
- Marcus K, Balasubramanian M, Short SD, Sohn W. Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Aust N Z J Public Health*. 2021;46(1):7-9.
- Mathur MR, Williams DM, Reddy KS, Watt RG. Universal health coverage: a unique policy opportunity for oral health. *J Dent Res*. 2015;94(3_suppl):35-55.
- Watt RG, Daly B, Allison P, et coll. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019;394(10194):261-272.
- Sheiham A, Alexander D, Cohen L, et coll. Global oral health inequalities: task group—implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):259-267.
- Mariño R, Wright C, Schofield M, Minichiello V, Calache H. Factors associated with self-reported use of dental health services among older Greek and Italian immigrants. *Spec Care Dentist*. 2005;25(1):29-36.
- Wu B, Yaolin P, Zhang W, Northridge M. Immigrant status, resilience, and perceived oral health among Chinese Americans in Hawaii. *Res Aging*. 2020;42(5-6):186-195.
- Han C. Oral health disparities: racial, language and nativity effects. *SSM Popul Health*. 2019;8:100436.
- Mehra VM, Costanian C, Khanna S, Tamim H. Dental care use by immigrant Canadians in Ontario: a cross-sectional analysis of the 2014 Canadian Community Health Survey (CCHS). *BMC Oral Health*. 2019;19:9.
- Pabbla A, Duijster D, Grasveld A, Sekundo C, Agyemang C, van der Heijden G. Oral health status, oral health behaviours and oral health care utilisation among migrants residing in Europe: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2020;23(2):373-388.
- Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018;75:1-6.
- Valdez R, Spinler K, Kofahl C, et coll. Oral health literacy in migrant and ethnic minority populations: a systematic review. *J Immigr Minor Health*. 2021. doi:10.1007/s10903-021-01266-9 [Version en ligne avant la version imprimée]
- Lee JY, Divaris K. The ethical imperative of addressing oral health disparities: a unifying framework. *J Dent Res*. 2014;93(3):224-230.
- Van Steenkiste M. Access to oral care and attitudes to the dentist by German and Turkish parents. *Gesundheitswesen*. 2004;66(2):93-101.
- Wu B, Liang J, Luo H, Furter R. Racial and ethnic variations in preventive dental care utilization among middle-aged and older Americans, 1999-2008. *Front Public Health*. 2013;1:65.
- Weintraub JA, Prakash P, Shain SG, Laccabue M, Gansky SA. Mothers' caries increases odds of children's caries. *J Dent Res*. 2010;89(9):954-958.
- Firmino RT, Ferreira FM, Martins CC, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Paiva SM. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int J Paediatr Dent*. 2018;28(5):459-471.
- Batra M, Gupta S, Erbas B. Oral health beliefs, attitudes, and practices of south Asian migrants: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11):22.
- Dahlan R, Badri P, Saltaji H, Amin M. Impact of acculturation on oral health among immigrants and ethnic minorities: a systematic review. *PLoS One*. 2019;14(2):e0212891.
- Sandelowski M, Voils C, Barroso J. Defining and designing mixed research synthesis studies. *Res Sch*. 2006;13(1):29.
- Lizarondo L, Stern C, Carrier J, et coll. Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. Dans : Aromataris E, Munn Z, ed. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute; 2017.
- Page M, McKenzie J, Bossuyt P, et coll. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
- Marcus K, Balasubramanian M, Short S, Sohn W. Barriers and facilitators to oral health care utilization in culturally and linguistically diverse mothers: a mixed methods systematic review protocol. *JBI Evi Synth*. 2021;19(3):669-674.
- OMS. Santé buccodentaire : améliorer la santé buccodentaire dans le cadre des travaux portant sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles à l'horizon 2030 – rapport du Directeur général. 23 décembre 2020 N° de document : EB148/8.
- Creswell J. *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. SAGE; 2015.
- Maxwell J. Chapter 7: Designing a qualitative study. Dans : Bickman LR, Rog DJ, eds. *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods*. SAGE Publications; 2009.
- Penchansky R, Thomas J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-140.
- Katrak P, Bialocerkowski AE, Massy-Westropp N, Kumar S, Grimmer KA. A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BMC Med Res Methodol*. 2004;4(1):22.
- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(5):179-187.
- Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*. 2021;199:20-24.
- Nam S-H, Ko J-M, Ko H-J, et coll. Oral health awareness and actual state of immigrant women in multicultural families. *Indian J Sci Technol*. 2016;9(41):1-8.
- Croucher R, Sohanpal R. Improving access to dental care in East London's ethnic minority groups: community-based, qualitative study. *Community Dent Health*. 2006;23(2):95-100.
- Williams SA, Gelbier S. Access to dental health? An ethnic minority perspective of the dental services. *Health Educ J*. 1988;47(4):167-170.
- Amin M, Perez A. Is the wait-for-patient-to-come approach suitable for African newcomers to Alberta, Canada? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(6):523-531.
- Tiwari T, Mulvahill M, Wilson A, Rai N, Albino J. Association between maternal acculturation and health beliefs related to oral health of Latino children. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):67.
- Riggs E, Gussis M, Gibbs L, van Gemert C, Waters E, Kilpatrick N. Hard-to-reach communities or hard-to-access services? Migrant mothers' experiences of dental services. *Aust Dent J*. 2014;59(2):201-207.
- Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):429-438.
- Lukes SM. Oral health knowledge, attitudes and behaviors of migrant preschooler parents. *J Dent Hyg*. 2010;84(2):87-93.
- Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. *Am J Public Health*. 2005;95(8):1345-1351.
- Naidu RS, Nunn JH. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: Implications for oral health promotion. *Oral Health Prev Dent*. 2020;18(2):245-252.
- Telleen S, Kim YOR, Chavez N, Barrett RE, Hall W, Gajendra S. Access to oral health services for urban low-income Latino children: social ecological influences. *J Public Health Dent*. 2012;72(1):8-18.
- Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Racial and ethnic differences in a regular source of dental care and the oral health, behaviors, beliefs and services of low-income mothers. *Community Dent Health*. 2009;26(2):69-76.
- Updegraff KA, Kuo SI, McHale SM, Umana-Taylor AJ, Wheeler LA. Parents' traditional cultural values and Mexican-origin young adults' routine health and dental care. *J Adolesc Health*. 2017;60(5):513-519.
- Williams NJ, Whittle JG, Gatrell AC. The relationship between socio-demographic characteristics and dental health knowledge and attitudes of parents with young children. *Br Dent J*. 2002;193(11):651-654.
- Velez D, Palomo-Zerfas A, Nunez-Alvarez A, Ayala G, Finlayson T. Facilitators and barriers to dental care among Mexican migrant women and their families in North San Diego County. *J Immigr Minor Health*. 2017;19(5):1216-1226.
- Zautra NT. *Family and system influences on dental healthcare utilization: a dynamic framework of dental health disparities* [Thèse de doctorat]. Indiana University; 2018.
- Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. *Am J Public Health*. 2002;92(1):53-58.
- Reich SM, Ochoa W, Gaona A, et coll. Disparities in caregivers' experiences at the dentist with their young child. *Acad Pediatr*. 2019;19(8):969-977.
- Heima M, Heaton L, Gunzler D, Morris N. A mediation analysis study: the influence of mothers' dental anxiety on children's dental utilization among low-income African Americans. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(6):506-511.
- Quandt SA, Clark HM, Rao P, Arcury TA. Oral health of children and adults in Latino migrant and seasonal farmworker families. *J Immigr Minor Health*. 2007;9(3):229-235.
- Miltiades HB. Early childhood experiences, cultural beliefs, and oral health of Mexican American women. *Hisp Health Care Int*. 2013;13(2):87-94.
- Gupta A, Feldman S, Perkins RB, Stokes A, Sankar V, Villa A. Predictors of dental care use, unmet dental care need, and barriers to unmet need among women: results from NHANES, 2011 to 2016. *J Public Health Dent*. 2019;79(4):324-333.

55. Newton JT, Thorogood N, Bhavnani V, Pitt J, Gibbons DE, Gelbier S. Barriers to the use of dental services by individuals from minority ethnic communities living in the United Kingdom: findings from focus groups. *Prim Dent Care*. 2001;8(4):157-161.
56. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):1-11.
57. Palmer G, Short S. *Health Care and Public Policy: An Australian Analysis*. 5^e éd. Palgrave Macmillan; 2014.
58. Wang T, Mathur M, Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. *Bull World Health Organ*. 2020;719-721.
59. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481-487.
60. Sabbah W, Gireesh A, Chari M, Delgado-Angulo EK, Bernabé E. Racial discrimination and uptake of dental services among American adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1558.
61. Riedy CA, Weinstein P, Milgrom P, Bruss M. An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. *Int Dent J*. 2001;51(4):305-312.
62. Balasubramanian M, Brennan DS, Short SD, Gallagher JE. A strife of interests: a qualitative study on the challenges facing oral health workforce policy and planning. *Health Policy*. 2019;123(11):1068-1075.
63. Harris RV, Pennington A, Whitehead M. Preventive dental visiting: a critical interpretive synthesis of theory explaining how inequalities arise. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(2):120-134.
64. Muirhead VE, Marceles W, Wright D. Do health provider-patient relationships matter? Exploring dentist-patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age Ageing*. 2014;43(3):399-405.
65. Scambler S, Klass C, Wright D, Gallagher JE. Insights into the oral health beliefs and practices of mothers from a north London Orthodox Jewish community. *BMC Oral Health*. 2010;10(1):14.

ANNEXE 1

Liste de vérification PRISMA 2020

SECTION ET SUJET	N° D'ÉLÉMENT	ÉLÉMENT DE LA LISTE DE VÉRIFICATION	LOCALISATION DE L'ÉLÉMENT
Titre			
Titre	1	Définir le compte-rendu comme étant une revue systématique.	Page 1
Résumé			
Résumé	2	Se référer à la liste de vérification des résumés de PRISMA 2020.	Page 3
Introduction			
Justification	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	Page 4
Objectifs	4	Énoncer explicitement l'objectif ou les questions traitées dans la revue.	Page 4
Méthodologie			
Critères d'admissibilité	5	Préciser les critères d'inclusion et d'exclusion de la revue et la manière dont les études ont été regroupées pour les synthèses.	Page 6
Sources d'information	6	Indiquer chaque base de données, registre, site Web, organisme, liste de référence et toutes les autres sources consultées aux fins de recensement des études. Indiquez la date à laquelle chaque source a été consultée pour la dernière fois.	Page 5
Stratégies de recherche	7	Présenter l'intégrité des stratégies de recherche utilisées pour toutes les bases de données, tous les registres et sites Web, y compris les filtres et paramètres utilisés.	Annexe 2
Processus de sélection	8	Préciser les méthodes utilisées pour décider si une étude répondait aux critères d'inclusion de la revue, y compris le nombre d'évaluateurs qui ont examiné chaque dossier et chaque compte-rendu récupéré, s'ils ont travaillé de manière indépendante et, s'il y a lieu, préciser les outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Pages 6 et 7
Processus de collecte des données	9	Préciser les méthodes utilisées pour rassembler les données des comptes rendus, y compris le nombre d'évaluateurs qui en ont recueilli les données, s'ils ont travaillé de manière indépendante, ainsi que tout processus pour obtenir ou confirmer les données des chercheurs participant à l'étude et, s'il y a lieu, préciser les outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Pages 4 et 5
Éléments de données	10a	Énumérer et définir tous les paramètres pour lesquels une recherche de données a été effectuée. Préciser si tous les résultats obtenus étaient jugés compatibles avec chaque domaine de résultats pour chacune des études consultées (par exemple, pour toutes les mesures, tous les points d'évaluation, toutes les analyses) et, si ce n'est pas le cas, préciser les méthodes utilisées pour décider des résultats à recueillir.	Page 6
	10b	Énumérer et définir toutes les autres variables pour lesquelles une recherche de données a été effectuée (par exemple, les caractéristiques des participants et des interventions, les sources de financement). Décrire les hypothèses formulées sur les renseignements manquants ou imprécis.	Page 6
Évaluation du risque de biais de l'étude	11	Préciser les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais dans les études incluses, y compris la description du (des) outil(s) utilisé(s), le nombre d'évaluateurs ayant examiné chaque étude, s'ils ont travaillé de manière indépendante et s'il y a lieu, préciser les outils d'automatisation utilisés dans le processus.	Pages 6 et 7 et annexe 3
Mesures de l'effet	12	Préciser pour chaque résultat la ou les mesures de l'effet (par exemple, le rapport de risque, la différence moyenne) utilisées dans la synthèse ou la présentation des résultats.	Page 7
	13a	Décrire les processus utilisés pour décider quelles études étaient admissibles pour chaque synthèse (par exemple, le dépouillement des caractéristiques d'intervention de l'étude et la comparaison avec les groupes d'étude prévus pour chaque synthèse [élément n° 5]).	Page 7
	13b	Décrire toute méthode requise pour préparer les données en vue de leur présentation ou de leur synthèse, comme le traitement des statistiques sommaires manquantes ou les conversions de données.	Page 7
	13c	Décrire toutes les méthodes utilisées pour compiler ou présenter les résultats des études individuelles et des synthèses.	Page 7
	13d	Décrire toute méthode utilisée pour synthétiser les résultats et justifier votre choix. Si une méta-analyse a été effectuée, décrire le(s) modèle(s) utilisés et la (les) méthode(s) employée(s) permettant d'établir la présence d'une hétérogénéité statistique et sa portée, ainsi que le(s) logiciel(s) utilisé(s) dans le processus.	Page 7
13e	Décrire toutes les méthodes utilisées pour explorer les causes possibles de l'hétérogénéité entre les résultats des études (par exemple, l'analyse de sous-groupes, la métarégression).	Pages 4 et 7	

ANNEXE 1 (suite)

Liste de vérification PRISMA 2020

SECTION ET SUJET	N° D'ÉLÉMENT	ÉLÉMENT DE LA LISTE DE VÉRIFICATION	LOCALISATION DE L'ÉLÉMENT
Méthodes de synthèse	13f	Décrire toutes les analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse de la synthèse des résultats.	Page 7
Rapport d'évaluation des biais	14	Décrire toute méthode utilisée pour évaluer le risque de biais en raison de résultats manquants dans une synthèse (résultant de biais déclarés).	Page 7 et annexe 3
Évaluation de la certitude	15	Décrire toute méthode utilisée pour évaluer la certitude (ou la confiance) de l'ensemble des données probantes pour un résultat donné.	Pages 6 et 7
Résultats			
Sélection des études	16a	Décrire les résultats du processus de recherche et de sélection, du nombre de dossiers ciblés pendant la recherche au nombre d'études incluses dans la revue, idéalement en utilisant un organigramme.	Pages 8 et 9
	16b	Énumérer les études susceptibles de répondre aux critères d'inclusion, mais qui ont été exclues, et expliquer la raison de leur exclusion.	Page 8
Caractéristiques de l'étude	17	Énumérer chaque étude incluse et présenter ses caractéristiques.	Page 9, tableaux 1 et 2
Risque de biais dans les études	18	Présenter les évaluations du risque de biais pour chaque étude incluse.	Annexe 3
Résultats des études individuelles	19	Pour tous les résultats, présenter, pour chaque étude : (a) des statistiques sommaires pour chaque groupe (le cas échéant) et (b) une estimation de l'effet et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/de crédibilité), idéalement en utilisant des tableaux ou des graphiques structurés.	Page 9, tableaux 1 et 2
Résultats des synthèses	20a	Pour chaque synthèse, résumer brièvement les caractéristiques et le risque de biais entre les études incluses.	Tableau 2 et figure 1
	20b	Présenter les résultats de toutes les synthèses statistiques réalisées. Si des méta-analyses ont été effectuées, présenter pour chacune d'elles l'estimation sommaire et sa précision (par exemple, intervalle de confiance/de crédibilité) et les mesures de l'hétérogénéité statistique. Si vous comparez des groupes, décrire la direction de l'effet.	Tableau 2 et figure 1
	20c	Présenter les résultats de toutes les enquêtes sur les causes possibles d'hétérogénéité entre les résultats des études.	Pages 10 et 11, tableau 2 et figure 1
	20d	Présenter les résultats des analyses de sensibilité effectuées pour évaluer la robustesse de la synthèse des résultats.	Tableau 2 et figure 1
Déclaration de biais	21	Présenter les évaluations du risque de biais en raison de résultats manquants (découlant des biais déclarés) pour chaque synthèse évaluée.	Page 8
Certitude des preuves	22	Présenter les évaluations de la certitude (ou de la confiance) dans l'ensemble des données probantes pour chaque résultat évalué.	Page 8, tableau 2 et figure 1 et 2
Discussion			
Discussion	23a	Fournissez une interprétation générale des résultats compte tenu d'autres données probantes.	Pages 11 et 12
	23b	Discuter des limites des données probantes incluses dans la revue.	Page 13
	23c	Discutez des limites des processus d'examen utilisés pour la revue.	Page 13
	23d	Discuter des répercussions des résultats sur la pratique, les politiques et la recherche future.	Pages 11 et 12
Autres informations			
Inscription et protocole	24a	Fournir les renseignements relatifs à l'inscription de la revue, y compris le nom et le numéro d'inscription, ou indiquer que la revue n'a pas été inscrite.	Protocole publié
	24b	Indiquer où le protocole de la revue peut être consulté, ou préciser qu'aucun protocole n'a été préparé.	Protocole publié
	24c	Décrire et expliquer toute modification apportée aux renseignements fournis lors de l'inscription ou dans le protocole.	Aucun
Soutien	25	Décrire les sources de soutien financier ou non financier pour la revue, ainsi que le rôle des bailleurs de fonds ou des commanditaires dans la revue.	Aucun
Intérêts concurrents	26	Déclarer tout intérêt concurrent des auteurs de la revue.	Aucun
Disponibilité des données, du code et d'autres matériaux	27	Indiquer lesquels des éléments suivants sont accessibles au public et à quel(s) endroit(s) ils peuvent être trouvés : les modèles de formulaires de collecte de données ; les données extraites des études incluses ; les données utilisées pour toutes les analyses ; le code analytique et tout autre matériel utilisé dans la revue.	Les données extraites sont disponibles sur demande auprès du premier auteur.

De: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et coll. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. 10.1136/bmj.n71. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web <http://www.prisma-statement.org/>.

ANNEXE 2

TABLEAU A1: Stratégie et résultats de la recherche dans les bases de données, effectuée de mars 2020 au 27 janvier 2022

BASE DE DONNÉES	NOMBRE DE RÉSULTATS
<p> OVID Medline 1 « personnes de passage et migrants »/ 2 Migrant*.mp. 3 exp « émigrants et immigrants »/ 4 (immigrant* ou émigrant*).mp. [mp=titre, résumé, titre original, mot nom de substance, mot vedette-matière, mot sous-vedette, mot-clé vedette, mot concept supplémentaire d'organisme, mot concept supplémentaire de protocole, mot concept supplémentaire de maladie rare, identificateur unique, synonymes] 5 (« culturellement et linguistiquement* » ou CALD).mp. 6 « groupes ethniques »/ 7 ethnique*.mp. 8 « réfugiés »/ 9 réfugié*.mp. 10 « diversité culturelle »/ 11 diversifié sur le plan culturel*.mp. 12 1 ou 2 ou 3 ou 4 ou 5 ou 6 ou 7 ou 8 ou 9 ou 10 ou 11 13 « santé buccodentaire »/ 14 santé buccodentaire*.mp. 15 « hygiène buccodentaire » 16 hygiène buccodentaire*.mp. 17 « soins dentaires »/ 18 (soins dentaires ou soins buccodentaires ou hygiène dentaire* ou santé dentaire*).mp [mp=titre, résumé, titre original, mot nom de substance, mot vedette-matière, mot sous-vedette, mot-clé vedette, mot concept supplémentaire d'organisme, mot concept supplémentaire de protocole, mot concept supplémentaire de maladie rare, identificateur unique, synonymes] 19 13 ou 14 ou 15 ou 16 ou 17 ou 18 20 (utilisation/recours à). mp. 21 barrière*.mp. (obstacle) 22 facteur contributif*.mp. 23 facilitateur*.mp. 24 20 ou 21 ou 22 ou 23 25 mère* ou parent* ou adulte* ou féminin* ou femme* ou soignant*).mp. [mp=titre, résumé, titre original, mot nom de substance, mot vedette matière, mot sous-vedette, mot-clé vedette, mot concept supplémentaire d'organisme, mot concept supplémentaire de protocole, mot concept supplémentaire de maladie rare, identificateur unique, synonymes] 26 12 et 19 et 24 et 25 [traduction libre] </p>	374
<p> CINAHL S1 TX (« personne de passage* et migrant* » OU migrant* OU « émigrants et immigrés* » OU immigrant* ou émigrant* OU « culturellement et linguistiquement* » OU CALD OU ethnique* OU réfugié* OU « diversité culturelle* ») (262 453) S2 TX (« Santé buccodentaire* » OU « Hygiène buccodentaire » OU « soins dentaires* » OU « soins buccodentaires » OU « hygiène dentaire* » OU « santé dentaire* ») (114 359) S3 TX (utilisation* OU obstacles* OU facteur contributif* OU facilitateur* OU accès) (989 302) S4 TX (mère* ou parent* ou adulte* ou féminin* ou femme* ou soins*) (4 977 366) S5 SI ET S2 ET S3 ET S4 (4 826) [traduction libre] </p>	4 826
<p> WEB OF SCIENCE ([TOUT=(((« personne de passage* et migrant* » OU migrant* OU « émigrants et immigrés* » OU immigrant* OU émigrant* OU « culturellement et linguistiquement* » OU CALD OU ethnique* OU réfugié* OU « diversité culturelle* »)))) ET TOUT=(((utilisation* ou barrière* ou facteur contributif* ou facilitateur* ou accès)))] ET TOUT=(((« Santé buccodentaire* » OU « hygiène buccale* » OU « soins dentaires* » ou « soins buccodentaires » ou « hygiène dentaire* » ou « santé dentaire* »)))] ET TOUT=(((mère* ou parent* ou adulte* ou féminin* ou femme* ou soins*)))] [traduction libre]--- </p>	617
<p> SCOPUS (TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ((« transitoire* et migrant* » OU migrant* OU « émigrants et immigrés* » OU immigrant* OU émigrant* OU « culturellement et linguistiquement* » OU CALD OU ethnique* OU réfugié* OU « diversité culturelle* »)) ET TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ((« santé buccodentaire* » OU « hygiène buccale* » OU « soins dentaires* » OU « soins buccodentaires » OU « hygiène buccodentaire » OU « santé dentaire* »)) ET TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ((utilisation* OU obstacle* OU facteur contributif* OU facilitateur* OU accès)) OU TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ((culture* OU connaissances* OU croyances* OU valeurs* OU littérature* OU acculturation* OU attitude* OU langue* OU communication*)) (O) ET TITRE-RÉSUMÉ-MOT-CLÉ ((mère* ou parent* ou adulte* ou féminin* ou femme*)))] [traduction libre] </p>	1 460
<p> PROQUEST (ti(« personne de passage* et migrant* » OU migrant* OU « émigrants et immigrés* » OU immigrant* OU émigrant* OU « culturellement et linguistiquement* » OU CAL OU ethnique* OU réfugié* OU « diversité culturelle* ») OU ab(« personne de passage* et migrant* » OU migrant* OU « émigrants et immigrés* » OU immigrant* OU émigrant* OU « culturellement et linguistiquement* » OU CALD OU ethnique* OU réfugié* OU « diversité culturelle* »)) ET (ti(« santé buccodentaire* » OU « hygiène buccodentaire* » OU « soins dentaires* » OU « soins buccodentaires » OU « hygiène dentaire* » OU « santé dentaire* ») OU ab(« santé buccodentaire* » OU « hygiène buccale* » OU « soins dentaires* » OU « soins buccodentaires » OU « hygiène dentaire* » OU « santé dentaire* »)) ET (ti(utilisation* OU obstacle* OU facteur contributif* OU facilitateur* OU accès) OU ab(mère* OU parent* OU adulte* OU féminin* OU femme* OU soignant*)))] [traduction libre] </p>	70
Sources des références et littérature grise	20
Résultats des recherches à partir des bases de données et de la recherche	8 067
Doublons et études sans rapport avec les soins buccodentaires ayant été supprimés	5 633
Total des résumés et des titres examinés à l'aide du logiciel Endnote	2 434
Total des résumés et des titres exclus après examen	2 235
Total des études lues dans leur intégralité	199
Études exclues (les soignants et les mères ne faisant pas partie des CALD, l'utilisation de la santé buccodentaire, les études fragmentées en plusieurs petites publications, les caries de la petite enfance ou la promotion du brossage des dents chez l'enfant, la grossesse, certains articles axés sur les hommes et les femmes adultes et pour lesquels les résultats n'ont pas pu être séparés), les études traduites de l'allemand et du polonais vers l'anglais; une étude traduite en français non représentatif des groupes CALD; une étude impossible à obtenir malgré l'envoi d'un courriel à l'auteur et à la personne-ressource de ResearchGate)	179
Total des articles inclus dans l'analyse	20

ANNEXE 3

QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE: Examen critique des études sélectionnées — notes moyennes des évaluateurs

ÉTUDES (AUTEUR, ANNÉE)	NOTE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	
	ÉVALUATEUR 1	ÉVALUATEUR 2
Amin et Perez, 2012	0,6	0,5
Croucher et Sohanpal, 2006	0,6	0,6
Grembowski et coll., 2009	1	1
Heima et coll. 2017	0,9	0,8
Hilton et coll. 2007	0,8	0,8
Kelly et coll. 2005	0,8	0,8
Lukes, 2010*	0,9	0,9
Mofidi et coll., 2002	0,7	0,7
Naidu et Nunn, 2020	0,6	0,6
Nam et coll., 2016	0,6	0,5
Quandt et coll., 2007*	0,5	0,4
Reich et coll., 2019**	0,8	0,8
Riggs et coll., 2014	0,7	0,7
Telleen et coll., 2012*	1	1
Tiwari et coll., 2018	1	1
Updegraff et coll., 2017	1	1
Velez et coll., 2017	0,8	0,8
Williams et Gelbier, 1988	0,2	0,2
Williams et coll., 2002	0,8	0,6
Zautra, 2018	1	1

Note: La note d'évaluation de la qualité accordée par chaque évaluateur indique la proportion des notes «Oui» par rapport à l'ensemble des éléments.

* Les études quantitatives principalement de méthode mixte ont uniquement inclus les notes d'évaluation de la qualité de la liste de vérification des études transversales.

**L'évaluation de la qualité a été effectuée en se concentrant sur les aspects quantitatifs et qualitatifs des études transversales de manière individuelle; une note moyenne a été accordée.

Les résultats de l'examen critique des études incluses ont été obtenus à l'aide de la liste de vérification de l'évaluation critique pour la recherche qualitative du JBI (et de la composante qualitative des études de méthode mixte)

1. Y a-t-il une concordance entre la perspective philosophique énoncée et la méthodologie de la recherche ?
2. Y a-t-il une concordance entre la méthodologie de recherche et les objectifs ou les questions de recherche ?
3. Y a-t-il une concordance entre la méthodologie de recherche et les méthodes utilisées pour recueillir les données ?
4. Y a-t-il une concordance entre la méthodologie de recherche et la représentation et l'analyse des données ?
5. Y a-t-il une concordance entre la méthodologie de recherche et l'interprétation des résultats ?
6. Y a-t-il une déclaration quant aux dispositions du chercheur sur le plan culturel ou théorique ?
7. L'influence du chercheur sur la recherche, et vice-versa, ont-elles été considérées ?
8. Les participants, et leurs points de vue, sont-ils représentés de manière adéquate ?
9. La recherche est-elle éthique selon les critères actuels ou, pour les études récentes, et existe-t-il des preuves d'approbation éthique par un organisme pertinent ?
10. Les conclusions tirées dans le rapport de recherche découlent-elles de l'analyse ou de l'interprétation des données ?

Les résultats de l'examen critique des études incluses ont été obtenus à l'aide de la liste de vérification pour les études transversales analytiques du JBI (et de la composante quantitative des études de méthode mixte).

1. Les critères d'inclusion des études dans l'échantillon d'analyse étaient-ils clairement définis ?
2. Les participants à l'étude et le contexte ont-ils été décrits de manière approfondie ?
3. L'exposition a-t-elle été mesurée de manière valide et fiable ?
4. Des critères objectifs et uniformes ont-ils été utilisés pour évaluer l'état de santé ?
5. Des facteurs de confusion ont-ils été relevés ?
6. Des stratégies pour parer aux facteurs de confusion ont-elles été exposées ?
7. Les résultats ont-ils été mesurés de manière valide et fiable ?
8. Une analyse statistique adaptée a-t-elle été utilisée ?

Note: O, oui; N, non; I, imprécis, codes utilisés selon la méthodologie du JBI pour les revues systématiques de méthode mixte.



FICHE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

Votre hygiéniste dentaire vous informe...

- MASENGU JOËLLE MBANGA, H.D., coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Cette fiche est un outil à l'intention de l'hygiéniste dentaire qui vise à faciliter la transmission de l'importance et de la nécessité du questionnaire médical à ses clients.

Pourquoi toutes ces questions ?

Le questionnaire médical: mieux vous connaître pour mieux vous servir

L'hygiéniste dentaire est un professionnel en promotion, prévention et maintien de la santé buccodentaire à part entière.

Le travail de l'hygiéniste dentaire consiste¹ à :

- Évaluer l'état de santé buccodentaire
- Enseigner les principes d'hygiène buccale
- Déterminer et assurer la réalisation du plan de soins d'hygiène dentaire
- Prodiguer des soins et des traitements dans le but de prévenir la maladie buccodentaire et de maintenir et rétablir la santé buccodentaire chez l'être humain :

Afin d'offrir un plan de soin d'hygiène dentaire personnalisé, l'hygiéniste dentaire doit procéder à l'évaluation de la condition buccodentaire d'une personne. Pour ce faire, il recueille des données sur de multiples éléments en s'appuyant notamment sur un questionnaire médical. Les composantes de celui-ci peuvent inclure des questions sur les antécédents médicaux et dentaires, incluant l'utilisation de produits pharmaceutiques sous ordonnance ou non, d'herbes et de suppléments.



L'information obtenue par le biais du questionnaire médical est un élément primordial afin d'orienter les soins et les services. Comme la santé buccodentaire est étroitement liée à la santé générale, l'hygiéniste dentaire tient compte de ces renseignements avant, pendant et après la séance.

Le questionnaire médical complet est un **document essentiel** qui comprend votre histoire médicale et dentaire passée ainsi que votre condition physique actuelle. Plusieurs renseignements sont donc requis tels que les maladies diagnostiquées, les médicaments consommés, les allergies, les symptômes, etc. L'hygiéniste dentaire doit le mettre à jour lors de **chaque rendez-vous** en y inscrivant la date².

Le secret professionnel étant une obligation déontologique³, toutes les informations sont recueillies avec discrétion et respect, demeurent confidentielles.

L'hygiéniste dentaire y accorde beaucoup d'importance...

Médicaments: Le **nom** de chacun des médicaments consommés prescrits ou disponibles en vente libre, ainsi que la **raison** de la consommation, la **quantité** et la **concentration** sont notés. Il peut être utile d'apporter cette liste ou leurs contenants lors du rendez-vous. Des interactions entre les médicaments et les produits dentaires utilisés sont possibles (ex.: Agent anesthésiant). Un médicament peut augmenter l'effet d'un autre ou en annuler l'effet (ex.: antibiotique et contraceptifs oraux). L'hygiéniste dentaire consulte donc au besoin votre médecin, pharmacien ou tout autre professionnel habilité. En plus des livres et outils numériques de références, les hygiénistes dentaires ont maintenant aussi accès aux renseignements de santé du **domaine médicament** du Dossier santé Québec⁴ (DSQ).

Quelques effets possibles des médicaments :

- Sécheresse buccale (xérostomie): médicaments prescrits lors d'inflammation, d'allergies, d'hypertension, de dépression, etc.
- Autres effets: gonflement ou rougeur des gencives, ulcères, inflammation du palais, retard de guérison, éclaircissement du sang, décoloration des dents, langue blanche et épaisse, salive épaisse ou excessive, goût altéré ou métallique, modification de la flore bactérienne, etc.

Vitamines, produits naturels, herbes ou suppléments: Même s'ils sont en vente libre, ils peuvent avoir des effets secondaires similaires à ceux des médicaments. Dans quelques circonstances la cessation temporaire de l'usage de certains d'entre eux peut être requise.

Maladies : Ce questionnaire touche tous les systèmes (ex. : digestif, respiratoire, etc.) dans le but de noter toute maladie ayant déjà été diagnostiquée et ce, même si elle est maintenant guérie. Les besoins spéciaux sont ainsi mis en évidence, afin d'assurer les précautions supplémentaires requises. L'hygiéniste dentaire peut vérifier vos signes vitaux tels que votre tension artérielle par exemple, vous questionner sur vos traitements médicaux (hospitalisation, chimiothérapie, radiothérapie et autres), votre temps de coagulation (RNI) ou si nécessaire, votre taux de glucose. L'hygiéniste dentaire adaptera le plan de soin et pourra consulter les professionnels habilités lorsque requis.

Ça change tout!

En connaissant votre histoire médicale et votre condition physique, on peut intervenir adéquatement en toutes circonstances et les complications de traitement sont minimisées. Il est parfois préférable de fixer des rendez-vous courts, plus fréquents et en début de journée. Dans certains cas, l'hygiéniste dentaire adaptera les soins en vous plaçant en position semi-assise, en vous relevant plus lentement à la fin de la séance, en évitant les instruments ultrasoniques ou contenant une solution saline, etc.

Antibiothérapie prophylactique :

L'antibiothérapie prophylactique est indiquée pour certaines personnes présentant un risque élevé d'endocardite bactérienne (EB)⁵. Le but est d'éviter que les bactéries responsables de l'(EB) présentes en bouche lors des traitements se retrouvent dans la circulation sanguine (bactériémie) et causent une infection dans une autre partie du corps (ex. : cœur). Le traitement aux antibiotiques est donc prescrit de façon préventive et l'hygiéniste dentaire a l'obligation de s'assurer, dès le début de la séance, que la médication est prise en respectant les recommandations.

États physiologiques : Les périodes entourant les moments de variations hormonales telles que la puberté, la grossesse, ménopause par exemple peuvent modifier la réponse aux traitements. L'hygiéniste dentaire saura s'adapter à vos besoins et vous informer adéquatement.

Allergies : Toute allergie connue est inscrite soit alimentaire, respiratoire, cutanée ou médicamenteuse. Dans les cas d'allergies au latex ou au sulfite, entre autres, des alternatives doivent être utilisées (ex. : gants de nitrile au lieu de gants de latex).

Signes et symptômes : L'hygiéniste dentaire vous questionnera sur plusieurs points qui sont des indicateurs de votre état de santé. Les questions porteront sur les différentes douleurs ressenties, telles que thoraciques; le souffle court; le stress; la fièvre; la toux persistante; les tremblements; les étourdissements; les nausées; les maux de tête; les saignements prolongés; la sudation nocturne; l'insomnie; la perte ou le gain de poids; les voyages à l'étranger, etc. Certaines maladies ont leur premier signe au niveau de la bouche et un symptôme en combinaison avec d'autres facteurs peut amener une modification dans la façon de vous offrir des soins.

Habitudes : Certaines habitudes de vie ou alimentaires sont des indicateurs pouvant influencer le plan de soins. En conséquence, l'hygiéniste dentaire pourrait s'informer sur vos habitudes sexuelles⁶ puisque c'est un facteur important dans le dépistage des cancer buccaux. Il pourrait aussi vous questionner sur votre consommation d'alcool⁷, tabac⁸, drogues légales ou illicites. L'alcool, par exemple, peut nuire à l'anesthésie; peut retarder la guérison, occasionner sécheresse et rougeur au niveau de la bouche et prédisposer au cancer buccal. On vérifiera aussi si vous avez tendance à serrer les mâchoires ou à grincer des

dents, à ronger vos ongles ou certains objets. Ce type d'habitudes peut occasionner de l'usure aux dents ou de la douleur au froid notamment.

« Veuillez nous aviser de toute modification de votre état de santé survenue depuis votre dernière séance. »

Il est possible que vous soyez en pleine forme le jour de votre rendez-vous, cependant, il est **essentiel** de mentionner si, depuis votre dernière visite, vous avez eu :

- une consultation ou procédure médicale;
- des changements de médication;
- un nouveau diagnostic;
- une implantation de dispositif médical;
- ou encore, si vous avez été hospitalisé même pour une courte durée.

POURQUOI TOUTES CES QUESTIONS ?

Grâce au questionnaire médical, l'hygiéniste dentaire est en mesure de mieux vous comprendre et de mieux vous conseiller. Vous profitez ainsi de soins et de suivis adaptés à votre condition.

Soyez assurés que ces données demeurent toujours confidentielles.

Cette fiche est disponible, **ici**, sur le site Web de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

Références :

- 1 Code des professions, [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-26>], (Consulté le 26 janvier 2023).
- 2 *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire* (édition 2009), Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, [http://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/11/contrôle-des-infections-2009_Medecine-dentaire.pdf], (Consulté le 23 janvier 2023).
- 3 Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec [<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26.%20r.%20140/>] (Consulté le 26 janvier 2023).
- 4 Règlement modifiant le Règlement sur les autorisations d'accès et la durée d'utilisation des renseignements contenus dans une banque de renseignements de santé d'un domaine clinique, [https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/gazette/pdf_encrypte/lois_reglements/2022F/78582.pdf], (Consulté le 26 janvier 2023).
- 5 Antibio prophylaxie de l'endocardite bactérienne [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_antibio_ll/endocardite_web_FR.pdf] (Consulté le 14 février 2023).
- 6 L'explorateur N° 2 Volume 32 Publié le 09/2022: Dépistage des cancers buccaux et orofaciaux : [<https://ohdq.com/public/publications/lexplorateur/dépistage-des-cancers-buccaux-et-orofaciaux/>] (Consulté le 16 février 2023).
- 7 Singhavi HR, Singh A, Bhattacharjee A, Talole S, Dikshit R, Chaturvedi P. Alcohol and cancer risk: A systematic review and meta-analysis of prospective Indian studies. *Indian J Public Health*. Apr-Jun 2020;64(2):186-190. doi:10.4103/ijph.IJPH_529_19.
- 8 Mu G, Wang J, Liu Z, et al. Association between smokeless tobacco use and oral cavity cancer risk in women compared with men: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. Aug 26 2021;21(1):960. doi:10.1186/s12885-021-08691-x.



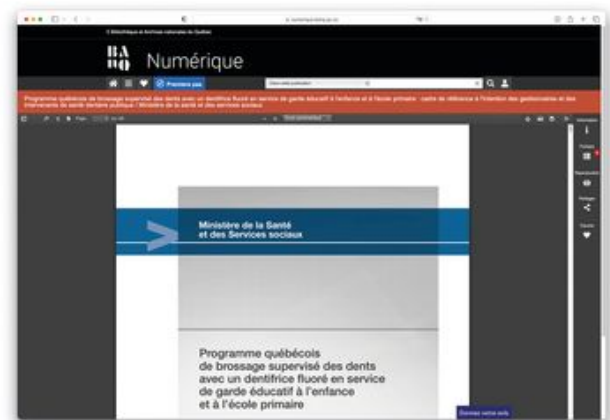
EN SAVOIR PLUS SUR L'ENSEIGNEMENT DES PRINCIPES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

- **CÉCILE BASTIDE**, adjointe à la présidence et aux communications

1. L'initiation au brossage des dents avec un dentifrice fluoré

<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2948760>

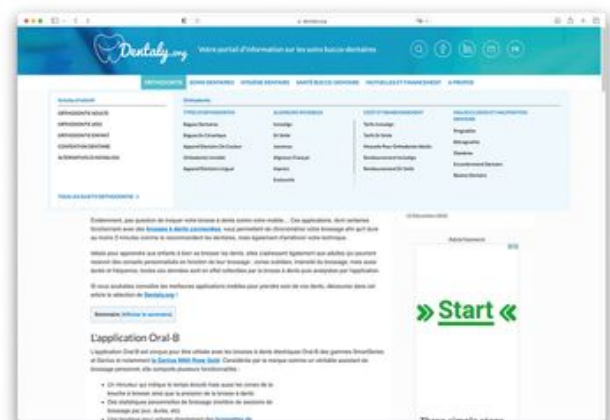
L'initiation au brossage des dents avec un dentifrice fluoré dès l'apparition des premières dents est une mesure de prévention de la carie dentaire à promouvoir. Peu dispendieuse, elle permet à l'enfant d'être exposé tôt dans la vie aux bienfaits des fluorures et d'acquérir une saine habitude de vie pour laquelle il pourra en tirer des avantages toute sa vie. La mise en œuvre du programme québécois de brossage supervisé des dents se fera en concertation et en collaboration avec les différents partenaires concernés dont les services de garde éducatif à l'enfance et le milieu scolaire. Ce lien mène directement au cadre de référence à l'intention des gestionnaires et des intervenants de santé dentaire publique / Ministère de la santé et des services sociaux.



2. Boom des applications mobiles pour se brosser les dents!

<https://www.dentaly.org/applications-mobiles-dents/>

Si vous êtes accro à votre téléphone intelligent vous le savez déjà: il existe aujourd'hui des applications mobiles pour tout, même pour se brosser les dents! Évidemment, pas question de troquer votre brosse à dents contre votre mobile... Ces applications, dont certaines fonctionnent avec des brosses à dents connectées, vous permettent de chronométrer votre brossage afin qu'il dure au moins 2 à 3 minutes comme le recommandent les hygiénistes dentaires, mais également d'améliorer votre technique. Idéale pour apprendre aux enfants à bien se brosser les dents, elles s'adressent également aux adultes qui pourront recevoir des conseils personnalisés en fonction de leur brossage: zones oubliées, intensité du brossage, mais aussi durée et fréquence, toutes ces données sont en effet collectées par la brosse à dents puis analysées par l'application.





UNE IMMERSION CULTURELLE ET PROFESSIONNELLE AU CŒUR DE LA COMMUNAUTÉ ANISHINABE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

- **KIM DUFRESNE-BÉRUBÉ ET SOPHIE CHADILLON**, stagiaires en techniques d'hygiène dentaire du Collège de Maisonneuve

Kwe! Kwe! Du 9 au 13 octobre 2022, dans le cadre de la technique d'hygiène dentaire au Collège de Maisonneuve, l'enseignante du cours de santé dentaire publique, Vicky Potrzebowski, s'engageait avec cinq de ses étudiantes à vivre une expérience inoubliable au cœur des communautés autochtones de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.



Cinq étudiantes en technique d'hygiène dentaire du Collège de Maisonneuve au Lac-Simon - Photo fournie par le Collège de Maisonneuve

PRÉVENTION ET IMPACTS SUR LES COMMUNAUTÉS

En tant que stagiaires en santé dentaire publique, nous avons préparé un projet complet d'éducation sanitaire pour deux types de clientèle: périnatalité ainsi que maternelle/CPE. Pour ce faire, nous avons fabriqué du matériel didactique ainsi qu'élaboré des ateliers permettant à ces clientèles d'intégrer les notions que nous allions leur transmettre.

C'est dans la communauté Anichinabe de Kitcisakik, située dans le parc de La Vérendrye au bord du grand Lac Victoria¹, que nos projets d'éducation sanitaire ont pris vie. Cette communauté, qui est dépourvue d'eau courante, d'électricité et d'installations sanitaires de base, est un exemple concret d'une communauté ayant besoin d'une attention particulière pour améliorer l'accessibilité aux soins buccodentaires.

¹ Pour plus d'information, voir le numéro spécial de *L'Explorateur* «Premières nations et Inuits», Volume 32, N°1, publié en mai 2022. (NDLR)

C'est dans cette optique que nous avons visité le centre de la petite enfance et l'école primaire de cette même communauté pour présenter nos ateliers à plusieurs enfants âgés de 2 à 7 ans. Par la même occasion, cela nous a permis de partager avec les éducatrices, les enseignantes ainsi que l'infirmière de la communauté différents outils consacrés à la santé buccodentaire.

L'accès difficile aux soins de santé dentaire ainsi que le manque de ressource de ces communautés amène son lot de conséquences sur la santé buccale. Cela nous porte à réfléchir sur des solutions pouvant améliorer ces situations encore trop présentes au Québec, entre autres, dans les communautés autochtones éloignées.

C'est en partie à cause de ces besoins de prévention et d'éducation que notre stage de santé dentaire publique a été très valorisant et enrichissant pour notre parcours universitaire, personnel et professionnel.



Martine Carrier, Infirmière en rôle élargi, Centre de santé Kitcisasik - Photo fournie par le Collège de Maisonneuve



Ateliers de prévention en hygiène dentaire : CPE Mispison et École Primaire Mikizisec de Kitcisasik - Photos fournies par le Collège de Maisonneuve

IMMERSION CULTURELLE

La réserve du Lac-Simon ainsi que la communauté de Kitcisasik sont riches en boisés et en arbres de toutes les couleurs. Cependant, le plus frappant, ce n'est pas tant l'environnement que la richesse de la culture ancestrale. Les partages et les connaissances de ces chasseurs et pêcheurs nés nous en apprennent davantage sur la culture du Québec. Les habitants de ces communautés respectent la terre et les traditions de leurs aînés. De plus, ils accueillent les groupes de l'extérieur à bras ouverts, car ainsi, ils peuvent eux aussi partager leurs croyances, leur culture et leurs savoirs, par le biais de l'échange interculturel.

La spiritualité autochtone est partie intégrante de leur vie quotidienne. La richesse de leurs traditions et leur savoir-faire sont transmis de génération en génération ainsi qu'à travers la communauté elle-même.



Lac-Simon: (i) Cérémonie du tambour et (ii) Famille Wabanonik et stagiaires en hygiène dentaire et techniques policières du Collège de Maisonneuve accompagnées de leurs enseignantes, Vicky Potrzebowski et Nancy Moreau - Photo fournie par le Collège de Maisonneuve



Lac-Simon: (i) Cérémonie du tambour et (ii) Famille Wabanonik et stagiaires en hygiène dentaire et techniques policières du Collège de Maisonneuve accompagnées de leurs enseignantes, Vicky Potrzebowski et Nancy Moreau - **Photo fournie par le Collège de Maisonneuve**

À LA RENCONTRE DE NOUVEAUX HORIZONS

Notre immersion au cœur de cette culture unique nous a permis d'apprendre et d'évoluer en tant qu'individus. Nous en ressortons changées et grandies par cette expérience hors du commun. Nous abordons maintenant le monde avec un regard différent.

Chacune de nous espère avoir eu un impact positif et apporter une contribution aussi petite puisse-t-elle être à ces communautés algonquines de l'Abitibi.

N'oublions pas que c'est en étant à l'écoute de ces peuples et en nous plongeant dans leur culture et leur histoire que nous serons en mesure de mieux les comprendre et de répondre à leurs besoins en tant que société

Migwetch!

Au nom de toutes les stagiaires : Veronika Leon, Frédérique Leclair, Catherine Cloutier, Sophie Chadillon, Kim Dufresne-Bérubé

Et de notre enseignante dévouée: Vicky Portzebowski
Collège de Maisonneuve, Montréal

Le 17 février 2023, Montréal



Vicky Portzebowski, enseignante en Santé dentaire publique et les stagiaires - **Photos fournies par le Collège de Maisonneuve**



LE DÉPARTEMENT D'HYGIÈNE DENTAIRE DU CÉGEP DE TROIS-RIVIÈRES EN BELGIQUE!

Du 14 au 28 janvier dernier, l'enseignante Chantal Coutu du département d'hygiène dentaire, était en mission en Belgique, à la Haute école libre de Bruxelles Ilya Prigogine. Notons que cette institution de formation en est à ses débuts puisque sa première cohorte a été diplômée en juin 2022.

La visite de Chantal Coutu avait pour but, entre autres, de partager avec cette école l'expertise du département de Trois-Rivières qui remonte au début de la profession car les premières étudiantes ont en effet reçu leur diplôme en 1975. Le partage ne s'arrête pas là. Plusieurs discussions et rencontres, du point de vue pédagogique et disciplinaire sur les différentes façons de faire, tant belge que québécoise, ont eu lieu. Sans omettre ces autres activités que sont les visites des milieux de stage et d'enseignement, les rencontres avec de jeunes diplômés, les rencontres Teams avec des étudiants de première année, les observations d'une évaluation en travaux pratiques des étudiants de deuxième année, etc.

Cette mission avait aussi pour but de créer des liens avec la Haute école afin de favoriser la mobilité enseignante et étudiante dans un futur pas trop éloigné!



Photos fournies par le Cégep de Trois-Rivières



EN RAFALE!

Des nouvelles du programme au Cégep de Trois-Rivières

- Des étudiantes en dernière année du programme ont produit une capsule éducative et promotionnelle pour la clinique-école, vous pouvez la visionner à partir de ce lien: <https://vm.tiktok.com/ZMYhkYuHA/>
- La clinique-école prend un virage vert. Le département a reçu la certification «OR» dans le cadre du projet Mon Écolabo pour les locaux associés à la clinique dentaire;
- Une journée carrière aura lieu à la fin du mois de mars pour tous les étudiants au programme;

- Une enseignante, Manon Picard, a réalisé de l'enseignement des mesures d'hygiène buccodentaire auprès des classes adultes de francisation du collège. Cette belle collaboration et la grande qualité des échanges ont été soulignées;
- Dans le cadre du stage en Santé dentaire publique, le stagiaire doit préparer un projet éducatif en lien avec les notions du programme de brossage supervisé, mais en l'adaptant de façon individuelle pour un adolescent du secondaire. Les premières rencontres ont débuté et se termineront en avril. Le but de ce projet vise les objectifs du PNSP.

Le Cégep de Trois-Rivières est véritablement fier de l'implication des étudiants dans l'ensemble de ses activités: autant en intégration, qu'en classe et laboratoire sans oublier les activités de recrutement du collège pour le développement de la profession.



JOURNÉE JUMELAGE AU CÉGEP DE L'OUTAOUAIS

Le mercredi 15 février dernier, le Cégep de l'Outaouais a accueilli dans sa clinique-école 21 étudiants de première année en médecine de l'Université McGill, campus de Gatineau. Ils ont été jumelés aux étudiants finissants en THD.

- MME SILVANA PRIETO, enseignante en techniques d'hygiène dentaire - coordonnatrice de département et de programme

Les étudiants leur ont montré comment faire l'examen de la tête et du cou afin de détecter des maladies ou des anomalies buccodentaires.

Pendant l'activité, une belle camaraderie s'est installée entre les deux groupes d'étudiants.

Le département est très fier du professionnalisme dont ont fait preuve les finissants. De leur côté, ils ont été très heureux de constater que leur profession contribue au bien-être de la population autant que les médecins et tous les autres professionnels de la santé.



Photos fournies par le Cégep de l'Outaouais



FÉLICITATIONS
À TOUS NOS
FINISSANTS ET
TOUTES NOS
FINISSANTES!



IMPORTANT : COTISATION ANNUELLE 2023-2024

La période de renouvellement de votre inscription annuelle au Tableau des membres de l'Ordre est commencée depuis le 1^{er} février 2023! Les informations relatives au renouvellement de votre inscription et au paiement de la cotisation professionnelle vous ont été transmises par infolettre et sont disponibles sur le site Internet de l'Ordre à www.ohdq.com.

ATTENTION: Le renouvellement de votre inscription et le paiement de la cotisation professionnelle relèvent de **votre seule et entière responsabilité**, même si votre cotisation est payée par un tiers. D'ailleurs, vous avez l'obligation de répondre personnellement à toutes les questions contenues à la déclaration annuelle, car vous devez en attester la véracité.

BOURSE MÉRITAS ET CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU MOMENT DU DÉPÔT DE LA CANDIDATURE

1. être inscrit dans un programme d'études collégiales en hygiène dentaire, dans sa dernière année d'études;
2. soumettre deux lettres de recommandation en soutien à la candidature rédigées par des tierces personnes dont au moins une par un enseignant en hygiène dentaire. Ces lettres mettent en lumière les qualités du candidat sur le plan des études ou de l'engagement dans la société.
2. Texte de présentation (pondération 70 %)
 - Le candidat doit fournir un texte d'un minimum de 600 et d'un maximum de 900 mots expliquant ses motivations à faire carrière dans le domaine dentaire, sa vision de la profession et ses engagements parascolaires et sociaux.
3. Présentation du dossier (pondération 10 %)
 - Le comité s'attend à un dossier rédigé convenablement, exempt de fautes d'orthographe, et dont la mise en page est soignée.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Les demandes seront évaluées selon les critères suivants:

1. Excellence du dossier académique (pondération 20 %)
 - Le candidat doit fournir un relevé de notes à jour (bulletin d'études collégiales mentionnant que le DEC technique en hygiène dentaire a été complété et réussi) et devra être dans la 3^e année de son parcours académique.

Les dossiers seront évalués par les membres du Comité des bourses lors de leur réunion annuelle en septembre.

Vous devez faire parvenir votre dossier à cbastide@ohdq.com au plus tard le 30 juin 2022. Pour toutes questions concernant la Bourse Méritas, envoyez un courriel à cbastide@ohdq.com

Plus de détails: WWW.OHDQ.COM

NOS CONSEILS POUR ADAPTER SON BUDGET À UNE NOUVELLE RÉALITÉ

VOUS AVEZ SUBI UNE PERTE DE REVENU SOUDAIN? VOUS PENSEZ ACHETER UNE MAISON? VOUS AVEZ EU UNE AUGMENTATION DE SALAIRE? PEU IMPORTE VOTRE NOUVELLE RÉALITÉ, LE BUDGET EST L'UN DES OUTILS FINANCIERS LES PLUS PRATIQUES POUR GARDER LE CAP LORSQU'IL S'AGIT DE VOS FINANCES PERSONNELLES. POUR TOUJOURS GARDER LE CONTRÔLE DE VOS FINANCES ET CONSERVER UNE BONNE SANTÉ FINANCIÈRE, IL EST IMPORTANT DE REVOIR SON BUDGET LORSQUE SA SITUATION CHANGE. VOICI NOS CONSEILS POUR BIEN RÉVISER SON BUDGET.



AVANT TOUTE CHOSE, L'IMPORTANCE D'UN FONDS D'URGENCE

Le **fonds d'urgence** est un montant d'argent, l'équivalent de trois à six mois de vos dépenses mensuelles, placé dans un compte accessible facilement et auquel vous ne touchez qu'en cas de besoin. Par exemple, si votre recherche d'emploi dure plus longtemps que vous ne le pensiez et que l'assurance-emploi ne suffit pas, ce « coussin » vous permet de subvenir à vos besoins sans vous endetter.

Votre situation financière est stable, mais vous n'avez toujours pas de fonds d'urgence? N'attendez plus et commencez dès maintenant à accumuler ce montant. Lorsqu'il s'agit de vos finances personnelles, nul ne peut prédire ce qui peut vous arriver dans les prochaines années.

QUAND FAUT-IL REVOIR SON BUDGET?

À la saison des impôts

La saison des impôts est votre rendez-vous annuel pour revoir votre budget. Toutes les années, à la même date, il est conseillé de prendre un rendez-vous avec soi-même et ses finances, question de faire le point. Rassemblez vos états de compte, vos talons de paye et vos documents financiers pour analyser quelles ont été vos dépenses importantes de l'année précédente. Questionnez-vous également sur l'année à venir: quels sont vos projets, envisagez-vous un changement de revenu ou prévoyez-vous devoir déboursier une somme importante, comme refaire votre toiture, par exemple?

Observez aussi vos habitudes d'épargne et votre cotisation à vos REER. Vous aurez ainsi un portrait complet de votre situation financière. Vous serez en mesure de constater si votre épargne ou votre taux d'endettement ont augmenté ou diminué. Le but ultime est d'optimiser votre capacité d'épargne ou du moins trouver des occasions de réduire vos dépenses et votre endettement.

Quand une nouvelle situation arrive

Le deuxième moment clé pour réviser son budget est dès qu'il survient un changement dans votre vie personnelle ou professionnelle, qu'il soit planifié ou non. Vous pensez à l'achat d'une maison? Votre famille s'agrandit bientôt? Vous voulez prendre une année sabbatique? Vous avez perdu votre emploi? Toutes ces raisons nécessitent une révision de votre budget, et ce, peu importe le nombre de fois qu'elles surviennent, dans une année.

COMMENT RÉDUIRE SES DÉPENSES?

Plusieurs événements peuvent avoir un impact sur votre argent disponible, que ce soit une diminution de salaire ou l'augmentation de vos dépenses. Si c'est votre cas, il est recommandé de revoir votre budget à la baisse afin de retrouver l'équilibre entre vos revenus et vos dépenses. Mais comment faire?

Revoir vos dépenses

Une diminution de revenu peut durer une courte période de temps, comme lors d'une mise à pied temporaire ou d'un congé parental. Elle peut être plus longue dans le cas d'un retour aux études ou d'une maladie. Peu importe la situation, votre objectif est de répartir vos dépenses obligatoires de vos dépenses personnelles. Il y a des dépenses dans lesquelles vous pouvez couper et d'autres à garder. Vous ne devez pas arrêter de rembourser votre hypothèque ou de payer votre loyer, mais vous pouvez diminuer d'autres dépenses, comme les articles au bout des allées des magasins ou ceux près de la caisse à l'épicerie.

N'oubliez pas de jeter un œil sur notre offre adaptée aux hygiénistes dentaires du Québec [juste ici!](#)



Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec