

# L'EXPLORATEUR

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

## POUR UNE PRATIQUE INCLUSIVE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE



SOINS D'HYGIÈNE DENTAIRE  
ADAPTÉS AUX CLIENTÈLES  
PRÉSENTANT DES BESOINS  
PARTICULIERS

LES TROUBLES  
NEUROCOGNITIFS MAJEURS :  
LE DÉFI DES SOINS  
BUCCODENTAIRES

ÉVALUATION DE LA SANTÉ  
BUCCODENTAIRE CHEZ LES  
PERSONNES ÂGÉES VIVANT  
DANS UN ÉTABLISSEMENT  
DE SOINS DE LONGUE DURÉE :  
EXAMEN DE LA PORTÉE

**PARTICIPEZ  
AU DÉFI**

# **Oser s'investir**

AVEC **Kathy Marquis**



**4 actions faciles  
pour renforcer  
son autonomie  
financière**

**[bnc.ca/femmes](https://bnc.ca/femmes)**

# 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: POUR UNE PRATIQUE  
INCLUSIVE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE**

12 **SOINS D'HYGIÈNE DENTAIRE  
ADAPTÉS AUX CLIENTÈLES  
PRÉSENTANT DES BESOINS  
PARTICULIERS**

17 **L'ACCESSIBILITÉ: PAS JUSTE UNE  
QUESTION FINANCIÈRE**

31 **LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS  
MAJEURS: LE DÉFI DES SOINS  
BUCCODENTAIRES**

36 **ÉVALUATION DE LA SANTÉ  
BUCCODENTAIRE CHEZ LES  
PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS  
UN ÉTABLISSEMENT  
DE SOINS DE LONGUE DURÉE:  
EXAMEN DE LA PORTÉE**

52 **LA MALTRAITANCE DES  
PERSONNES VULNÉRABLES:  
RÔLE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE**

56 **INSPECTION  
PROFESSIONNELLE**

Bien se préparer à la visite  
d'inspection du programme  
de surveillance générale

58 **PORTRAIT**

Sourires Solidaires, une clinique  
dentaire communautaire  
et multidisciplinaire unique  
en son genre!

64 **L'EXPLO VIRTUEL**

Pratique inclusive  
de l'hygiène dentaire

66 **CALENDRIER FORMATIONS  
CONTINUES**

Calendrier des formations  
continues et webconférences  
2024-2025

72 **MESSAGES OHDQ**

75 **SERVICES FINANCIERS  
DE LA BANQUE NATIONALE**

Pourquoi les femmes  
devraient-elles s'intéresser  
à leurs finances personnelles?



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

Sud-Est	M <sup>me</sup> Véronique Dionne, H.D.
Sud	M <sup>me</sup> Kim Farrell, H.D., vice-présidente
Centre	M. Franck Giverne, H.D.
Nord-Est	M <sup>me</sup> Anne Prévost, H.D.
Centre	M <sup>me</sup> Stéphanie Ritchie, H.D.
Nord-Ouest	M <sup>me</sup> Thi Sopha Son, H.D.
Centre	M <sup>me</sup> 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. Réal Couture, FCPA, FCA, ASC

M. René Joyal, CRHA

M. Guy Marcel Nono, Docteur en droit, Ph.D., LL.D.

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

## Directeur général et secrétaire de l'Ordre:

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

## Rédaction:

Julie Boudreau, H.D., syndique

Annie Deguire, H.D., directrice de l'exercice de l'hygiène dentaire

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

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

Masengu Joëlle Mbanga, H.D.,  
coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Catherine Roberge, responsable des communications

## Production

Publicité OHDQ

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note: Conformément à l'usage, les articles reproduits avec autorisation respectent l'autorité de la chose publiée.

Dépôt légal - 1<sup>er</sup> trimestre 2024

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 N° 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

## POUR UNE PRATIQUE INCLUSIVE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

Les personnes ayant des besoins particuliers ont plus de difficulté à avoir accès à des soins de qualité adaptés à leur réalité. Dans cette édition *L'Explorateur* s'intéresse à l'accessibilité aux soins buccodentaires pour les personnes ayant une condition particulière demandant une adaptation. Il est donc primordial de bien comprendre ces différentes conditions afin d'offrir un service qui répond aux différentes réalités de chacun.

Plus précisément, comme le mentionne Annie Deguire, H.D., directrice de l'exercice de l'hygiène dentaire à l'Ordre, dans son article « Soins d'hygiène dentaire adaptés aux clientèles présentant des besoins particuliers », dans le cas de la santé buccodentaire, une offre de soin limitée et mal adaptée conduit souvent à un renoncement aux soins et ainsi à une condition buccodentaire plus précaire que celle des personnes ne vivant pas de situation de handicap. Cet article se penche également sur la définition de la notion de personne en situation de handicap et du processus de production d'un handicap, et précise ce qu'est une situation de handicap non visible. Finalement, des mesures adaptées personnalisées sont présentées afin de faciliter la prise en charge de ces clientèles particulières. Il s'agit d'une belle introduction aux articles suivants qui s'intéressent à des clientèles plus précises.

Pour bien comprendre les difficultés d'accessibilité à des soins de santé buccodentaire de qualité pour les clientèles à besoins particuliers, quoi de mieux que d'utiliser la bande dessinée! Le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO) a réalisé la bande dessinée « Ça ne vous fera pas mal » qui souhaite vulgariser la recherche en santé buccodentaire et osseuse. Dans cette édition de *L'Explorateur*, les planches sur l'accessibilité de cette bande dessinée sont republiées. Les D<sup>rs</sup> Christophe Bedos et Jacqueline Rousseau y décrivent les obstacles pouvant miner l'accès aux soins et suggèrent des solutions bénéfiques pour tous (patients, proches aidants, personnel professionnel) en prenant exemple de la clinique mobile du Dr Yu Kwong Li.

Le Dr Christian Caron, professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval et directeur fondateur du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement de l'Université Laval, propose un article sur les défis des soins buccodentaires en contexte de troubles neurocognitifs majeurs. Être confronté à une clientèle vieillissante souffrant d'un trouble neurocognitif majeur est un défi important dans la carrière d'un(e) hygiéniste dentaire. En plus d'exposer quelques rappels de ce qu'est un trouble neurocognitif, l'auteur décrit le profil de cette population et donne des pistes de solution pour une prise en charge adaptée.

L'« Évaluation de la santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée: examen de la portée » est le texte scientifique de recherche que nous vous proposons de lire. Cet examen de la portée vise à donner une vue d'ensemble des paramètres actuellement utilisés pour déterminer la qualité de la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Cette recherche vient à la conclusion qu'il est urgent de disposer d'un paramètre adéquat qui serait adopté systématiquement pour déterminer l'état de santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée pour faciliter la planification et l'impartition des projets de recherche et des soins aux patients.

Julie Boudreau, syndique de l'Ordre, nous rappelle dans son article que des clientèles vulnérables peuvent potentiellement subir de l'exploitation ou de la maltraitance. Quelles sont les obligations déontologiques incombant à l'hygiéniste quand vient le temps de dénoncer une situation préjudiciable? Un texte à lire ou à relire pour rafraîchir sa compréhension!

Connaissez-vous la dynamique équipe derrière la clinique Sourires Solidaires? Menée par la passionnée co-fondatrice D<sup>re</sup> Tasnim Alami-Laroussi, Sourires Solidaires offre des soins aux enfants provenant de milieux défavorisés ou ayant des conditions de santé qui demandent une attention particulière, par exemple des troubles du spectre de l'autisme. Ce portrait vous donne un bel aperçu de ce qui peut être fait en matière de pratique inclusive! *L'Explo Virtuel* prolonge cette approche en vous proposant des suggestions de sites Web en lien avec la thématique de la pratique inclusive.

Finalement, d'un point de vue beaucoup plus pratique, l'article « Bien se préparer à la visite d'inspection du programme de surveillance générale » rappelle les consignes importantes à suivre lorsque vous recevez la visite de l'équipe de l'inspection. De même, la consultation du programme de formation continue vous permettra de planifier vos activités de formation des prochains mois et découvrir les dernières nouvelles de l'OHDQ.

Sans oublier, bien sûr, le *Mot du président* et le *Mot du directeur général et secrétaire* qui vous informent sur les dossiers importants en cours à l'Ordre.

En vous souhaitant une lecture agréable et un bel été.

## MISSION DE L'OHDQ

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

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

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

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

## VISION DE L'OHDQ

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

## LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

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

# TheraBreath<sup>MC</sup>

# Un incontournable dans votre routine d'hygiène buccale

Les bactéries responsables de la mauvaise haleine peuvent élire domicile dans votre bouche même si vous êtes un fanatique de la brosse à dents et de la soie dentaire. Pour venir à bout de la mauvaise haleine, contre-attaquez avec TheraBreath<sup>MC</sup>, une solution sans alcool qui ne brûle pas!

- ✓ Formulé par les dentistes
- ✓ L'énergie de l'oxygène
- ✓ Sans alcool ni colorants



En vente sur Amazon!



\* Le bienfait pour la santé buccodentaire reconnu par l'ADC : rafraîchit l'haleine.

Un nouvel ajout à la gamme de produits de soins bucco-dentaires Church & Dwight :  
© 2024 Church & Dwight. Tous droits réservés.





# L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



L'une des avancées les plus significatives des dernières décennies pour un meilleur accès à des soins buccodentaires de qualité au Canada est, sans contredit, la mise en place du Régime canadien de soins dentaires (RCSD). Depuis son entrée en fonction, le gouvernement du Canada confirmait à la fin du mois de mai 2024 que plus de 90 000 personnes âgées admissibles avaient reçu des soins et des traitements de la part des diffuseurs professionnels du domaine buccodentaire participants.

Bien que certains médias nous aient rapporté que les spécialistes des soins buccodentaires tardaient à s'inscrire au lancement du programme, nous nous réjouissons d'apprendre que c'est maintenant plus de 80 % d'entre elles et eux qui y sont inscrits. Et qu'en est-il pour notre profession? Eh bien, c'est avec honneur et fierté que j'apprenais à la mi-juin que plus de 90 % de nos collègues hygiénistes dentaires qui ont leur entreprise au Québec étaient inscrits comme fournisseurs de soins auprès de la Sun Life. Un simple coup d'œil rapide sur la [carte interactive](#) vous permettra de voir qui s'est inscrit dans votre région.

Maintenant que les inscriptions des 65 ans et plus admissibles sont terminées, c'est au tour des enfants de moins de 18 ans et aux personnes âgées de 18 à 64 ans avec un certificat valide pour le crédit d'impôt pour les personnes handicapées de faire leur entrée dans le programme. Au terme de toutes les vagues d'inscription en 2025, ce sera près de neuf millions de Canadiennes et de Canadiens qui seront admissibles au RCSD, dont plus du tiers au Québec. L'Ordre se réjouit de voir une aussi grande participation au Québec puisque ce programme aide à réduire certaines barrières économiques et ainsi, permet une meilleure accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire et par la même occasion une amélioration globale de la santé buccodentaire des Québécoises et des Québécois.

De plus, un changement annoncé récemment par Santé Canada permettra aux professionnel(le)s non-inscrit(e)s au RCSD d'offrir des services à leurs clientèles admissibles grâce au paiement direct, et ce, au cas par cas.

## UNE AUTRE COHORTE DE L'AEC POUR DENTISTES FORMÉS À L'ÉTRANGER POUR LE CÉGEP DE SAINT-HYACINTHE

Parce que les bonnes nouvelles n'arrivent jamais seules, l'Ordre était heureux d'apprendre le 11 juin dernier qu'une autre cohorte de l'AEC *techniques d'hygiène dentaire pour dentistes formés à l'étranger* allait être refinancée pour une quatrième année consécutive. Avec le nombre grandissant de demandes d'équivalence que nous recevons — 216 % d'augmentation depuis deux ans —, cette formation accélérée répond aux besoins de la grande majorité des candidat(e)s que nous évaluons. À ce rythme, une seule cohorte par année ne suffira pas pour l'ensemble des personnes qui sont sur la liste d'attente pour ce programme. Plusieurs rencontres sont à venir avec d'autres cégeps qui souhaiteraient démarrer ce programme et nous travaillerons avec l'ensemble de nos partenaires afin de trouver des solutions pérennes pour que cette main-d'œuvre qualifiée puisse avoir accès au permis d'hygiéniste dentaire le plus vite possible.

## DÉCLARATION DE MONTRÉAL SUR LA PERTINENCE CLINIQUE

Le 31 mai dernier, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec a joint sa voix à d'autres organisations du domaine de la santé et des services sociaux en signant la [Déclaration de Montréal sur les soins de santé pertinents](#). Cette initiative du Collège québécois des médecins de famille vise la transformation du discours ambiant, politique, universitaire, sociétal et médiatique, afin de renverser certaines pratiques actuelles qui surutilisent les ressources humaines et financières, menant à un surdiagnostic et à un surtraitement. En contexte de rareté de la main-d'œuvre dans nos cliniques, se questionner sur la pertinence clinique prend tout son sens en ce moment, alors qu'une partie de la population n'a pas accès à des soins buccodentaires de base.

Je vous souhaite une bonne lecture et un très bel été avec des vacances bien méritées. ■

**JEAN-FRANÇOIS LORTIE**, H.D., B. Éd.  
Président

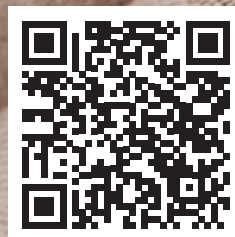


# Saviez-vous que...

123 Dentiste et Groupe Lapointe ont fusionné afin de créer un réseau dentaire comportant plus de 60 cliniques dentaires au Québec.

Avec un aussi grand réseau, il y a de quoi trouver les avantages, l'horaire et le type de pratique qui vous conviennent !

Suivez-nous sur notre page Facebook de recrutement



Consultez nos offres d'emplois :  
[123dentiste.com](http://123dentiste.com)



Plus de **60**  
**cliniques**  
au Québec



**123DENTISTE**  
Allez-y. Souriez.

**GROUPE**  
**Lapointe**



# BILAN DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE 2023-2024: PLEINS FEUX SUR L'INTÉGRATION DE LA MODERNISATION DE LA PROFESSION DANS LA PRATIQUE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES!

– JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



C'est avec une grande fierté que je vous présente les réalisations de l'Ordre liées à la mise en œuvre de son plan d'action stratégique 2023-2024 qui s'est conclue le 31 mars dernier. Il s'agit du troisième plan d'action annuel découlant du plan stratégique 2021-2026. Rappelons que le Conseil d'administration (le CA) a adopté une résolution en janvier 2024 prolongeant le plan stratégique d'une année en 2025-2026, principalement en raison des travaux de réforme du

système professionnel québécois entrepris par le gouvernement en collaboration avec l'Office des professions du Québec et le Conseil interprofessionnel du Québec.



## BILAN PAR ENJEU ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES – FAITS SAILLANTS

### Enjeu 1: Modernisation de la profession

La Loi fait évoluer la profession d'hygiéniste dentaire et la mise en œuvre de la modernisation de la profession s'impose aujourd'hui comme une condition nécessaire pour transformer la pratique. L'Ordre assumera pleinement le leadership requis pour assurer l'évolution de la pratique.

### Orientation 1.1 Instaurer le cadre réglementaire lié à la Loi 15

Pour cette orientation, la permanence de l'Ordre, la présidence et le Conseil ont mené de multiples actions visant l'application du cadre réglementaire requis pour la modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire:

- Le **plan de communication sur la modernisation** a été pleinement déployé et les retombées se sont avérées supérieures aux attentes en termes de visibilité de la campagne auprès de la population;



- L'Ordre a publié à ce jour **14 feuillets explicatifs** concernant les activités réservées aux hygiénistes dentaires. Un tout dernier sera diffusé dans les premiers mois de l'année 2024-2025;



- La **page Web consacrée aux cabinets d'hygiène dentaire** est maintenant publiée;
- La direction de l'exercice de l'hygiène dentaire a terminé le travail sur la définition des **normes de tenue des cabinets et de tenue des dossiers**. La prochaine étape consistera à réviser la réglementation de l'Ordre en fonction de ces normes;
- Les travaux sur la **révision du code de déontologie** des hygiénistes dentaires sont débutés;
- La préparation du **programme d'inspection-accompagnement pour l'ouverture de cabinets d'hygiène dentaire** est terminée et a été rendue disponible aux membres au début de l'année 2024-2025;
- L'équipe de l'inspection professionnelle a grandement avancé son **analyse** portant sur les **besoins de modification du programme de surveillance générale**. Ces travaux devraient se conclure en 2024-2025;
- Le **Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires** a été publié dans la Gazette officielle et est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2024. Des actions de soutien aux membres pour l'application du règlement sont déployées (vidéos explicatives, numéro spécial de *L'Explorateur*, webinaires, foire aux questions);
- Le contenu du **programme de formation continue de l'Ordre** continue de s'enrichir de nouvelles activités, accessibles par Campus HD;
- Les travaux interordres devant mener à la publication de **lignes directrices en matière de prévention et de contrôle des infections et de retraitement des dispositifs médicaux** sont entrés dans leur phase finale. Leur diffusion est prévue en 2024-2025;
- Le Bureau du syndic a déployé une première occurrence de son **nouveau mécanisme de prévention de l'exercice illégal et de l'usurpation du titre** qui cible la prévention d'activités réservées aux hygiénistes dentaires par des personnes s'informant des processus d'équivalences de diplôme et de la formation ainsi que par des candidats à l'équivalence ayant entrepris une telle démarche auprès de l'Ordre;
- L'Ordre a offert aux enseignants du programme Techniques d'hygiène dentaire des formations en radioprotection, en éthique et en déontologie ainsi que sur le référentiel de compétences nationales pour la profession d'hygiéniste dentaire.

### **Orientation 1.2** Contribuer à l'amélioration de la santé buccodentaire

Cette orientation souligne l'importance que doit accorder l'Ordre à son rôle sociétal en contribuant, par des actions ciblées, à l'amélioration de la santé buccodentaire de la population du Québec. En cette matière :

- Le **plan de communication sur la routine d'hygiène dentaire**, destiné à la population, a été pleinement déployé;



- Le président a produit un **outil de suivi des projets du ministère de la Santé et des Services sociaux** qui inclut la participation des hygiénistes dentaires;
- Le président a présenté les demandes de l'Ordre à la **ministre responsable des Aînés** pour favoriser un plus grand accès aux soins d'hygiène dentaire à cette population.

### **Enjeu 2: Rayonnement, notoriété et attractivité**

La population étant mieux informée et de plus en plus soucieuse de l'importance de son hygiène dentaire, l'Ordre a tout intérêt à multiplier ses activités de sensibilisation du public, à faire valoir le rôle essentiel de l'hygiéniste dentaire et ainsi, mettre en valeur la profession. Cette visibilité est aussi susceptible d'intéresser la relève à joindre la profession.

#### **Orientation 2.1** Devenir un acteur reconnu

Comme le mentionne le plan stratégique, afin d'assurer une position incontournable pour les questions d'ordre public sur la santé buccodentaire au Québec, l'Ordre s'active dans la sphère publique pour devenir un acteur reconnu. En 2023-2024, pour cette orientation stratégique :

- La responsable des communications a mis en œuvre toutes les actions visant l'**amélioration des modes de communication électronique de l'Ordre**, soit le bulletin *L'Exp/lo+* et nos médias sociaux;
- La nouvelle signature courriel du personnel de l'Ordre est déployée aux fins d'accroître la visibilité et l'accès à nos médias sociaux et au site [Ma santé, mon sourire](#).

#### **Orientation 2.2** Soutenir la reconnaissance publique de la profession d'hygiéniste dentaire

Les actions de l'Ordre pour cette orientation sont centrées sur l'objectif d'attirer plus de candidats à la profession d'hygiéniste dentaire afin d'élargir le bassin de main-d'œuvre disponible. Ainsi, au cours de la dernière année :

- La responsable des communications a participé à deux **salons de l'éducation** (Montréal et Québec);

- Le ministère de l'Enseignement supérieur a **accru le nombre de places disponibles d'étudiants** en Techniques d'hygiène dentaire dans certains cégeps;
- Le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration a maintenu son **financement de l'Attestation d'études collégiales (AEC) pour dentistes formés à l'étranger**;
- Des démarches sont en cours pour établir des partenariats avec des enseignants et un cégep pour l'offre de formation d'appoints aux multiples clientèles de l'Ordre (personnes effectuant un retour à la pratique clinique; personnes effectuant leur réinscription au Tableau de l'Ordre plus de 5 ans après y avoir fait défaut; candidat(e)s à l'arrangement de reconnaissance mutuelle des qualifications Québec-Suisse; personnes souhaitant suivre des cours préparatoires à l'AEC).

### Enjeu 3 : Mobilisation des membres

L'Ordre compte plus de 6 700 membres de tous âges, répartis sur l'ensemble du territoire québécois. Les membres, principalement des femmes, pratiquent en moyenne depuis plus de 10 ans. L'Ordre peut ainsi compter sur des membres nombreux, aux profils diversifiés, impliqués, passionnés et qui exercent leur profession avec rigueur.

### Orientation 3.1 Augmenter le sentiment d'appartenance des membres

Au cours de l'année 2023-2024, l'Ordre a poursuivi son travail visant la communication avec les hygiénistes dentaires et la valorisation de leur contribution à la profession, notamment:

- Le président a conclu la 2<sup>e</sup> partie de sa tournée régionale;
- La responsable des communications et le comité des prix et des bourses ont produit l'ensemble des outils requis pour la mise en place en mai 2024 des nouveaux concours de reconnaissance destinés aux membres;
- L'Ordre a tenu sa première édition du concours pour étudiants.

### Enjeu 4 : Capacité organisationnelle

Le domaine de la santé buccodentaire est en constante évolution au Québec. La technologie évolue rapidement et la profession gagne en autonomie. L'Ordre doit demeurer à jour dans ses pratiques et s'assurer d'avoir la capacité de réaliser ses orientations stratégiques.

### Orientation 4.1 Assurer l'adéquation entre l'offre de services de l'Ordre et les besoins du public et des membres

Afin de se doter des ressources requises pour la mise en œuvre de son plan stratégique et l'accomplissement de sa mission, l'Ordre a procédé à de multiples travaux pour améliorer son efficacité opérationnelle:

- Les embauches prévues pour terminer la mise en place du nouvel organigramme de l'Ordre ont toutes été effectuées (3<sup>e</sup> inspectrice; agente au Tableau des membres);
- Des activités relatives à la **vérification et au renforcement de la cybersécurité** des outils informatiques de l'Ordre ont été effectuées;
- Les travaux de **numérisation des dossiers membres** ont grandement avancé. Le contrôle de la qualité d'un premier lot de 100 boîtes sur 497 est terminé;
- Les nouveaux **tableaux de bord de gestion** des services des communications et du développement professionnel sont déposés au Conseil deux fois l'an;
- La révision partielle du **Règlement sur l'organisation de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec et les élections à son Conseil d'administration** est en vigueur depuis novembre 2023;
- Une **nouvelle structure des comités internes** est fonctionnelle depuis septembre 2023 (comité de direction, comité de gestion, comité de santé et de sécurité au travail, comité de gestion électronique des documents, comité d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels, etc.);
- Le Conseil d'administration a approuvé la [déclaration de services aux citoyens révisée](#) et ses indicateurs de performance;
- Le plan de travail sur l'application des dispositions de la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels* (projet de loi 25), entrant en vigueur en septembre 2023, est terminé.

Le CA et la direction générale sont très fiers de ce bilan qui témoigne d'un engagement hors du commun de la part du Conseil d'administration, de ses comités, du personnel de l'Ordre, des membres des comités de l'Ordre et des hygiénistes dentaires dans leur ensemble.

Après plus de trois années d'entrée en vigueur des changements au *Code des professions* ayant modifié le champ d'exercice des hygiénistes dentaires et leur ayant octroyé des activités réservées, on peut constater que l'équipe de l'Ordre s'est grandement investie. En témoignent la production d'outils et l'offre de formations pour soutenir la pratique de ses membres, la révision des normes d'exercice et de la réglementation ainsi que les collaborations diversifiées pour s'assurer que cette modernisation se vive pleinement dans le quotidien des hygiénistes dentaires, au plus grand bénéfice de la population du Québec! ■

CONGRÈS 2024



Ordre des  
hygiénistes dentaires  
du Québec

Pour une pratique  
**inclusive**



Centre des congrès de Québec  
**1<sup>er</sup> et 2 novembre**

**DE L'HYGIÈNE DENTAIRE**

**PRÉ-CONGRÈS**

*Virage vert et écoresponsabilité, par où commencer ?*

**Participez au pré-congrès,  
au congrès ou aux deux  
événements !**



# SOINS D'HYGIÈNE DENTAIRE ADAPTÉS AUX CLIENTÈLES PRÉSENTANT DES BESOINS PARTICULIERS

- ANNIE DEGUIRE, H.D., directrice de l'exercice de l'hygiène dentaire, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

Les principaux courants théoriques sur la diversité sont fondés sur les valeurs des démocraties modernes, soit le respect du pluralisme et des droits de la personne, la promotion de l'égalité des chances et de l'équité, la valorisation du cadre démocratique permettant l'exercice de la citoyenneté et la prise en compte et la valorisation des différences (Deguire, 2022; Banks et McGee Banks, 2010; Potvin, 2014). Une approche inclusive vise à construire une société à laquelle toutes les personnes peuvent participer et contribuer (Deguire, 2022; Potvin, 2014).

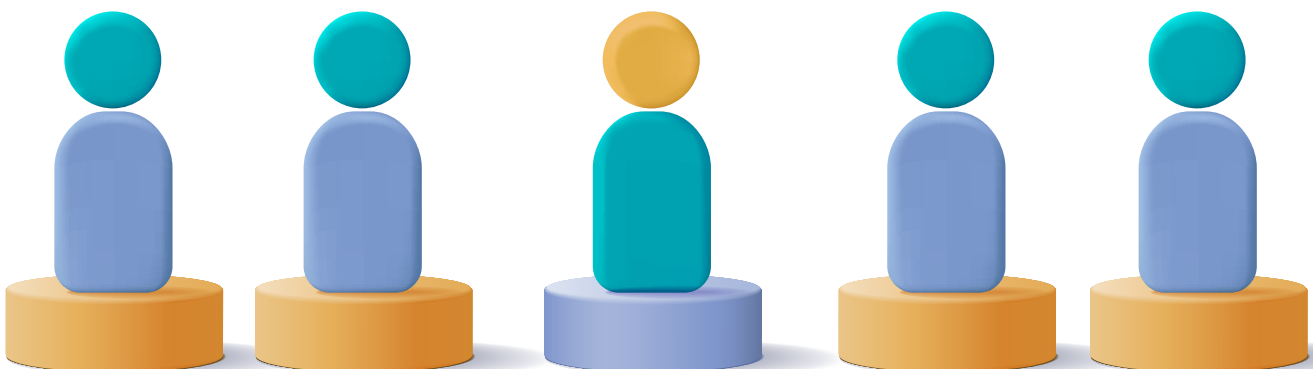
Dans cette perspective, les caractéristiques cliniques des personnes présentant des besoins particuliers peuvent rendre difficile leur accès aux soins (Vasselin et al., 2023). Une offre de soins buccodentaires limitée et mal adaptée conduit souvent à un renoncement aux soins ainsi qu'à une condition buccodentaire plus dégradée par rapport aux personnes non touchées par un handicap (Ferreira, 2020; Lee, 2020; Wilson et al., 2019). C'est-à-dire que bien que les pathologies buccodentaires chez les personnes en situation de handicap soient identiques à celles rencontrées dans la population générale, notamment la maladie parodontale et la maladie carieuse (Catteau, 2013), la prévalence de ces maladies est plus élevée et plus sévère chez les personnes présentant un handicap, et ce, quel que soit le type de handicap (Anders et Davis, 2010; Costa et al., 2016; Morgan et al., 2012).

Ces propos mettent en lumière la nécessité d'interpeller l'hygiéniste dentaire dans une approche inclusive favorisant la mise en œuvre de mesures adaptées à la promotion de la santé buccodentaire (Bracconi et al., 2023). Dans cette optique, il convient d'abord de définir les divers concepts liés au processus de production de handicap.

## PROCESSUS DE PRODUCTION DE HANDICAP

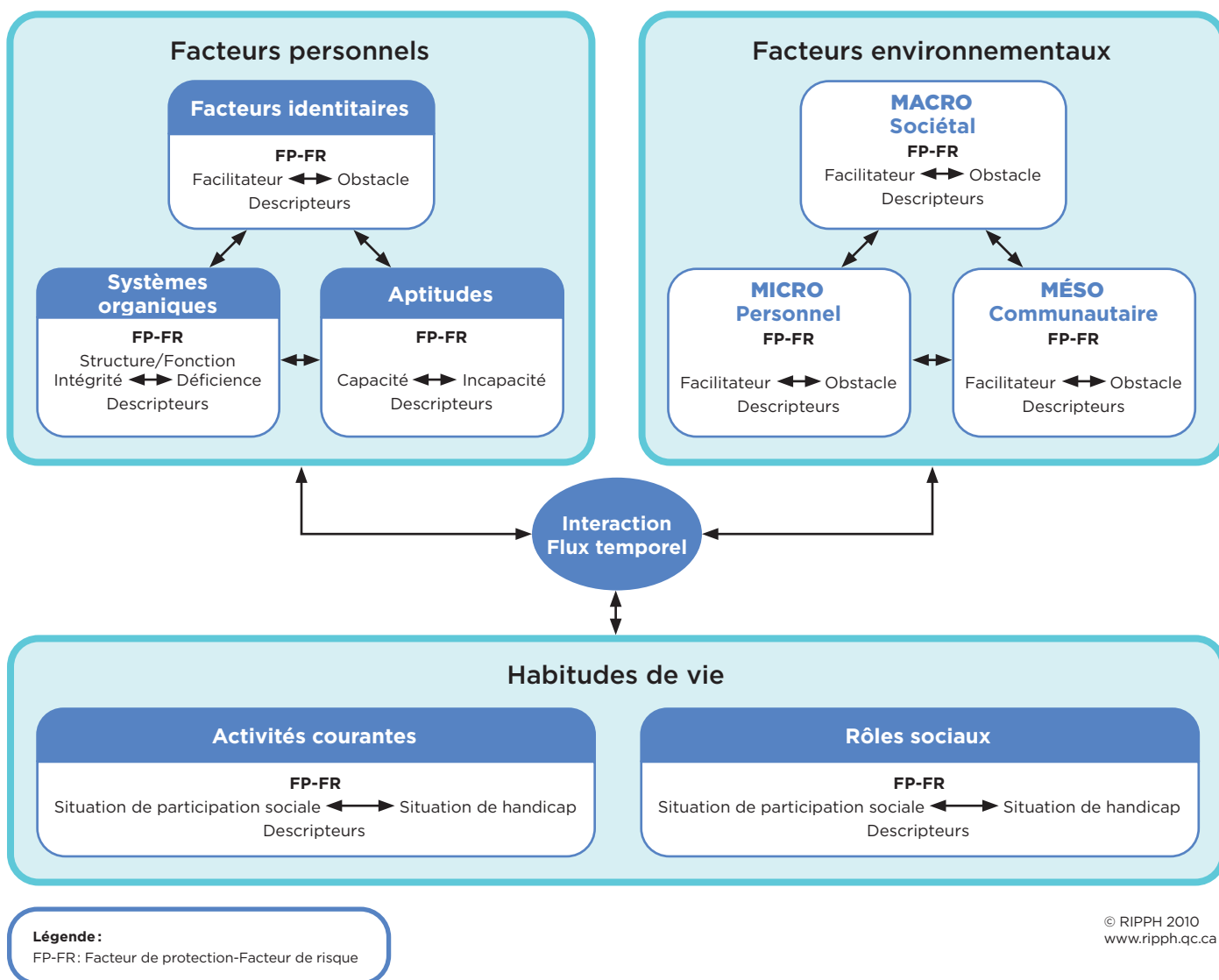
Bien qu'il soit complexe de définir pleinement le handicap ou de qualifier adéquatement les personnes en situation de handicap (Cadorel, 2022; Deguire, 2022), la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (RLRQ, c. E-20.1, article 1. g), définit une personne handicapée (PH) au sens de « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) [Nations Unies, 2006], quant à elle, présente le concept de handicap comme résultant, pour toutes les personnes présentant des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, de l'interaction avec différentes barrières pouvant faire obstacle à leur pleine participation à la société. En France et au Québec, on parle de « processus de production de handicap » selon une perspective qui consiste à identifier les différents facteurs qui interagissent de façon à produire ou non une situation de handicap (Deguire, 2022; Fougeyrollas, 1998, 2010; Tremblay et Loiselle, 2016; Turcotte, 2020).



La figure ci-dessous présente le Modèle de développement humain et le Processus de production du handicap (MDH-PPH2) proposé par Fougeyrollas (2010).

**MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN - PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (MDH-PPH2) (FOUGEYROLLAS, 2010)**



**Référence:** Fougeyrollas, Patrick (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 315 p.  
**Source:** Reproduit avec la permission du Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)

Ce modèle met l'accent sur l'interaction dynamique entre diverses variables biologiques, fonctionnelles, culturelles et physiques susceptibles d'influencer le niveau de participation sociale et considère ce qui appartient à la personne, aux situations de vie et à l'environnement (Fougeyrollas, 2010). Un facteur personnel est une caractéristique qui appartient à la personne, comme l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. Un facteur environnemental prend en compte une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte de la société. Quant à l'habitude de vie, elle est une activité courante ou un rôle valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.) [RIPPH, 2024].

**SITUATION DE HANDICAP**

Dans cette perspective de processus de production de handicap, la situation de handicap réfère à « une condition produite par l'interaction de facteurs environnementaux et personnels qui excluent momentanément une personne d'une participation sociale pleine et entière conforme à ce qui est normalement attendu pour elle » (B La Grenade, 2017). La situation de handicap fait également ressortir le vaste concept d'incapacité qui inclut des incapacités de nature physique telles que l'audition, la vision, la mobilité, etc., et non physique, de gravité et de durée variables, liées à des problèmes de santé mentale, à une déficience intellectuelle, à un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et à des problèmes d'apprentissage ou de mémoire (Deguire, 2022; Bonnelly et al., 2010).

## SITUATION DE HANDICAP NON VISIBLE

Par ailleurs, la définition de la situation de handicap non visible correspond à «un trouble neurologique ou de santé mentale ou toute autre déficience ou incapacité qui ne comporte pas de manifestations extérieures apparentes» (B La Grenade, 2017). Sous le concept de handicap non visible, Bergeron et al. (2013) énumèrent les troubles d'apprentissage (TA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et les troubles de santé mentale (TSM). Pour l'Association canadienne des troubles d'apprentissage (ACTA) [2017], le TA réfère à des dysfonctionnements d'ordre neurologique qui affectent l'acquisition, l'organisation, la mémorisation, la compréhension ou le traitement de l'information verbale ou non verbale, plus particulièrement du langage oral et écrit, ainsi que les mathématiques. Dans une étude réalisée en 2005, Barkley constate que jusqu'à 60 % des personnes qui ont un TA peuvent aussi avoir un TDA/H. Le TDA/H est un problème neurologique affectant la capacité d'un individu à apprendre et à démontrer ses connaissances en raison de ses difficultés à maintenir son attention, de se concentrer sur une tâche, et de contrôler et de freiner ses idées (Vincent, 2010).

Dans la pratique professionnelle, les caractéristiques cliniques des personnes présentant des besoins particuliers (Vasselin et al., 2023) interpellent l'hygiéniste dentaire dans les défis de la mise en œuvre d'une approche inclusive pour cette population en situation de handicap (Deguire, 2022; Potvin, 2014). Les facteurs environnementaux réfèrent, entre autres, aux stimuli sensoriels qui pourraient distraire ou stresser la personne présentant des besoins particuliers. La préparation aux soins avant le rendez-vous ainsi que la mise en pratique du soin de manière personnalisée sont des pistes de solution ouvrant la voie à une offre adaptée de soins en hygiène dentaire (Belaroussi, 2018).

## ENJEUX LIÉS À LA PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

Les personnes présentant une faible dextérité manuelle ou des difficultés de compréhension dues à des troubles cognitifs ou de déficience intellectuelle sont reconnues (Haute Autorité de Santé, 2009) comme ayant le plus de difficultés à réaliser les soins d'hygiène buccodentaire (Wilson et al., 2019). Par conséquent, la condition buccodentaire et la douleur occasionnée par les pathologies ont un impact sur la qualité de vie de ces personnes présentant des besoins particuliers et sur leurs relations sociales. Plus précisément, comme cette clientèle éprouve parfois des difficultés à exprimer la douleur (Cadorel, 2022; Droz, 2008), les pathologies buccodentaires sont plus fréquentes et souvent plus intenses (Schulte, 2021).

En outre, comme l'anxiété peut être exacerbée chez cette population en situation de handicap, et ce, surtout si des troubles du comportement ou des troubles sensoriels sont impliqués, l'hygiéniste dentaire doit être en mesure de dépasser sa propre anxiété. Il lui faudra s'adapter et opter pour une prise en charge comportementale individualisée favorisant un climat de soin apaisé et une coopération optimale (Belaroussi, 2018).

Face à ces constats, la familiarisation aux trois types de prévention, tant pour le client ou la cliente que pour la tierce personne impliquée dans les soins à la maison, est essentielle pour minimiser le risque de développer des pathologies buccodentaires et pour agir rapidement et efficacement en cas de besoin (Pujade, 2017).

## TROIS TYPES DE PRÉVENTION

La prévention **primaire** correspond aux moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'une pathologie. Les gestes préventifs, à la maison, sont fondamentaux pour les soins buccodentaires de ces personnes présentant des besoins particuliers. La prévention primaire permet de minimiser les risques de développer des pathologies buccodentaires et permet, par la même occasion, des soins plus courts en cabinet (Cadorel, 2022; Teste, 2018).

La prévention **secondaire** correspond aux moyens permettant de déceler une déficience déjà présente et d'empêcher son évolution. La prévention **tertiaire**, quant à elle, vise à limiter les complications. La régularité des séances est importante, et ce, même si ce ne sont que des rendez-vous de contrôle (Belaroussi, 2018). C'est-à-dire que si les rendez-vous sont trop espacés, la gestion comportementale redevient difficile même lorsqu'une relation de confiance et une bonne collaboration avaient été établies auparavant.

Le tableau ci-dessous présente un récapitulatif des trois types de prévention et leurs moyens de mise en œuvre.

**TABLEAU 1:** Types de prévention et moyens de mise en œuvre

<b>PRÉVENTION PRIMAIRE</b>	Brossage quotidien et nutrition
<b>PRÉVENTION SECONDAIRE</b>	Dépistage et soins précoces
<b>PRÉVENTION TERTIAIRE</b>	Rendez-vous de contrôle régulier

Source : Adaptation du texte de Pujade, 2017

## MESURES ADAPTÉES PERSONNALISÉES

Des mesures adaptées personnalisées facilitent la prise en charge des personnes présentant des besoins particuliers par l'hygiéniste dentaire (Camoin, 2019). Ces mesures se présentent par un continuum d'interactions dirigé vers la communication et l'éducation qui implique l'équipe dentaire, la clientèle et la tierce personne (American Academy of Pediatric Dentistry [AAPD], 2010).

Diverses approches ont pour objectif une conduite des soins plus sereine et la familiarisation progressive des personnes présentant des besoins particuliers à leur contexte et à leur déroulement (Boada et Paredella, 2017). Ces approches intègrent souvent une forme de visualisation des soins ou de l'environnement dans lequel ils se déroulent (Boada et Paredella, 2017).

Selon Lussier-Morin (2010), les techniques de contrôle comportementales visent à diminuer la peur et l'anxiété tout en promulguant une bonne santé buccodentaire et des procédés par lesquels elle peut être atteinte. Par exemple, la présence d'un parent dans la salle de soins peut aider et rassurer et ainsi améliorer sa coopération. Également, l'usage d'un support imagé en appui aux explications et la manipulation progressive sont recommandés lors de l'introduction d'un instrument bruyant ou nouveau (Lussier-Morin, 2010). En ce qui concerne plus spécifiquement les enfants ayant un diagnostic de TSA, ils présentent fréquemment une hypersensibilité buccale (Gournay-Coppee, 2018). Des études rapportent une approche de désensibilisation et d'entraînement aux soins (Orellana et al., 2014; Rouches et al., 2018).

Le tableau ci-dessous présente quelques exemples d'approches permettant la visualisation du parcours de soins ou de l'environnement (Vasselin et al., 2023).

**TABLEAU 2:** Approches permettant la visualisation du parcours de soins ou de l'environnement

<p><b>FICHE INFORMATIVE (Vasselin et al., 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'intention d'une tierce personne;</li> <li>• Récapitulatif en quelques lignes du soin impliqué, de ce qu'il peut induire comme contrainte de prise en charge.</li> </ul>
<p><b>SÉQUENTIEL COMPOSÉ DE PHOTOS SEGMENTANT LES ÉTAPES CLÉS DE LA PRISE EN CHARGE (Vasselin et al., 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la salle d'attente à la sortie de la salle d'examen;</li> <li>• Accompagné de commentaires;</li> <li>• Précisions sur les conditions de réalisation, temporelles et sensorielles.</li> </ul>
<p><b>VIDÉO EXPLIQUANT LE PARCOURS DE SOINS (Vasselin et al., 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'intention d'une tierce personne et de la personne présentant des besoins particuliers.</li> </ul>
<p><b>SIMULATION DU PARCOURS DE SOINS (Vasselin et al., 2023)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simulation complète du parcours de soins, incluant, notamment l'accueil administratif, la salle d'attente, l'arrivée en salle de soins, l'instrumentation.</li> </ul>
<p><b>TECHNIQUES DE CONTRÔLE COMPORTEMENTAL (Lussier-Morin, 2010)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuum d'interactions dirigé vers la communication et l'éducation;</li> <li>• Support papier imagé en appui aux explications;</li> <li>• Manipulation progressive pour l'introduction d'un instrument bruyant ou nouveau.</li> </ul>
<p><b>TÉLÉMÉDECINE EN SANTÉ BUCCODENTAIRE (Auchère, 2019)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en confiance;</li> <li>• Préparer à une véritable consultation en cabinet, ce qui facilitera les soins.</li> </ul>

Source: Adaptation des textes de Vasselin et al., 2023 et Auchère 2019

## DISCUSSION

Selon plusieurs études, les principaux obstacles à la prise en charge buccodentaire des personnes en situation de handicap sont l'accessibilité physique des lieux et les difficultés de coopération et de communication (Bracconi et al., 2023; Cadorel, 2022; Maitre et al., 2023; Pujade et al., 2017). En outre, les troubles liés au comportement chez les clientèles présentant des besoins particuliers combinés à l'anxiété des professionnels induisent souvent un manque de coopération durant les soins (Rimokh Valensi, 2019), de sorte que la prise en charge et le suivi des personnes en situation de handicap requièrent parfois la présence d'une tierce personne pour les accompagner et favoriser leur intégration dans un parcours de soins buccodentaires (Bracconi, 2023).

La dégradation de la condition buccodentaire apparaît corrélée avec une altération de la qualité de vie liée à la santé buccodentaire des personnes présentant des besoins particuliers. En effet, la forte prévalence de troubles cognitifs et l'expression de ces troubles, qui se manifeste par des comportements à risque de perturber la prise en charge, mettent en lumière la nécessité d'outiller les professionnels dans le développement de mesures adaptées à la promotion de la santé.

Ainsi, en plus de s'adapter, parfois en modifiant ses positions de travail ou en prévoyant plus de temps, la relation de confiance doit être créée entre l'hygiéniste dentaire, le client ou la cliente et la tierce personne, lorsque requis. Face à ces constats, il s'avère important pour l'hygiéniste dentaire de s'intéresser à la prise en charge des clientèles présentant des besoins particuliers, et ce, dans une perspective d'accessibilité à des soins buccodentaires adaptés.

## CONCLUSION

La mise en œuvre de mesures adaptées à la promotion de la santé buccodentaire interpelle divers concepts liés au processus de production de handicap, mais ces perspectives se heurtent toutefois aux routines professionnelles. Les pratiques, les routines et les réflexes professionnels laissent entrevoir le chemin à parcourir pour l'intégration de mesures adaptées personnalisées.

Il est toutefois important dans la pratique de l'hygiéniste dentaire, en particulier pour les soins offerts aux personnes présentant des besoins particuliers, de considérer la prise en charge de ces personnes, dans une relation qui s'installe en triade, composée du professionnel ou de la professionnelle, du client ou de la cliente et de la tierce personne impliquée. Cette tierce personne joue d'ailleurs un rôle prépondérant, notamment dans le fait de calmer, rassurer et consoler (Lussato, 2017), mais également dans les gestes préventifs, à la maison, qui sont fondamentaux pour les soins buccodentaires de ces personnes en situation de handicap. Il est donc primordial d'opter pour une approche relationnelle qui instaure un climat de confiance entre toutes les personnes impliquées (Pujade, 2017). Cette relation sera la base d'une bonne écoute et d'une coopération entre le ou la professionnelle et cette clientèle présentant des besoins particuliers (Teste, 2018). ■

## Médiagraphie

- American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2010). Guideline on behaviour guidance for the pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry*, 31 (suppl), 132-140. [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_behavguide.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf)
- Anders, P.L., Davis, E.L. (2010). Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.*, 30(3), 1107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20500706/>
- Association canadienne des troubles d'apprentissage. (2017). [ldac-acta.ca/?lang=fr](https://www.ldac-acta.ca/?lang=fr)
- Auchère, S. (2019). *Handicap et télémedecine buccodentaire: à propos d'une expérimentation en Île-de-France*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université Paris Descartes] Pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394593>
- Banks, J.A., McGee Banks, C.A. (2010) *Multicultural Education: Issues and Perspectives* (7<sup>e</sup> éd.). John Wiley and Sons Inc. [http://www.daneshnamehicsa.ir/userfiles/files/1/16-%20Multicultural%20Education\\_%20Issues%20and%20Perspectives%20\(2016.%20Wiley\).pdf](http://www.daneshnamehicsa.ir/userfiles/files/1/16-%20Multicultural%20Education_%20Issues%20and%20Perspectives%20(2016.%20Wiley).pdf)
- Barkley, R. A. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (3<sup>e</sup> éd.). The Guilford Press. [https://books.google.ca/books?id=4Fvt6X3Xd-UC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ca/books?id=4Fvt6X3Xd-UC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Belaroussi, I.S. (2018). *La pratique de l'hypnose orientée sur la prise en charge buccodentaire des enfants et adolescents à besoins spécifiques: revue systématique et application au sein d'un service hospitalier*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université Paris Descartes]. Pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785042>
- Bergeron, G., Ducharme, M., Fortin, N., Vézina, M.M. (2013). *Cadre de référence et pratiques d'usage de la conseillère et du conseiller aux étudiants en situation de handicap en enseignement supérieur*. Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap. [https://www.capres.ca/wp-content/uploads/2016/02/Guide\\_du\\_conseiller.pdf](https://www.capres.ca/wp-content/uploads/2016/02/Guide_du_conseiller.pdf)
- B La Grenade, C. (2017). *Représentations sociales des enseignants et pratiques pédagogiques en contexte d'inclusion des étudiants en situation de handicap non visible au collégial*. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du grade de Ph.D. en sciences de l'éducation option psychopédagogie. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20061/blagrenade\\_carole\\_2017\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20061/blagrenade_carole_2017_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Boada, L., Parellada M. (2017). Voir le médecin sans crainte: www.doctortea.org pour la sensibilisation aux visites médicales dans les troubles du spectre autistique. *Revue de psychiatrie et de santé mentale*, 10(1), 28-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27964853/>
- Bonnelli, H., Ferland-Raymond, A.E., Campeau, S. (2010). *Portrait des étudiants et étudiantes en situation de handicap et des besoins émergents à renseignement postsecondaire. Une synthèse des recherches et de la consultation: version abrégée*. Gouvernement du Québec. [https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/31919/PortraitEtudHandBesoinsEmergentsEnsPostsec\\_RapportSyn.pdf](https://eduq.info/xmlui/bitstream/handle/11515/31919/PortraitEtudHandBesoinsEmergentsEnsPostsec_RapportSyn.pdf)
- Braconni, M., Michault, A., Rey-Quinio, C., Hvostoff, C. (2023). Suivi bucco-dentaire des personnes handicapées: étude transversale descriptive en établissements sociaux et médico-sociaux. *Santé Publique*, 35, 17-28. <https://doi.org/10.3917/spub.hs12023.0017>
- Cadoret, H. (2022). *Étude exploratoire sur la réalité des dentistes et des parents d'enfants à besoins particuliers suivis en dentisterie tertiaire*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences biomédicales, option éthique clinique. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/28077/Cadoret\\_Hugo\\_2022\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/28077/Cadoret_Hugo_2022_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Camoin, A. (2019). *Le Chirurgien-dentiste face au Refus de soins chez l'Enfant avec Troubles Psychiques ou Cognitifs*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université d'Aix-Marseille]. Thèse présentée pour obtenir le grade universitaire de docteur. <https://theses.fr/2019AIXM0258>
- Catteau C. (2013). *Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social: le Projet Santé Orale et Autonomie*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université d'Auvergne]. Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'Université d'Auvergne. Discipline: Odontologie. <https://theses.hal.science/tel-01165212/>
- Mason, R., Munn-Rivard, L. (2021) *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies, 2006: vue d'ensemble*. (n° 2013-09-F). Bibliothèque du parlement. <https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/HillStudies/PDF/2013-09-F.pdf>
- Costa, AAI, Della Bona, Á, Trentin, MS. (2016). Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. *Braz Dent J.*, 27(1), 52-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27007346/>
- Deguire A. (2022). *Conception d'un modèle de communauté d'apprentissage comme dispositif de développement des savoirs visant l'adoption de pratiques inclusives chez les enseignants et les enseignants au collégial*. [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke]. Essai présenté à la Faculté d'éducation en vue de l'obtention du grade de Maître en enseignement (M. Éd.) Maîtrise en pédagogie de l'enseignement supérieur au collégial. [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/20277/deguire\\_annie\\_MEd\\_2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/20277/deguire_annie_MEd_2022.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Droz, D. (2008). Infirmité motrice cérébrale, polyhandicap et santé buccale. *Archives de Pédiatrie*, 15(5), 849-851. [https://doi.org/10.1016/s0929-693x\(08\)71938-9](https://doi.org/10.1016/s0929-693x(08)71938-9)
- FDI World Dental Federation. (2016). FDI Policy Statement on Oral Health for Healthy Ageing: Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015. *Int Dent J.*, 66(1), 7-8.
- Ferreira, ÁMB, Almeida, HCR, de Heimer, MV, Vieira, SCM, Colares, V. (2020). Oral Health Status and Treatment Needs Among Disabled Children in Recife, Brazil. *Oral Health Prev Dent.*, 18(1), 467-73. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32328592/>
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Réseau international sur le processus de production du handicap. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval. <https://www.pulaval.com/livres/la-funambule-le-fil-et-la-toile-transformations-reciproques-du-sens-du-handicap>
- Gournay-Coppee, M. (2018). *Adaptation de la prise en charge des enfants atteints de troubles du spectre autistique au cabinet dentaire*. [Thèse de doctorat en chirurgie buccodentaire, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. Pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2329/>
- Belorgey, JM. (2009). *Synthèse Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap »*. Haute autorité de santé. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese\\_ap\\_acces\\_soins\\_personnes\\_handicap\\_23102008.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese_ap_acces_soins_personnes_handicap_23102008.pdf)
- Lee, J.Y., Lim, K.C., Kim, S.Y., Paik, H.R., Kim, Y.J., Jin, B.H. (2019). Oral health status of the disabled compared with that of the non-disabled in Korea: A propensity score matching analysis. *PLoS One.*, 14(1), e0208246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30640962/>
- Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, RLQ, c. E-20.1, art. 1 par. g. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/E-20.1>, site consulté le 17 juin 2024.
- Lussato, B. (2017). Comment améliorer la communication avec l'enfant lors des soins dentaires? [Thèse de doctorat de premier cycle, Université Paris Descartes]. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01628452>
- Lussier-Morin, A-C. (2010). La perception des parents d'enfants atteints d'autisme ou autres Troubles Envahissants du Développement sur l'accès aux soins dentaires au Québec. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Mémoire présenté à la Faculté de Médecine Dentaire en vue de l'obtention du grade de maîtrise en médecine dentaire option dentisterie pédiatrique. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4521/Lussier-Morin\\_Annie-Claude\\_2010\\_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4521/Lussier-Morin_Annie-Claude_2010_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Maitre, Y., Collet, S., Denis, F., Amador, G. (2023). Pratiques et besoins de soins buccodentaires en EHPAD: évaluation des soignants et des patients. *Santé Publique*, 35, 77-82. <https://doi.org/10.3917/spub.hs12023.0077>
- Morgan, J.P., Minihan, P.M., Stark, P.C., Finkelman, M.D., Yantsides, K.E., Park, A. (2012). The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.*, 143(8), 838-46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22855898/>
- Orellana, L.M., Martínez-Sanchis, S., Silvestre, F.J. (2014). Training adults and children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *J Autism Dev Disord.*, 44 (4), 776-778. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24002415/>
- Potvin, M. (2014). Diversité ethnique et éducation inclusive: fondements et perspectives. *Éducation et sociétés*, 33(1), 185-202. <https://www.cairn.info/revue-education-et-societes-2014-1-page-185.htm>
- Pujade, C., Kheng, R., Braconni, M., Bdeoui, F., Monnier, A., Hoang, L., Dursun, E., Pirnay, P. (2017). Soins buccodentaires pour les patients handicapés. *Santé Publique*, vol. 29(5), 677-684. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0677>
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2024-17-06). *Le modèle RIPPH*. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/#:-:text=L%20Mod%C3%A8le%20de%20d%C3%A9veloppement%20humain,au%20d%C3%A9veloppement%20de%20la%20personne>
- Rimokh Valensi, R. (2019). *Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université Paris Descartes]. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02383551/document>
- Rouches, A., Lefer, G., Dajeau-Trudaud, S., Lopez-Cazaux, S. (2018). Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme: les outils à notre disposition. *Arch Pédiatr.*, 25 (2), 145-149.
- Teste, M. (2018). *Les rôles des parents dans la prévention buccodentaire chez les enfants autistes*. [Thèse de doctorat de premier cycle, Université Toulouse III - Paul Sabatier]. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. <http://thesesante.ups-tlse.fr/2225/>
- Schulte, A. G., & Schmidt, P. (2021). Mundgesundheits bei Menschen mit Behinderung in Deutschland – eine Literaturübersicht [Oral health in persons with disability in Germany – an overview of the literature]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(7), 793-801. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03352-7>
- Tremblay, S., et Loisel, C. (2016). Handicap, éducation et inclusion: perspective sociologique. *Éducation et francophonie*, 44(1), 9-23. <https://www.erudit.org/fr/revues/ef/2016-v44-n1-ef02469/1036170ar.pdf>
- Turcotte, J. (2020). *La réussite scolaire des étudiants ayant un trouble d'apprentissage ou un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: est-ce que les stratégies d'étude employées sont efficaces?* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Chicoutimi]. Mémoire présentée à l'Université du Québec à Chicoutimi en vue de l'obtention de la maîtrise en éducation (3664). [https://constellation.uqac.ca/5435/1/Turcotte\\_uqac\\_0862N\\_10641.pdf](https://constellation.uqac.ca/5435/1/Turcotte_uqac_0862N_10641.pdf)
- Vasselin, I, Cilia, F., Malpart, A., Jamault, B., Ammirati, C., (2023). Simulation en santé et accès aux soins somatiques des personnes présentant un TSA. *Soins Psychiatrie*, n° 349, novembre-décembre 2023, 13-16. <https://www.em-consulte.com/article/1627474/simulation-en-sante-et-acces-aux-soins-somatiques->
- Vincent, A. (2010). *Adaptations scolaires au niveau collégial et universitaire pour le TDAH*. Centre médical l'Hétrière, Clinique Focus. [http://w3.uqo.ca/transition/tva/wp-content/uploads/2D2d\\_Adaptations\\_scolaires\\_au\\_niveau\\_coll%C3%A9gial\\_et\\_uni\\_pour\\_le\\_TDAH.pdf](http://w3.uqo.ca/transition/tva/wp-content/uploads/2D2d_Adaptations_scolaires_au_niveau_coll%C3%A9gial_et_uni_pour_le_TDAH.pdf)
- Wilson, N.J., Lin, Z., Villarosa, A., Lewis, P., Philip, P., Sumar, B. (2019). Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 19(1),15-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31729967/>



# L'accessibilité



# PRÉFACE

La science est intimidante pour le commun des mortels. En effet, les travaux scientifiques sont trop souvent expliqués de façon austère, la matière s'avère pointue et compliquée à comprendre... Par conséquent, on croit parfois à tort que les chercheurs sont déconnectés de la population. Leurs travaux restent donc généralement méconnus, alors que les fausses nouvelles sont florissantes et attrayantes.

La recherche en santé buccodentaire et osseuse demeure particulièrement mal aimée. La tendance lourde est au déni : ce champ d'expertise suscite l'aversion puisqu'il est souvent associé à la douleur (fractures) ou même au dégoût (infections buccales, cancer de la bouche, etc.).

Ce recueil a pour mission de renverser cette tendance en vous informant sur les avancées majeures dans le domaine. Nous voulons vous montrer ce qu'est la recherche en santé et partager notre passion avec vous. La recherche représente un des moteurs de l'humanité, mais les chercheurs doivent mieux communiquer et expliquer comment leur travail contribue au bien-être des individus, de l'environnement et de la société.

Afin de souligner de façon originale les recherches de ses membres, le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO) a engagé deux artistes en résidence, Daniel Ha et Martin PM. Pendant plus d'un an, Daniel et Martin sont partis à la rencontre de nos chercheurs dans l'ensemble du Québec et ont visité leurs labos. Dans les pages qui suivent, vous pourrez lire et apprécier leurs œuvres, et ainsi découvrir avec eux les travaux extraordinaires de nos chercheurs.

Nous espérons que ces pages vous inspireront et vous permettront de jeter un regard nouveau sur la recherche scientifique dans le domaine de la santé buccodentaire et osseuse. Peut-être même susciteront-elles chez les plus jeunes un désir d'étudier les sciences et, qui sait... de devenir chercheurs ?

*Le Comité Art & Science du RSBO*

*Dr Christophe Bedos, directeur du RSBO*

*Dre Argerie Tsimicalis, chercheuse et membre du RSBO*

*Dre Marta Cerruti, chercheuse et membre du RSBO*

*Dre Andrée Lessard, gestionnaire du RSBO*

*Martin Patenaude-Monette, artiste en résidence du RSBO*

*Daniel Ha, artiste en résidence du RSBO*

# C'EST QUOI ?

## LE RSBO, C'EST QUOI ?

Depuis plus de 25 ans, le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO) soutient sans relâche les chercheurs du Québec et leurs étudiants dans la poursuite de l'excellence en recherche fondamentale, clinique et épidémiologique. Le Réseau compte plus de 100 chercheurs et plus de 300 étudiants se trouvant principalement à l'Université McGill, à l'Université de Montréal et à l'Université Laval, ainsi que dans leurs hôpitaux affiliés (notamment le CHU Sainte-Justine, l'Hôpital Shriners pour enfants, l'Hôpital général de Montréal, l'Hôpital général juif et l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal).

Le RSBO est financé principalement par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Il s'appuie aussi sur des partenariats avec des joueurs de différents horizons, notamment des organismes professionnels de la santé buccodentaire et osseuse ainsi que des associations qui représentent les personnes les plus défavorisées de notre société. Le RSBO réunit ainsi les forces vives de notre tissu social – communauté scientifique, cliniciens, population et utilisateurs des services de santé, mais aussi gestionnaires, décideurs et industriels – en vue de produire des connaissances sur la santé ainsi que les maladies buccodentaires et osseuses, mais aussi de les mettre en application.

Les actions du RSBO s'inscrivent dans les stratégies nationales de promotion de la santé et celles mises de l'avant par l'Organisation mondiale de la Santé. De fait, le Réseau vise à promouvoir la santé et la qualité de vie de la population québécoise, à réduire les inégalités de santé, mais également à contribuer à la vitalité économique et sociale du Québec. Les actions du RSBO peuvent en effet stimuler la rétention ou le retour à l'emploi des personnes vulnérables, développer du personnel hautement qualifié, susciter le développement de nouvelles technologies, ou encore favoriser l'entrepreneuriat scientifique et la production de brevets.

La transmission des savoirs représente un objectif majeur du RSBO. C'est pourquoi nous avons créé le Comité Art & Science, qui vise à promouvoir la recherche scientifique et la santé de la société québécoise au moyen des arts. Le RSBO considère en effet que les sciences et les arts, loin d'être antithétiques, peuvent au contraire se nourrir mutuellement, se conjuguer et, ultimement, bénéficier à l'ensemble de la population.

# ART ET SCIENCE

Voilà une façon originale de faire connaître la recherche d'ici. Surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet comme celui de la santé buccodentaire et osseuse, qui peut sembler rébarbatif pour des non-initiés... Et pourtant, la recherche qu'on y mène est fondamentale pour nous tous et toutes.

L'idée d'une BD du comité Art et Science du Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse me semble tout indiquée pour démystifier ce qui se passe dans notre bouche, de l'effet du sucre sur nos dents à l'écologie buccale, en passant par la technologie 3D pour bénéficier d'os plus solides, en plus des autres activités qui se situent quelque part entre notre nez et notre menton.

Le Réseau est soutenu par le Fonds de recherche du Québec – Santé en raison de son excellence en recherche. Il m'apparaît d'autant plus pertinent et important que la population puisse mieux connaître ses travaux de recherche. C'est cette dernière qui en bénéficie en fin de compte, et ce, sans toujours le savoir.

Plus globalement, il est primordial de faire connaître la science et la recherche; la méthode, la démarche, les interrogations et les incertitudes, tout comme les découvertes, les résultats et les bons coups! Il faut multiplier les occasions d'exposer le grand public, jeune et moins jeune, à la science, afin que l'expertise scientifique devienne le réflexe premier vers lequel se tourner lorsque l'on se questionne sur telle ou telle chose. Le recours à l'art est certainement un excellent moyen de stimuler la curiosité.

Je salue l'initiative du Réseau visant à mieux faire connaître son expertise et ses travaux. Peut-être suscitera-t-elle de l'intérêt au sein des nouvelles générations d'étudiants et d'étudiantes qui se questionnent sur leur avenir. Et qui sait, peut-être que malgré un fond d'appréhension, cette BD vous permettra d'apprécier davantage votre prochaine visite chez le dentiste!

*Rémi Quirion,  
scientifique en chef du Québec*

# L'ACCESSIBILITÉ : PAS JUSTE UNE QUESTION FINANCIÈRE



Les soins dentaires, c'est super. Mais encore faut-il qu'ils soient accessibles à tous ! Heureusement, certaines équipes de recherche se penchent sur des solutions pour améliorer leur accès, notamment aux personnes à mobilité réduite. Les Drs Christophe Bedos et Jacqueline Rousseau nous décrivent ces obstacles pour ensuite suggérer des solutions bénéfiques pour tous (patients, proches aidants, professionnels). La clinique mobile du Dr Yu Kwong Li en est un excellent exemple !

## CHRISTOPHE BEDOS, D.D.S., PH. D.

*Professeur agrégé, Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill  
Codirecteur du Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO)*



## JACQUELINE ROUSSEAU

*Professeure titulaire  
Institut universitaire de gériatrie de Montréal*



## YU KWONG LI

*Directeur de la clinique mobile dentaire de l'Université McGill*



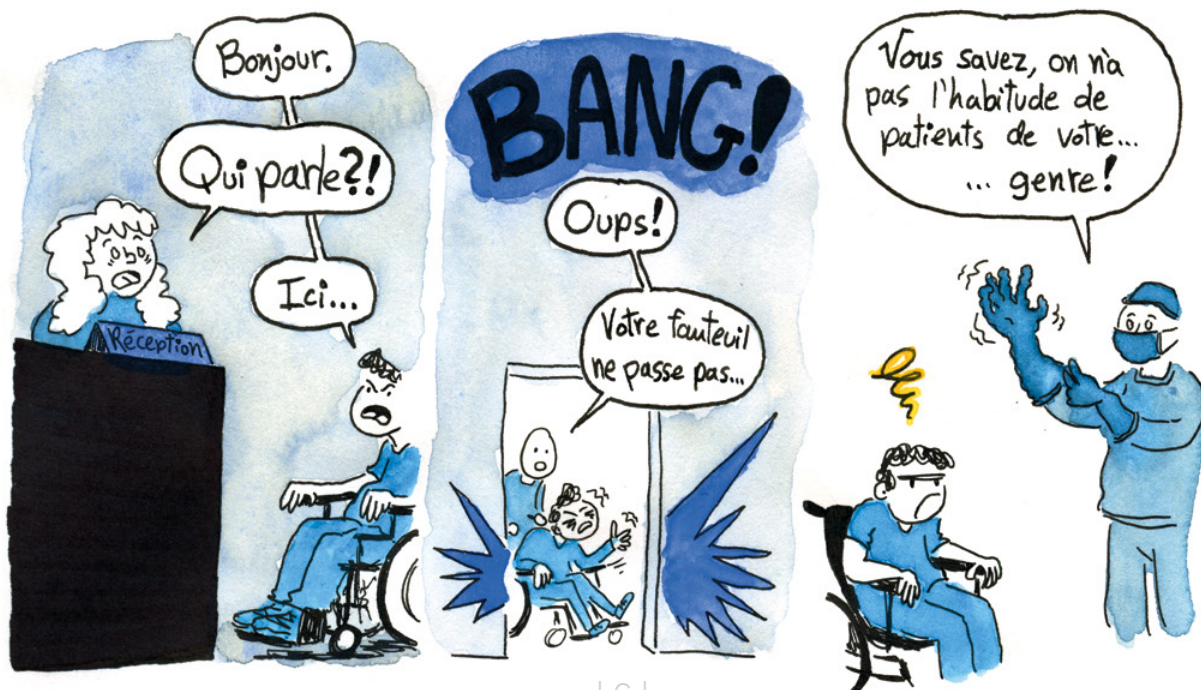
## MARTIN PM

*Martin Patenaude-Monette, aussi connu comme Martin PM, est originaire de Montréal. Il se brosse les dents au moins deux fois par jour, mais le plus souvent trois. Il n'est toutefois pas aussi rigoureux dans son utilisation de la soie dentaire, qu'il consent à utiliser de temps à autre, surtout quand il a un morceau de maïs soufflé coincé entre les dents. Curieux de nature, il s'intéresse à la recherche scientifique, aux questions sociales et à la politique. Il voit en la bande dessinée un puissant médium pour aborder les enjeux scientifiques et de société, en alliant texte et image.*

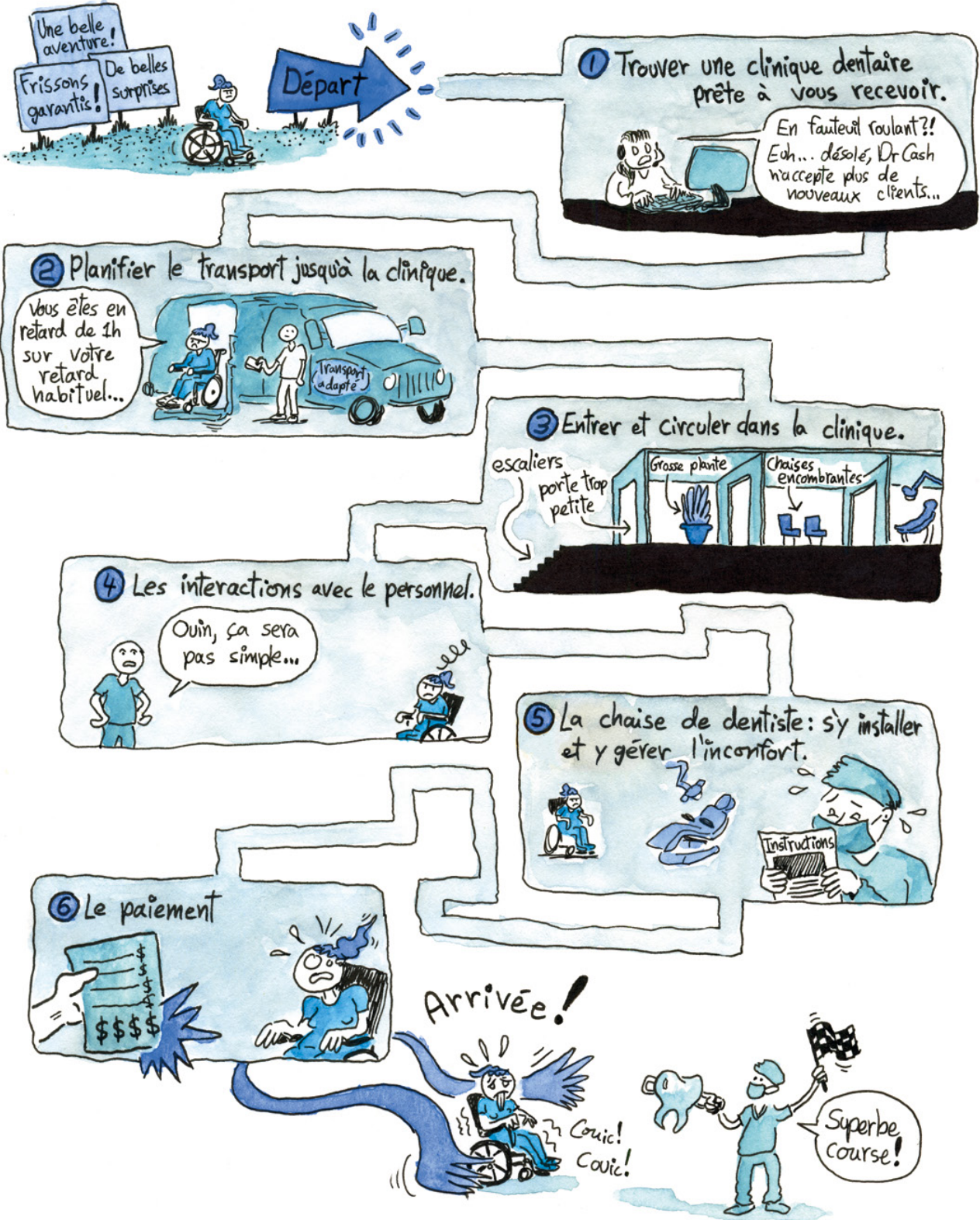
**[www.martinpm.info](http://www.martinpm.info)  
[instagram.com/martinpm.bd](https://www.instagram.com/martinpm.bd)**



Imaginez vos craintes si, en plus, vous êtes à mobilité réduite.



# La **quête** de soins dentaires pour une personne à mobilité réduite est looooooooooooooooooooooongue...!



Cette course à obstacles a été décrite par l'équipe des chercheurs  
Christophe Bedos et Jacqueline Rousseau.

Pour y donner suite, leur équipe travaille  
sur des pistes de solution en partenariat  
avec des personnes à mobilité réduite.



«Quand je travaillais comme  
dentiste, j'avais toutes les  
aptitudes techniques pour  
administrer les traitements.»



«J'étais capable de  
réaliser un traitement  
de canal à la perfection.»



«Malgré tout, je n'avais pas  
l'impression de répondre  
pleinement au besoin de  
mes patients.»

«Ça devrait aller mieux  
dans quelques jours, d'accord?»



«Je me sentais mal outillée  
pour les relations soignants-  
patients.»



«On est toutes deux intéressées par  
les relations patients-soignants.»

«C'est pourquoi on s'investit dans  
ce projet sur l'accessibilité  
des cliniques dentaires.»





La relation soignant-patient est d'autant plus importante avec les personnes à mobilité réduite.



On s'est d'ailleurs rendu compte que l'**attitude** des dentistes et de leur équipe est encore plus importante que l'**accessibilité** physique des cliniques.



Une fois les constats établis, Nora et Homa sont parties à la recherche des meilleurs modèles de cliniques accessibles.



Elles se sont rapidement rendu compte que la plupart des dentistes de ces cliniques partagent deux qualités.

Ils sont patients.

On va prendre le temps de bien s'installer.



Et s'adaptent facilement.

C'est peut-être plus confortable pour vous sur le divan?



Parce que **DrLi** n'aime pas travailler dans un bureau et cherchait plus de flexibilité, il a choisi la **mobilité** pour accroître son accessibilité.



Dr Kwong Li est un des rares dentistes mobiles du Québec. Il coordonne une équipe de six dentistes qui sillonnent autant les résidences de personnes âgées, souvent atteintes de démence, que les maisons privées de personnes à mobilité réduite.



Vous brossez-vous les dents tous les jours?



Oui, même si j'oublie à l'occasion.

Merci!



Aujourd'hui, je viens simplement examiner vos dents.



Dr Li examine ses patients dans leur propre lit ou chaise, en portant ses lunettes spéciales ...

loupes  
lumière



Hmm...

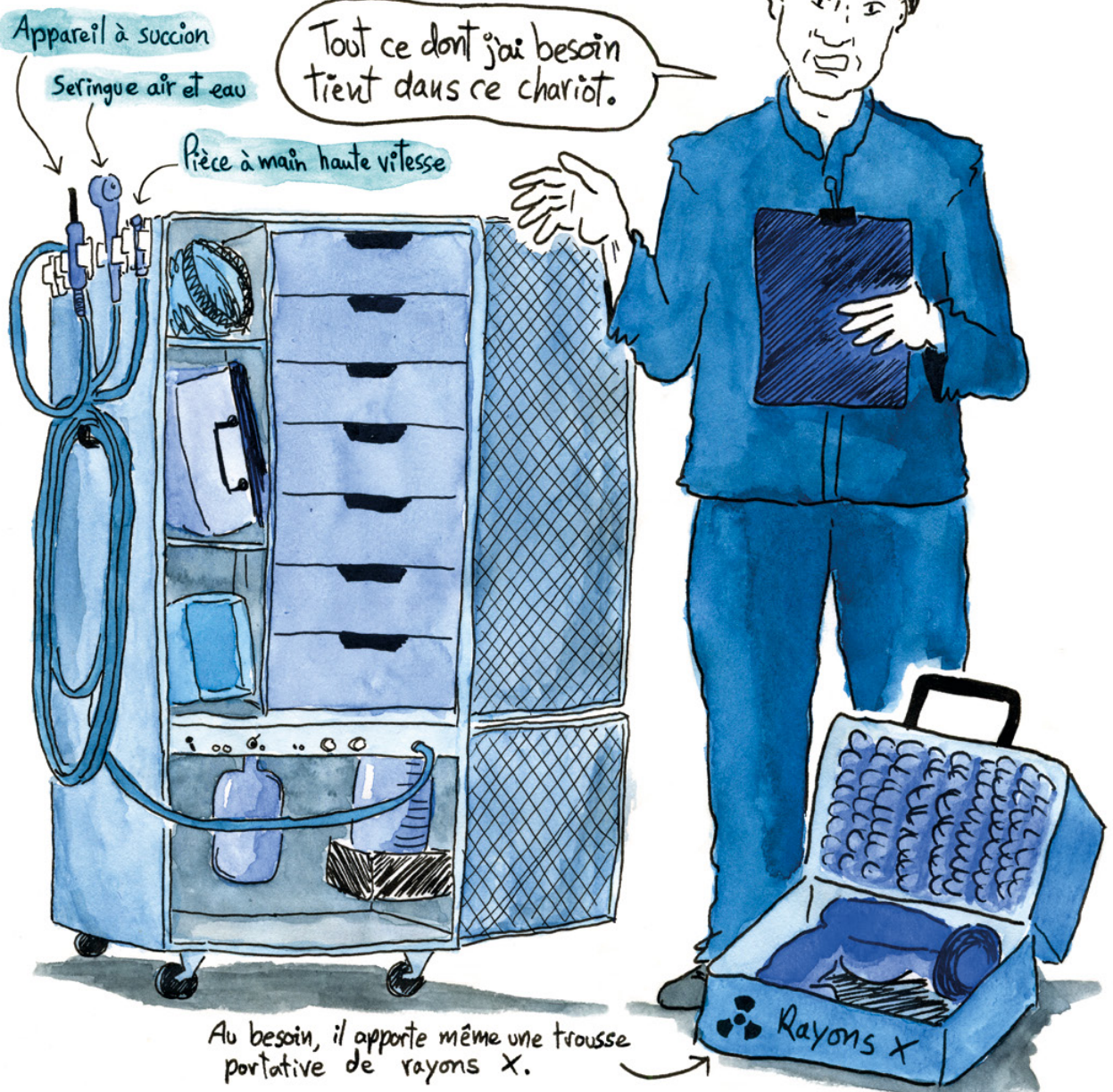


Vous avez besoin d'un bon nettoyage. Je vais mettre une note à votre dossier pour l'hygiéniste.

D'accord.



Quand on pense à une clinique mobile, on a en tête une tonne de matériel à traîner.



Dr Li a un profil qui retient l'attention.



Il a une attitude très positive avec les patients.

Les personnes à mobilité réduite ont besoin de thérapeutes compréhensifs qui prennent leur temps et qui sont flexibles.



Mais le recrutement de dentistes pour ce genre de pratique est difficile.

Ce n'est pas le modèle d'affaires le plus rentable. En plus, c'est une pratique qui présente des difficultés supplémentaires.

Ces dentistes travaillent souvent seuls, avec des patients présentant plus de risques.



Chez les patients âgés, les interventions sont plus complexes.

Et les situations émotives sont fréquentes.



L'université forme de bons techniciens, mais a plus de mal à leur transmettre de bonnes aptitudes relationnelles.



Implant parfaitement...  
**IMPLANTÉ!**

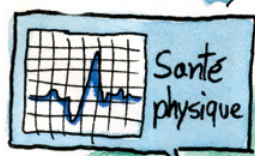


Je venais simplement pour un nettoyage...

Je pense pas, non! Je peux pas me tromper.



On est capables de régler les problèmes mécaniques des dents, mais on a de la difficulté à considérer le reste.



etc.

Les patients à mobilité réduite ont souvent un profil complexe qui demande qu'on s'y attarde.



Heureusement, il y a au Québec ces cliniques mobiles dont on peut s'inspirer. Nora et Homa continuent de les étudier pour en tirer les meilleures pratiques. Leur équipe développe aussi une formation pour sensibiliser les professionnels dentaires aux situations de handicap et à l'inclusion sociale.



# REMERCIEMENTS

## Le RSBO remercie ses partenaires

Fonds de recherche  
Santé

Québec 

 Fondation  
de l'Ordre  
des dentistes  
du Québec

Faculté de  
médecine dentaire  UNIVERSITÉ  
LAVAL

 McGill  
Faculty of  
Dentistry Faculty  
de médecine dentaire

Université   
de Montréal

## Martin PM

*Merci au RSBO, particulièrement à Christophe et Andrée, d'avoir eu l'audace de démarrer cette résidence artistique. Merci pour la liberté de création. Merci à Daniel d'avoir partagé avec moi ses idées et son expérience pendant ces mois de création. Merci aux membres du RSBO qui m'ont accueilli dans leur laboratoire. Merci à Laurène, Estelle, Jacinthe et Lucile pour les commentaires, relectures et suggestions. Merci à Laurène pour le partage de son histoire. Merci à Cécilia et Martin, qui nous ont grandement aidés à gravir le dernier sommet vers la publication d'un recueil.*

—

*Pour toute question sur les droits d'auteur et l'usage de cette BD, veuillez consulter notre guide sur le **droit d'auteur** ou contacter le RSBO à [rsbo.ca/nous-joindre](http://rsbo.ca/nous-joindre)*

*©Martin PM, 2021.*



# LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : LE DÉFI DES SOINS BUCCODENTAIRES

– **CHRISTIAN CARON**, professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval et directeur fondateur du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement de l'Université Laval

## INTRODUCTION

Tout comme la plupart des sociétés occidentales, les sociétés canadienne et québécoise vieillissent. Les personnes âgées qui les composent développent, durant cette période de leur vie, des maladies chroniques dont plusieurs affectent progressivement et à divers degrés les capacités cognitives et entraînent altération du fonctionnement et perte d'autonomie. Selon le type de maladie et les caractéristiques physiologiques et génétiques individuelles, la vitesse de cette perte d'autonomie variera et affectera différemment les individus atteints. Les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) se retrouvent parmi les problèmes neurologiques les plus fréquents qui les affectent. Ces troubles deviennent pour le personnel professionnel en santé buccodentaire l'un des défis les plus importants à relever en carrière pour aider le patient atteint à maintenir une santé buccodentaire acceptable.

## TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : QUELQUES RAPPELS

Les troubles neurocognitifs majeurs se présentent sous quatre principales formes : la maladie d'Alzheimer, le TNCM à corps de Lewy, le TNCM de type frontotemporal et le TNCM vasculaire (Hugo et Ganguli, 2014). Ces quatre principales formes ont chacune leurs propres critères diagnostiques. Elles sont toutes insidieuses et progressives, et elles incluent entre autres des déficits multiples dont des troubles de la mémoire, qui peuvent s'accompagner de troubles du langage, de la capacité d'abstraction, du jugement, du raisonnement. Ces troubles affectent aussi les activités fonctionnelles et professionnelles ou de conduite sociale dans la vie courante.

Le TNCM perturbe non seulement celui ou celle qui en est atteint, mais aussi de manière marquée sa famille et ses proches (Grabher, 2018). Pour la personne atteinte, la vie change de plus en plus à mesure que progresse la maladie. Son humeur, son comportement, sa capacité à prendre en main des gestes simples sont troublés. Le langage est souvent affecté jusqu'à disparaître aux stades sévères, les capacités cognitives diminuent, ce qui réduit d'autant la capacité de la personne à socialiser avec sa famille, ses proches, son entourage, générant une souffrance profonde chez l'individu. Progressivement, la personne atteinte aura de plus en plus de difficultés à exprimer ses besoins, ses douleurs, sa faim, sa soif (Pérez et al., 2022).



Selon le type de TNCM, on constate chez les personnes atteintes presque invariablement l'apparition de symptômes comportementaux tels que l'agitation, l'errance, l'agressivité, des hallucinations, des illusions, des signes de dépression, une désinhibition donnant lieu à des comportements socialement inacceptables (Fischer et al., 2022). Dans les stades sévères, l'autonomie fonctionnelle est réduite presque totalement, demandant un soutien constant pour les besoins de base de la vie tels que s'habiller, se nourrir, ou la toilette quotidienne incluant les soins de bouche. Les personnes souffrent souvent d'incontinence urinaire et fécale. Avec le temps qui passe, les proches vivent un désarroi marqué et un sentiment d'impuissance en voyant la dégradation cognitive et fonctionnelle progressive. Ces derniers, surtout lorsque la personne est encore dans la maison familiale, vivent de l'anxiété, deviennent souvent dans un état d'hypervigilance en essayant de prévoir toutes les situations qui pourraient survenir et mettre en jeu la sécurité de la personne atteinte. Ce fardeau porté par les « aidants naturels » cause presque invariablement de l'épuisement qui mène au placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (Grabher, 2018).

## PROFIL DE CETTE POPULATION

Au Canada, on estime que près de 730 000 personnes sont atteintes de TNC, près de 170 000 au Québec. Environ 60 % des TNC sont de type Alzheimer et 62 % sont des femmes. Les TNCM sont liés à l'âge, ainsi pour le type Alzheimer le nombre de personnes atteintes double tous les 5 ans après 65 ans. Plus de 65 % des personnes hébergées en soins de longue durée sont atteints d'un TNCM, alors que pour le même âge à domicile, ce chiffre n'est que de 5,5 % environ (Société Alzheimer du Canada, 2022).

Au Québec, la dernière grande étude sur les conditions buccodentaires des aînés menée par Corbeil et coll. en 2007 a démontré que la santé buccodentaire des aînés en hébergement de longue durée était déplorable. On y indiquait la présence de caries dentaires, de problèmes parodontaux, de lésions des tissus mous dans des proportions beaucoup plus élevées que dans la population vivant en communauté. Ainsi, les personnes aînées en CHSLD avaient 2,5 fois plus de dents atteintes par la carie; environ 30 % plus de tartre, de poches parodontales et de gingivite; 30 % plus de douleurs ressenties que les personnes vivant en communauté (Corbeil et al., 2006). De plus, l'étude de Corbeil n'incluait que les personnes qui avaient la capacité de comprendre ces divers éléments, de subir un examen dentaire et qui pouvaient répondre à un questionnaire. Les données cliniques comprenaient un examen visuel sans prise de cliché radiologique. L'étude excluait donc la majorité des personnes atteintes de TNC modérés et toutes celles atteintes de TNCM majeurs. L'exclusion de ce groupe de personnes a sous-estimé largement les caries dentaires, les atteintes parodontales et les autres paramètres sur la santé buccodentaire de personnes vivant en CHSLD. Ce groupe, étant par leurs atteintes cognitives celui des personnes les moins coopératives aux soins dentaires professionnels et aux soins d'hygiène buccodentaire quotidiens, on devrait y découvrir un état de santé buccodentaire encore plus déplorable. L'étude de Jones et collaborateurs en 1993, qui comparait les niveaux de caries entre un groupe d'aînés hébergés et ceux vivant en communauté, avait déjà soulevé la problématique de la mauvaise santé buccodentaire des personnes ayant des déficits cognitifs modérés et sévères en mettant en évidence que les premiers avaient entre 3 fois plus de caries coronaires et 7 fois plus de caries de racine que le groupe en communauté. Cette étude a aussi permis de comprendre, en raison du grand intervalle de confiance entourant ces données, qu'il y avait une grande disparité du nombre de caries dentaires entre les individus appartenant aux groupes de personnes formant l'échantillon analysé (groupe d'aînés hébergés et ceux vivant en communauté).

## UNE RÉPONSE CIBLÉE

Depuis ce temps, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche en CHSLD a été mis sur pied. Des hygiénistes dentaires ont été engagés et des dentistes et denturologistes y ont pris également part. Cependant, malgré tous ces efforts déployés, l'amélioration des conditions buccodentaires des aînés hébergés tarde à se matérialiser et leur santé buccodentaire reste préoccupante.

La problématique étant multifactorielle, une solution unique ne peut à elle seule régler la situation. On observe, lors du vieillissement, une augmentation des maladies chroniques, des changements physiologiques et des variations du comportement qui amplifient la vitesse de dégradation de la santé buccodentaire. Une solution efficace doit inclure à la fois un plan de prévention intégré au lieu d'hébergement, adapté au déficit cognitif des personnes y vivant, une formation des intervenants avant de mettre en force ledit plan, et une prise en charge des soins individualisée

multicouche et précoce. Cette prise en charge individualisée débute par la détermination d'un plan d'intervention de base pour un patient coopératif qu'on adapte pour les patients moins coopératifs, en additionnant des étapes, des façons d'intervenir en couches successives, selon l'évaluation du comportement et de la coopération aux soins.

Le recours à la sédation ou l'anesthésie générale, qui comportent certains effets secondaires, reste l'exception. Elles ne devraient être instaurées que seulement après que toutes les autres étapes et façons d'intervenir aient été épuisées, ou que la situation d'intervenir soit urgente et que la personne ne coopère pas aux soins. On convient aussi que cette décision doit être en accord avec les niveaux de soins définis pour assurer le bien-être, le confort de la personne à traiter.

## UNE CONDITION DE SANTÉ COMPLEXE

Une personne atteinte de TNCM arbore souvent une situation médicale complexe qui influence son état de santé buccodentaire. Les personnes souffrant de TNCM reçoivent une panoplie de médicaments pour contrôler leurs comportements, leur humeur, diminuer leur agressivité, assurer leur sécurité et celles des autres résidents, faciliter leur intégration dans les unités. L'utilisation d'une médication antipsychotique en CHSLD chez les personnes atteintes de TNCM, bien que déconseillée par l'American Geriatrics Society dans son étude « Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication use in Older Adults » (American Geriatrics Society, 2023), ou indiquée seulement en dernier recours, est courante en milieu d'hébergement de longue durée au Canada pour contrôler le comportement. On observe aussi la prise d'anxiolytiques pour diminuer ces comportements. Avec l'âge, les maladies chroniques se multiplient dans ce groupe, nécessitant une polymédication ayant plusieurs effets secondaires pour les traiter et les contrôler. L'un des principaux effets de cette polymédication utilisée, qui concerne le personnel professionnel en santé buccodentaire, est la xérostomie (Barbe, 2018), qui augmente le risque carieux dans cette frange de population. Rappelons en effet que la salive contient des éléments protecteurs pour la santé buccodentaire, diminue le risque carieux et lubrifie les muqueuses. Cette perte de protection salivaire associée aux comportements précédemment signalés limite la coopération des personnes ayant un TNCM et augmente la résistance aux soins généraux, amplifiant ainsi la vitesse de dégradation de la santé buccodentaire.

## UNE DIFFICILE COLLABORATION AUX SOINS

La coopération aux soins buccodentaires quotidiens et curatifs des personnes atteintes de TNCM reste un élément central à résoudre pour atteindre un état de santé buccodentaire équivalent aux personnes du même âge sans enjeu cognitif. On observe que plus l'atteinte cognitive est importante, plus les intervenants rencontrent des difficultés à effectuer les soins d'hygiène buccodentaires quotidiens. En effet, les intervenants qui effectuent les soins d'hygiène buccodentaires quotidiens aux personnes atteintes de TNCM font souvent face à des personnes agressives et peu coopératives. Ces comportements limitent d'autant la réalisation des soins buccodentaires tant quotidiens que curatifs et mettent à mal le degré de réussite de l'enlèvement du biofilm dentaire qui est la cause principale de la dégradation de la santé buccodentaire. On observe donc très fréquemment chez ce groupe de personnes des bouches mal nettoyées, des dents couvertes de biofilm qui permettent l'explosion de l'activité carieuse et la dégradation rapide de leur état de santé buccodentaire.





Les personnes ayant un TNCM ont, depuis le début de leur atteinte, progressivement perdu de l'autonomie, ce qui a limité ou même stoppé leur capacité à effectuer de manière indépendante leurs soins d'hygiène buccodentaire quotidiens. Les soins d'hygiène buccodentaires quotidiens autoproduits sont habituellement plus efficaces pour retirer le biofilm sur les dents dans un contexte de pleine autonomie. Le tiers, qui prend en charge les soins d'hygiène buccodentaire d'une personne atteinte d'un TN, malgré sa pleine implication, sera rarement aussi efficace que la personne autonome. Le tiers aidant laissera du biofilm en place, et ce de plus en plus à mesure que le déficit cognitif augmente. On doit aussi savoir que les collations offertes aux personnes hébergées sont souvent constituées de boissons et d'aliments forts en sucre, ce qui amplifie d'autant l'activité carieuse dans cette situation. Les personnes hébergées ont souvent un petit appétit, ainsi la prise de ces collations, en plus d'affecter la santé buccodentaire, peut réduire l'apport nutritionnel nécessaire planifié en diminuant la quantité d'aliments pris aux repas.

### COMMENT OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE ?

Certains modes d'interventions non pharmacologiques permettent d'optimiser la prise en charge de personnes souffrant de TNCM. La prise en charge des personnes atteintes de TNCM débute par une meilleure connaissance des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) [Duron et al., 2010]. Ces signes sont observés fréquemment chez environ 80 % des personnes atteintes de TNCM. Anxiété, apathie, agitation verbale, errance, signes dépressifs, demandes répétitives, marmonnage, gestes agressifs, hallucinations, illusions, idées délirantes ne sont que quelques-uns de ces signes (Beck et al., 1998). Ces comportements dysfonctionnels, lorsque présents durant les interactions, ont un impact certain sur les intervenants et les professionnels en santé dentaire. Pour mieux gérer ces situations, certaines connaissances sur les différents TNCM, leurs présentations doivent être acquises et intégrées, de même que certains principes de communication aidante et de bienveillance dans les soins quotidiens.

### PRINCIPES DE COMMUNICATION APPROPRIÉS EN CAS DE TNCM

Dans un premier temps, et ensuite durant toute l'intervention, le personnel professionnel en santé buccodentaire doit d'abord capter l'attention de la personne à traiter puis la conserver en utilisant des principes de communication appropriés pour les personnes atteintes de TNCM (Abric, 2008). Pour réussir à capter son attention, le professionnel doit procéder par étapes consécutives basées sur le respect. Celles-ci débutent à la porte de la chambre en frappant et en demandant la permission d'entrer. Lorsque rendu dans la chambre, le professionnel ou la professionnelle s'assurera d'appeler la personne à prendre en charge par son nom de famille, d'utiliser le vouvoiement à moins d'avis contraire, d'éviter tout discours d'infantilisation tel que « bravo champion » ou toute autre familiarité inappropriée. En tout temps, le personnel professionnel doit avoir l'air accueillant en souriant et en prenant un ton calme dans ses interactions avec la personne à prendre en charge. On doit éliminer toute possibilité que la personne à traiter puisse développer une perception de menace dans les interactions. Il faut lui indiquer qui l'on est et les raisons qui amènent à venir la voir. Il faut se rappeler que les personnes atteintes de TNCM sont souvent méfiantes sans qu'il y ait d'élément qui le justifie. Il faut donc procéder par étapes dans l'approche, en évitant d'envahir trop rapidement son espace personnel. L'approche doit donc être progressive, en débutant doucement par un contact physique sur les mains, les bras, l'épaule lors des discussions débutantes. Ce contact rassure, il informe la personne à traiter que nos contacts physiques ne sont pas une menace à son intégrité. Il faut aussi en tout temps informer la personne à prendre en charge des actions précises que nous comptons faire, et ce pour toutes les étapes à effectuer. Par exemple, on doit l'informer que l'on s'apprête à toucher sa lèvre, à vérifier ses dents avec le miroir dentaire qu'on lui présente pour éviter qu'elle interprète la présence de ce dernier dans nos mains comme une arme contre elle, et ainsi de suite. Il est toujours très important de ne pas surprendre la personne, car elle pourrait ensuite se refermer sur elle-même, ce qui annulerait tous les progrès de rapprochement avec elle et pourrait terminer la séance actuelle. Même si la personne indique des informations qui sont fausses ou erronées, il n'est pas souhaitable de la confronter ou de la raisonner. Cette confrontation ne servirait qu'à nourrir une opposition peu constructive considérant l'objectif d'amener la personne à traiter à collaborer. Il faut au contraire nourrir la collaboration en la félicitant généreusement pour les étapes franchies avec succès.

## ÉCOUTE ACTIVE ADAPTÉE

Une stratégie apparentée consiste à offrir une écoute active adaptée où l'on stimule la personne à avoir une conversation réelle en donnant des rétroactions positives. Cette stratégie permet de développer un lien qui facilitera ensuite les objectifs de collaboration (Bourque et Voyer, 2021). Chez les personnes autoritaires ou dont le travail a été de prendre des décisions ou bien encore de donner des directives, des ordres au travail, un mode d'intervention efficace est de donner à la personne l'occasion de prendre des décisions par étape, en la guidant vers nos objectifs de traitement. Dans la stratégie décisionnelle, on demande à la personne à traiter s'il est possible de lui examiner la bouche, de nous aider en ouvrant la bouche plus grande, si elle nous permet d'aller vérifier plus au fond les dents postérieures avec le miroir.

## DIVERSION, RENFORCEMENT ET PAUSE

L'on rencontre des situations où la personne en traitement est envahie par des idées fixes qui modifient le comportement de coopération installé pour ou durant le traitement. Ces idées envahissantes peuvent souvent limiter ou stopper la poursuite d'un traitement en cours.

La diversion est alors une stratégie qui permet de retrouver la coopération de la personne en traitement. Pour y arriver, on amène un sujet autre que celui qui tourne en boucle dans la tête de la personne, en lien avec sa vie passée ou ses intérêts présents. Cette dernière n'a cependant aucun lien avec ce que nous tentons de faire ou avec le traitement dentaire en cours (Bourque et Voyer, 2021). Comme les personnes atteintes de TNCM ont des déficits cognitifs, de mémoire, de jugement à divers degrés, ce changement de thème fera en sorte que le patient ne s'opposera plus à la poursuite du traitement en oubliant les idées envahissantes qui limitaient la poursuite du traitement.

Lorsque la coopération de la personne s'arrête, une autre solution efficace apparentée est de prendre une pause du traitement amorcé pour ensuite amener la personne hors de l'environnement de la salle de traitement, attendre quelques minutes, puis retourner dans la salle de traitement pour reprendre les soins. Le fait de modifier l'environnement permet une réinitialisation des pensées, ce qui semble induire dans l'esprit de la personne que le retour dans la salle de traitement est une situation complètement nouvelle. On peut donc souvent reprendre le travail là où il s'était arrêté.

Une autre stratégie importante pour amener la personne à collaborer est de s'assurer durant tout le traitement que tout se passe bien pour elle. Cette stratégie permet à la personne d'exprimer des émotions, ce qui stabilise et renforce la relation créée avec elle.

L'un des principes de base les plus importants à retenir est qu'il ne faut jamais présumer de ce qu'une personne atteinte d'un TNCM comprend — ou non — lors des interactions. On doit expliquer à toutes les personnes ayant un TNCM les étapes à réaliser avant de débiter les soins. Tous les membres de l'équipe de soins doivent connaître et adhérer aux stratégies non pharmacologiques pour espérer obtenir un résultat optimal.

## MÉTHODE DISCONTINUE

Lorsqu'on administre des soins, l'on voit souvent la personne atteinte de TNCM se sentir perturbée lorsque ses capacités d'adaptation sont dépassées. Cette situation se produit habituellement lorsque la personne atteinte de TNCM se sent incapable de répondre aux commandes du soignant qui sont nécessaires pour sa participation aux soins à effectuer.

Quand la personne soignante détecte cette situation, elle doit immédiatement — mais momentanément — cesser les soins en cours. Elle doit à ce moment réviser la procédure envisagée et l'adapter à la vitesse à laquelle la personne atteinte de TNCM perçoit c'est-à-dire aux limites de tolérance de la personne à traiter. La personne soignante doit ainsi être sensible à tout changement d'attitude et de comportement, lorsque des signes d'angoisse et d'anxiété se manifestent. Elle doit alors utiliser une méthode discontinue, qui consiste à cesser tout mouvement et se mettre à rassurer la personne en utilisant un ton calme et doux, tout en maintenant un contact visuel avec la personne pendant 30 à 60 secondes (Bourque et Voyer, 2021). Après la pause, si le calme est revenu, le soignant peut reprendre les soins tout en restant dans les limites exprimées par la personne. Si la pause n'est pas suffisante, le soignant se retire et garde le silence. Il reprend ensuite les soins. Ainsi, après chaque période de 5 à 10 min de soins, il sera nécessaire de prendre une pause de 30 à 60 s et de féliciter la personne pour sa participation aux soins. Après cette pause, il est conseillé de représenter à la personne l'activité que l'on s'apprête à recommencer, pour qu'elle puisse se reconcentrer sur les gestes nécessaires à sa participation.

## QUE FAIRE EN CAS D'AGITATION ET DE REFUS?

Lorsque la personne devient agitée, c'est un signe que ses limites de tolérance au stress, à la fatigue et l'effort d'attention ont été dépassées. Après les pauses et après une ou plusieurs attentes supplémentaires pour tenter d'obtenir une collaboration, si la personne reste agitée et refuse la poursuite des soins, le soignant doit y mettre fin (Bourque et Voyer, 2021; MSSS, 2014). Le soignant doit cependant s'assurer de terminer les soins de manière sécuritaire qui minimise au maximum les conséquences sur la condition buccodentaire entreprise à finaliser. Par exemple, le soignant pourra, avant de terminer le soin, mettre dans la cavité dentaire débutée une obturation temporaire rapide à réaliser, ou dans le cas d'un détartrage important s'assurer d'éliminer les morceaux de tartre détachés libres dans la bouche qui pourraient être aspirés et causer une pneumonie d'aspiration. Immédiatement après la cessation des soins, l'on doit récompenser la personne par des attentions, un renforcement ou un plaisir qu'elle apprécie, pour que cette fin de relation soit positive et chaleureuse. En utilisant cette stratégie, le soignant doit avoir des objectifs réalistes avant de débiter et aussi planifier le travail à faire en étapes courtes et successives. Par exemple, diviser le détartrage en sextant comme unité de prestation à réaliser. Avant de débiter et même d'amener le patient au point de traitement, tous les instruments et matériaux doivent avoir été préparés au préalable pour espérer un succès.

Lorsque la personne soignante fait face à un refus de soins, elle se doit de suivre un processus systématique de décision qui mènera à un succès ou à un échec et l'arrêt du traitement, mais avec le moins de conséquences pour la personne atteinte d'un TNCM. Après avoir mis de l'avant la méthode discontinue sans succès, face à un refus de traitement, la personne soignante devrait envisager le changement d'intervenant si cette solution est disponible. Cette nouvelle personne aura une apparence différente, une voix différente, une approche différente du soignant précédent, différences qui pourraient avoir écho chez la personne atteinte de TNCM et mener au succès escompté du traitement planifié.

Si cette stratégie s'avère inefficace, et que l'intervention n'est pas absolument nécessaire, l'on devrait prendre la décision de la reporter à un meilleur moment. Si cependant l'intervention est essentielle pour la santé immédiate de la personne en traitement, et que l'inexécution de l'intervention mène à des risques ou des conséquences sur la santé ou la sécurité, l'on devrait procéder en 2 étapes. Première étape: prendre une longue pause de 20 à 45

min et retenter l'intervention. Seconde étape : vérifier les possibilités d'interventions cliniquement acceptables selon la condition rencontrée et choisir la plus facile à exécuter selon la tolérance de la personne en traitement. Lorsque toutes les stratégies non pharmacologiques ont été tentées sans succès, il devient acceptable de regarder les autres stratégies qui s'offrent. Les interventions pharmacologiques, la sédation et/ou l'anesthésie générale ne sont considérées qu'après avoir appliqué les stratégies non pharmacologiques sans succès.

## FACILITER LE DÉPISTAGE EFFECTUÉ PAR DES PROFESSIONNELS NON DENTAIRES

Il devient évident que la personne atteinte de TNCM présente des comportements, attitudes, caractéristiques qui amènent un défi majeur de prise en charge pour le personnel professionnel en santé buccodentaire. Pour ces raisons, les actions préventives en santé buccodentaire deviennent essentielles pour arriver à obtenir et maintenir une santé buccodentaire acceptable et stable, malgré la progression des atteintes cognitives des personnes ayant un TNCM. Pour ce faire, il devient à la fois urgent et essentiel de pouvoir dépister chez les personnes atteintes de TNCM ou en voie de le devenir, les problèmes de santé buccodentaire le plus précocement possible afin de minimiser l'importance et la complexité des interventions à faire pour les rendre simples et faciles à prodiguer aux personnes atteintes de TNCM. Pour ce faire, un outil de dépistage facile à utiliser par du personnel professionnel non dentaire doit être utilisé. L'outil canadien d'évaluation de la santé buccodentaire des personnes âgées a été développé pour le personnel professionnel non dentaire et il permet de dépister, à partir d'images de conditions buccodentaires normales, légèrement ou modérément anormales et sévèrement anormales, les anomalies buccodentaires présentes. Cet outil de dépistage est constitué de texte descriptif et d'images des conditions buccodentaires anormales les plus fréquentes chez les aînés, d'un guide d'interprétation, d'un guide d'utilisation, et d'une fiche d'évaluation. Les images présentées et la description littérale des conditions buccodentaires à évaluer facilitent pour le personnel professionnel non dentaire l'identification des conditions de la bouche normales et celles qui sont anormales. Ce personnel n'étant pas des professionnels dentaires, il n'a pas beaucoup d'expérience permettant de comprendre l'apparence normale et anormale des tissus de la bouche. C'est pourquoi les images présentées dans cet outil permettent de comparer l'état des tissus buccaux dépistés avec des exemples imagés du spectre de ce qui devrait être la normalité et ce qui est anormal, limitant les erreurs liées à l'inexpérience. Ce guide facile et simple d'utilisation ne requiert que quelques minutes d'apprentissage. Ces professionnels non dentaires étant déjà en poste dans les CHSLD, ils devraient pouvoir dépister et mettre en branle la prise en charge beaucoup plus précocement que par le canal traditionnel consistant à attendre qu'un professionnel dentaire réponde aux interrogations et valide les décisions du personnel professionnel de soins de santé et médicalisés en poste (outil disponible à l'adresse : <https://www.fmd.ulaval.ca/recherche/>).

Une autre stratégie essentielle à développer pour assurer la stabilité de l'état de santé buccodentaire des personnes atteintes de TNCM, est l'intensification des mesures préventives en ajoutant une mesure de contrôle chimiothérapeutique des caries. Ainsi, le brossage quotidien à l'aide de haute concentration de Fluor de sodium neutre en gel s'est avéré efficace dans une population vivant en CHSLD pour arrêter la progression des caries dentaires et même provoquer leur reminéralisation (Gargouri et Caron, 2016). Une autre étude a aussi permis de constater l'arrêt de la progression des caries, de la stagnation et reminéralisation lors du brossage des dents avec des gels contenant du xylitol (Mourog et Caron, 2018). Dernièrement, une étude à l'Université Laval par

notre groupe de recherche du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement (CESBV) semble prometteuse pour montrer une tendance à réduire la progression des caries dentaires lors de l'application du fluorure au diamine d'argent après 3 mois d'application.

## CONCLUSION

La lutte aux caries dentaires est un combat acharné où la brosse à dents seule ne pourra faire reculer ce fléau dans la population de personnes atteintes de TNCM. L'ajout d'un contrôle chimiothérapeutique de la carie devient essentiel pour stabiliser la situation. La problématique est multifactorielle, les professionnels en santé buccodentaire devront s'adjoindre leurs collègues des professions médicales pour espérer des avancées pour cette population. Ils devront travailler main dans la main pour dépister précocement les anomalies buccodentaires et prévenir à l'aide d'agent chimiothérapeutique le développement des caries dentaires dans cette population vulnérable.

Que la ténacité et la solidarité soient avec nous... Amen! ■

## Références

- Abrie, J.-C. (2008). *Psychologie de la communication – Théorie et méthodes* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin – Dunod, 2019 pour la nouvelle présentation.
- American Geriatrics Society. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults – By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*, 71(7), 2052-2081. Doi: [10.1111/jgs.18372](https://doi.org/10.1111/jgs.18372)
- Barbe, A. G. (2018). Medication-Induced Xerostomia and Hyposalivation in the Elderly: Culprits, Complications, and Management. *Drugs Aging*, 10(10):877-885. Doi: [10.1007/s40266-018-0588-5](https://doi.org/10.1007/s40266-018-0588-5)
- Beck C., Frank L., Chumblor N. R., O'Sullivan P., Vogelpohl T. S., Rasin J., Walls R., Baldwin B. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist*, 38(2):189-98. Doi: [10.1093/geront/38.2.189](https://doi.org/10.1093/geront/38.2.189)
- Bourque, M. et Voyer P. (2021). La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans M. Bourque et P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3<sup>e</sup> éd.), chap. 27, p. 462-463. Édition du Renouveau Pédagogique inc. (ERPI).
- Corbeil, P., Brodeur, J.-M. et Arpin, S. (2006). Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec – Rapport général (version corrigée). Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67447>
- Duron E., Wenisch E., Joucдар T., Rigaud A.-S., Seux M.-L., Boudali Y., Schwald N., Chahwakilian A. (2010). Formations des soignants et prise en charge des démences en unité de soins de longue durée. *Soins Gerontol*, (81):9-13. Doi: [SGER-01-02-2010-15-81-1268-6034-101019-200909480](https://doi.org/10.1268-6034-101019-200909480)
- Fischer, C. E., Namasivayam A., Crawford-Holland L., Hakobyan N., Schweizer T. A., Munoz D. G., Pollock B. G. (2022). Psychotic Disorders in the Elderly: Diagnosis, Epidemiology, and Treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 45(4):691-705. Doi: [10.1016/j.psc.2022.07.001](https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.07.001)
- Gargouri, N. et Caron, C. (2016). Impact du brossage dentaire au fluorure de sodium chez les personnes âgées en perte d'autonomie vivant en centre d'accueil. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, 53(1), 36-9.
- Grabher, B. J. (2018). Effects of Alzheimer Disease on Patients and Their Family. *J Nucl Med Technol*, 46(4):335-340. Doi: [10.2967/jnmt.118.218057](https://doi.org/10.2967/jnmt.118.218057)
- Hugo, J. et Ganguli M. (2014). Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med*, 30(3), 421-42. Doi: [10.1016/j.cger.2014.04.001](https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.001)
- Jones, J. A., Lavallee N., Alman J., Sinclair C., et Garcia, R. I. (1993). Caries incidence in patients with dementia. *Gerodontology*, 10(2):76-82. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.1993.tb00086.x>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06V.pdf>
- Mourog, O. et Caron, C. (2018). L'inclusion du xylitol dans le contrôle de la carie : une pratique à considérer dans une population en perte d'autonomie. *Journal de l'Ordre des dentistes du Québec*, 55(1), 18-23.
- Pérez, P. N., Trejo Ortega B. et Joshi, P. (2022). Cognitive Impairment in Older Adults: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 45(4):639-661. Doi: [10.1016/j.psc.2022.07.010](https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.07.010)
- Société Alzheimer du Canada. (2022). *Les troubles neurocognitifs au Canada: quelle direction à l'avenir?* [https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1\\_Societe-Alzheimer-Canada.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Etude-Marquante-rapport-1_Societe-Alzheimer-Canada.pdf)



# ÉVALUATION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE : EXAMEN DE LA PORTÉE

- M. H BAKKER<sup>1\*</sup>, M. J DE SMIT<sup>1</sup>, A. VALENTIJN<sup>1</sup> ET A. VISSER<sup>1,2</sup>

## RÉSUMÉ

Lorsqu'une personne âgée est fragilisée et qu'elle a besoin de soins complexes, elle ne peut plus vivre de manière autonome à domicile et sera donc peut-être admise dans une maison de soins infirmiers. Diverses études ont révélé que la santé buccodentaire de cette population est particulièrement mauvaise, ce qui peut causer de la détresse et nuire à la qualité de vie. De nombreuses définitions ou descriptions différentes de la santé buccodentaire sont actuellement en usage. En l'absence de paramètre d'évaluation cohérent, il est impossible de déterminer si la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée s'améliore ou se détériore au fil du temps, tout comme il est impossible de déterminer l'effet des interventions (préventives). Dans le contexte de la recherche d'un paramètre adéquat et cliniquement applicable pour évaluer la santé buccodentaire au sein de ce groupe de patients, cet examen de la portée vise à donner une vue d'ensemble des paramètres actuellement utilisés pour déterminer la qualité de la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Au total, 90 paramètres ont été relevés et 50 d'entre eux n'étaient utilisés que dans une étude. Seuls 4 paramètres étaient fréquemment utilisés (dans plus de 20 études). Le présent article aborde la pertinence de ces paramètres pour l'évaluation de ce groupe de patients. Pour faciliter la planification et l'impartition des projets de recherche et des soins aux patients, il faut en toute urgence adopter un paramètre adéquat et cohérent pour la détermination de la qualité de la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée.

## Mots-clés

santé buccodentaire, personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée, soins aux patients

© Le(s) auteur(s) 2024. **Libre accès :** Cet article est en libre accès selon la licence Creative Commons Attribution 4.0 International License, qui permet l'utilisation, le partage, l'adaptation, la distribution et la reproduction sur tout support ou dans tout format, à condition de citer les auteurs originaux et la source, de fournir un lien vers la licence Creative Commons et d'indiquer si des modifications ont été apportées. Les images ou le contenu de tiers figurant dans cet article font partie de la licence Creative Commons de l'article, sauf indication contraire dans une mention de source du contenu. Si le contenu n'est pas inclus dans la licence Creative Commons de l'article et que l'utilisation que vous souhaitez en faire n'est pas autorisée par la loi ou dépasse l'utilisation autorisée, vous devrez obtenir l'autorisation directement auprès du titulaire des droits d'auteur. Pour consulter une copie de cette licence, voir le site <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>. La politique de dédicace de l'œuvre au domaine public par renonciation de Creative Commons (<https://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/deed.fr>) s'applique aux données mises à disposition dans cet article, sauf indication contraire dans la mention de source des données.

## Correspondance

M.H Bakker [m.h.bakker@umcg.nl](mailto:m.h.bakker@umcg.nl)

<sup>1</sup> Department of Gerodontology, Center for Dentistry and Oral Hygiene, University Medical Center Groningen and University of Groningen, Groningen, The Netherlands

<sup>2</sup> Department of Gerodontology, College of Dental Sciences, Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

## CONTEXTE

Le nombre de personnes âgées augmente rapidement. On estime que d'ici 2050, la population du quatrième âge (80 ans ou plus) aura plus que triplé. Cette hausse aura des répercussions importantes sur les systèmes de santé, car les personnes âgées sont susceptibles d'être fragilisées et dépendantes des soins. La définition de la fragilisation est la vulnérabilité d'une personne âgée à l'altération soudaine de son état de santé en raison d'un déclin de sa fonction et de sa réserve physiologiques<sup>2</sup>. Très souvent, les personnes âgées fragilisées sont atteintes de plus d'une maladie chronique (comorbidité) et présentent des limitations dans leurs activités quotidiennes (incapacités)<sup>3</sup>.

Lorsqu'une personne âgée est fragilisée et qu'elle a besoin de soins complexes, elle ne peut plus vivre de manière autonome à domicile et sera donc peut-être admise dans une maison de soins infirmiers. Ces personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée ont souvent une mauvaise santé buccodentaire, la prévalence des caries dentaires et des racines résiduelles, accompagnées d'une mauvaise hygiène buccodentaire<sup>4-6</sup>, d'une sécheresse buccale, de douleurs buccales et d'une mauvaise fonction buccodentaire, étant élevée chez cette population<sup>7</sup>. Cet état peut être un facteur de risque important pour l'état de santé global et la qualité de vie<sup>8,9</sup>. Les cas de mauvaise santé buccodentaire, et notamment de maladie parodontale, sont global et la qualité de vie<sup>8,9</sup>. Les cas de mauvaise santé buccodentaire, et notamment de maladie parodontale, sont associés à plusieurs maladies systémiques chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, la polyarthrite rhumatoïde, les maladies inflammatoires de l'intestin, la maladie d'Alzheimer, la stéatose hépatique non alcoolique, certains cancers et la pneumonie de déglutition<sup>10,11</sup>. La perte ou la fracture de dents peut entraîner des problèmes de mastication qui ont des conséquences sur l'apport nutritionnel en raison de l'adoption d'une alimentation facile à mastiquer faible en protéines et en vitamines<sup>12</sup> et dont le résultat peut être la malnutrition<sup>13</sup>. Le maintien de la santé buccodentaire des personnes âgées fragilisées est donc essentiel au maintien de leur santé globale et de leur qualité de vie.

Un facteur de risque important de mauvaise santé buccodentaire est la prise de certains médicaments ou de certaines associations de médicaments, ce qui est fréquent chez les personnes âgées. Dans les cas de polypharmacie (c'est-à-dire la prise d'au moins 4 médicaments), le risque de sécheresse buccale est élevé<sup>14</sup>. Produire peu de salive ou une salive de mauvaise qualité augmente rapidement le risque de caries et de parodontite<sup>15,16</sup>. Parmi les autres facteurs de risque pouvant contribuer à la détérioration de la santé buccodentaire, notons les changements d'habitudes en matière de soins buccodentaires, dont les habitudes d'hygiène buccale personnelle. Près de la moitié (44 %) des personnes âgées fragilisées vivant à domicile ont déclaré qu'il était difficile pour elles de se rendre au cabinet du dentiste<sup>17</sup>. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer la réduction de la fréquence des visites au cabinet du dentiste : le manque d'énergie, les efforts perçus qui l'emportent sur les bienfaits perçus, la peur liée aux dentistes et le manque (perçu) de services de soins dentaires<sup>17,18</sup>. Pour les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée, se rendre chez le dentiste est encore plus difficile, car elles dépendent entièrement des soignants pour l'organisation des rendez-vous et pour leur hygiène buccale personnelle<sup>4</sup>.

Les patients âgés vivant dans un établissement de soins de longue durée sont donc particulièrement vulnérables et sont exposés à un risque élevé de détérioration rapide de leur santé buccodentaire. Étant donné l'augmentation rapide de la population âgée et la tendance à la conservation des dents naturelles jusqu'à un âge avancé, les problèmes de santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée ne feront que s'accroître. Au cours des dernières années, le nombre d'articles de recherche consacrés à la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée, la plupart portant sur la prévalence des problèmes de santé buccodentaire, a considérablement augmenté. Les résultats de toutes les études dans ce domaine sont comparables, à savoir que la mauvaise santé buccodentaire et la mauvaise hygiène buccodentaire sont omniprésentes chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Les recherches conçues comme des études cliniques visant à déterminer les résultats des mesures ou des interventions préventives en matière de santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée sont rares. En outre, les définitions ou descriptions de la santé buccodentaire varient d'une étude à l'autre sur la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Bien que la définition de la santé buccodentaire<sup>19</sup> fasse l'unanimité, l'absence de paramètre universel, ou d'une combinaison de paramètres universels, pour évaluer la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée rend impossible la comparaison des résultats des diverses études. Plus important encore, sans paramètre clair, il est impossible de déterminer si la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée s'améliore ou se détériore au fil du temps, tout comme il est impossible de déterminer l'effet des interventions (préventives). Étant donné le risque que représente une mauvaise santé buccodentaire pour la qualité de vie et le vieillissement en bonne santé physique et mentale, et compte tenu des objectifs récemment formulés par des institutions mondiales comme l'Organisation mondiale de la Santé et la Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)<sup>20</sup>, l'absence de paramètre clair est un problème de taille. Dans le contexte de la recherche d'un paramètre adéquat et cliniquement applicable pour évaluer la santé buccodentaire au sein de ce groupe de patients, cet examen de la portée vise à donner une vue d'ensemble des paramètres actuellement utilisés dans la documentation publiée pour déterminer la qualité de la santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée.

## MÉTHODOLOGIE

Cet examen de la portée a été réalisé conformément à la liste de contrôle PRISMA-ScR<sup>21</sup>.

Les bases de données MEDLINE, Cinahl et Cochrane Library ont été consultées entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 18 janvier 2024 pour trouver des articles de recherche portant sur la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Une combinaison de termes du thesaurus MeSH et de mots en texte libre a été utilisée :

1. Oral health
2. Elderly, aged
3. Nursing home, institutionalized

Puisque l'objectif de cette étude était de fournir une vue d'ensemble de toutes les recherches pertinentes sur la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée, mais que pratiquement aucune donnée de recherche antérieure aux années 1980 n'était disponible, le début de la période visée par l'étude a été fixé à 1970. La stratégie de recherche en ligne peut être consultée dans le fichier complémentaire 1.

**Critères de sélection:** articles originaux sur la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée dont le texte intégral était disponible en anglais ou en néerlandais. Si le texte intégral n'était pas disponible, une seule tentative de joindre les auteurs de l'article par courrier électronique était faite. Si les auteurs ne répondaient pas dans les 2 semaines, l'article était exclu. Les revues ont été dépouillées à la main pour y trouver des comptes rendus d'études pertinentes.

**Critères d'exclusion :** articles non originaux (c'est-à-dire des examens ou des études de validation), articles portant uniquement sur la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans la communauté, articles dont le texte intégral (en anglais ou en néerlandais) n'était pas disponible et articles dans lesquels la santé buccodentaire n'était pas clairement décrite. Sauf les examens et les études de validation, aucune étude n'a été exclue en raison de sa méthodologie. L'objectif principal de cette étude étant de déterminer les paramètres de la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée qui sont actuellement utilisés en recherche, les articles eux-mêmes n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité. La fiabilité inter-évaluateur n'a donc jamais été calculée.

Après une première vérification de la pertinence des résumés, des études ont été choisies selon les critères d'inclusion et d'exclusion. La vérification des résumés et le choix des articles selon les critères d'inclusion et d'exclusion ont été faits de façon indépendante par 3 chercheurs (AVa, MdS et MB). Les résultats ont ensuite été comparés et les différences ont été abordées. La décision d'inclure ou d'exclure un article devait être unanime. Si la décision n'était pas unanime, un quatrième chercheur (AVi) était consulté.

## Extraction des données

Toutes les populations étudiées étaient constituées de personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée, car il s'agissait d'un critère d'inclusion. L'évaluation de la santé buccodentaire est la principale variable pour laquelle des données ont été extraites. L'extraction des données a été effectuée en 3 exemplaires. Le nom de l'évaluation (par exemple DMFT ou CPITN), la description détaillée de l'évaluation et le nom de l'évaluateur étaient indiqués. Les paramètres de santé buccodentaire identifiés ont été classés en 3 catégories (paramètres objectifs, paramètres subjectifs ou paramètres combinés) et regroupés en subdivisions pour faciliter l'interprétation.

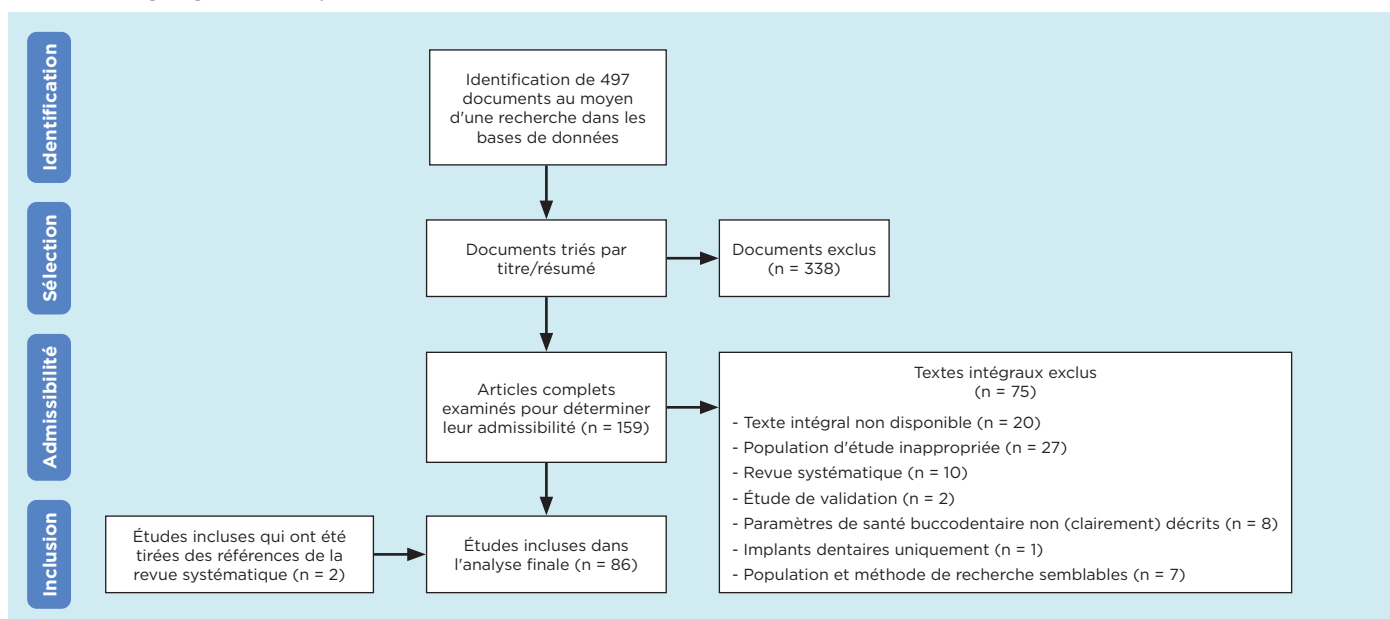
## RÉSULTATS

### Sélection des études

Le processus de sélection est illustré dans la figure 1. Au total, 497 articles ont été repérés (Medline  $n = 343$ , Cinahl  $n = 5$  et Cochrane Library  $n = 149$ ). Les doublons ( $n = 30$ ) ont été supprimés. Après avoir évalué leur titre et leur résumé pour déterminer leur pertinence, 308 autres articles ont été exclus. Le texte intégral des autres études a été évalué. Le texte intégral de 20 articles n'était pas disponible. Au total, 27 études ont été exclues, car leur population n'incluait pas de personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. Des revues systématiques ( $n = 10$ ) et des études de validation ( $n = 2$ ) ont également été exclues, mais 2 études<sup>22, 23</sup> tirées de la liste de références de la revue systématique de Rejnefelt et ses collaborateurs<sup>24</sup> ont été retenues. En tout, 8 études ont été exclues parce que les paramètres de santé buccodentaire n'étaient pas ou pas clairement décrits dans la méthodologie, et une étude a été exclue parce qu'elle ne portait que sur les implants dentaires.

En fin de compte, 91 études ont été retenues. Certaines des études retenues avaient été produites par le même groupe d'étude (mêmes auteurs) et avaient été menées auprès de la même population à l'aide du même protocole d'étude (c'est-à-dire que les mêmes paramètres étaient utilisés pour évaluer la santé buccodentaire). Pour éviter de fausser nos résultats, nous avons décidé de former un ensemble d'études par groupe étudié.

FIGURE 1. Organigramme du processus de sélection



Sur les 12 ensembles obtenus, 7 ont été exclus, pour un résultat de 5 ensembles d'études<sup>25-36</sup>. En tout, 86 études ont été incluses dans l'analyse.

Parmi les études menées au cours des décennies 1970-2010, 23 études ont été incluses, et parmi les études menées entre 2010 et 2023, 63 études ont été incluses. Cette augmentation traduit un intérêt accru pour le sujet au fil des ans. La plupart des études ( $n = 77$ ) ont été menées dans des pays à revenu élevé selon la classification 2022-2023 des pays en fonction de leurs revenus de la Banque mondiale<sup>37</sup>. Aucune étude n'a été menée dans un pays à faible revenu (pour plus de détails, voir les fichiers complémentaires 2 et 3).

## Paramètres de la santé buccodentaire

La définition ou la description de la santé buccodentaire, le ou les paramètres utilisés et le nombre d'études dans lesquelles chaque paramètre a été utilisé sont énumérés et décrits dans les tableaux 1, 2 et 3. Les catégories suivantes ont été définies :

### 1. Paramètres objectifs (tableau 1).

Les paramètres objectifs qualifient objectivement la santé buccodentaire (c'est-à-dire sans tenir compte de l'avis du patient). Ces paramètres se concentrent généralement sur un seul aspect de la santé buccodentaire. Les paramètres objectifs ont été subdivisés en 8 catégories pour faciliter l'interprétation ; 1. état de santé des dents ; 2. état de santé buccodentaire ; 3. paramètres

parodontaux, dont les indices de plaque, les indices de saignement et la présence de tartre ; 4. hygiène buccodentaire ; 5. paramètres liés aux prothèses dentaires ; 6. fonction buccodentaire ; 7. pathologie buccale ; 8. halitose.

### 2. Paramètres subjectifs (tableau 2).

Les paramètres subjectifs sont fondés sur des évaluations subjectives, par exemple la douleur buccale ou la capacité de mastication subjective. Les paramètres subjectifs ont été évalués à l'aide de questionnaires ou d'échelles de longueur variable remplis par le patient ou la personne qui s'en occupe. Les paramètres subjectifs sont subdivisés en 4 catégories : 1. sécheresse buccale ; 2. santé buccodentaire ; 3. douleur buccale ; 4. Fonction de mastication.

### 3. Paramètres combinés (tableau 3).

Les paramètres combinés sont fondés sur un éventail de paramètres objectifs et subjectifs combinés en un seul outil permettant de décrire la santé buccodentaire. Cette catégorie comprend des outils validés (OHAT, ROAG, BOHSE<sup>114, 117, 123</sup>) et des outils non validés (ADS, Oral Health Examination Status, RAI-MDS)<sup>121</sup>.

**TABLEAU 1 :** Paramètres objectifs

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION
<b>État de santé des dents</b>	<b>63</b>		
Indice CAOD: dents cariées, absentes et obturées	38	29, 35, 38-73	Indice CAOD - Selon si elles avaient ou non des dents et si elles portaient ou non des prothèses dentaires, les personnes âgées ont été classées dans les catégories suivantes: personne portant une prothèse dentaire complète, personne édentée ne portant pas de prothèse dentaire complète, personne partiellement édentée portant une prothèse dentaire et personne partiellement édentée ne portant pas de prothèse dentaire <sup>38</sup> - Y compris les caries radiculaires <sup>52</sup>
Indice CAOS(R): surfaces (radiculaires) cariées, absentes et obturées	3	60, 74, 75	Surfaces (radiculaires) cariées obturées
État de santé des dents (présence ou non et nombre de dents)	21	5, 27, 40, 45, 57, 71, 76-90	Présence (0 ou 1) de dents naturelles et/ou nombre de dents
Nombre de paires de dents correspondantes	6	27, 40, 69, 77, 79, 91	Nombre de paires de dents correspondantes fonctionnelles en contact statique
Traitements dentaires nécessaires	6	27, 29, 46, 56, 84, 92	- Grade 0: aucun traitement nécessaire, 1: traitement nécessaire <sup>27</sup> - Soins de restauration/prostodontie/extractions/soins urgents <sup>56</sup> - Traitement nécessaire: obturation/extraction/prothèse dentaire/autre <sup>29, 92</sup> - Traitement nécessaire: présence de racines résiduelles, de dents cariées, d'altérations suspectes de la muqueuse ou d'enflure <sup>46</sup> - Traitement nécessaire: traitement préventif, traitement courant, traitement non urgent, traitement urgent ou traitement d'urgence immédiate <sup>72</sup> - Traitement simple/complexé, traitement dentaire, extractions <sup>84</sup>
Évaluation du risque dentaire	1	63	L'évaluation du risque dentaire individuel reposait sur l'attribution d'un score de 1 à 4 selon le risque général (santé globale, conformité), le risque technique (soins dentaires antérieurs), le risque de carie dentaire et/ou le risque de parodontite
Indice de carie radiculaire	5	39, 50, 74, 86, 93	Grades 1 à 5 sur la face buccale des dents
Caries radiculaires et/ou coronaires	12	35, 51, 56, 72, 75, 76, 83-85, 90, 94, 95	Nombre de dents présentant des caries radiculaires et/ou coronaires
Indice de fonctionnalité dentaire clinique	1	96	Score fondé sur le nombre de paires de dents correspondantes et leur répartition équitable entre les mâchoires

**TABLEAU 1:** Paramètres objectifs (suite)

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION
<b>État de santé buccodentaire</b>			
4			
État de santé buccodentaire, entretien buccodentaire, état buccodentaire	3	87, 92, 97	- L'état de santé buccodentaire a été jugé mauvais/moyen/bon selon plusieurs aspects cliniques (visites au cabinet du dentiste/état de la muqueuse buccale/présence ou non de dents) <sup>97</sup> - Le soin des dents, des muqueuses et des prothèses dentaires a été jugé bon/moyen/mauvais <sup>92</sup> - Présence de problèmes de santé buccodentaire: gingivite, caries, fracture dentaire <sup>87</sup>
Indice de santé buccodentaire	1	71	Un indice de santé buccodentaire a été créé: de 0 à 9, il correspond à la somme de tous les paramètres. Un indice de santé buccodentaire inférieur à 3 est acceptable; un indice supérieur à 6 correspond à un besoin important de soins buccodentaires. Paramètres: caries/racines résiduelles, parodontite, hygiène buccodentaire et prothèses dentaires
<b>Paramètres parodontaux</b>			
42			
État du parodonte, selon le CPITN ou le CPI	15	32, 39, 46, 48, 51, 56, 61, 62, 64, 65, 67, 74, 85, 86, 98	CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs [indice communautaire parodontal des traitements nécessaires]): outil de dépistage permettant d'évaluer la présence ou l'absence de poches parodontales, de tartre et de saignement gingival CPI (Community Periodontal Index [indice communautaire parodontal]): version modifiée du CPITN
Paramètres parodontaux, selon les critères du National Institute of Dental Research	1	53	Présence de plaque dentaire, de saignement, de tartre, de récession gingivale, de poches, d'anomalies du niveau d'attachement
Indice d'évaluation (et de notation) de l'état du parodonte	3	44, 58, 59	Score de 0 à 4 pour chaque sextant, selon le résultat de l'évaluation de la profondeur des poches parodontales et l'importance du saignement conséquent
Évaluation de la profondeur des poches	1	55	Évaluation mésiale et distale de tous les éléments, scores groupés en < 4 mm, = 4 mm et > 4 mm
Évaluation de l'état du parodonte	1	45	État du parodonte décrit par la présence de tartre et de saignement au sondage
Indice néerlandais d'état du parodonte	1	71	Un score est attribué à chaque sextant en fonction de la profondeur des poches (0-4); le score le plus élevé est le score à l'indice d'évaluation de la profondeur des poches du patient
Score à l'indice d'évaluation de l'étendue et de la gravité	1	52	Score attribué au parodonte, selon l'étendue (< 30% correspond à une atteinte locale, > 30% correspond à une atteinte généralisée) et la gravité (niveau d'attachement clinique léger [1-2 mm], modéré [3-4 mm] ou grave [5 mm])
Maladie parodontale/mobilité dentaire	2	45, 76	Mobilité dentaire, selon la classification de Miller
Mobilité dentaire	1	55	Mobilité dentaire de grade 1: mobilité horizontale < à 1 mm; grade 2: mobilité comprise entre 1 et 2 mm; grade 3: mobilité > 2 mm
Indice de tartre	5	39, 43, 45, 86, 94	- Indice de Volpe-Manhold <sup>39, 86</sup> - Indice de tartre de 0-3 <sup>43</sup> - Présence/absence de tartre <sup>45</sup> - Coefficient de tartre moyen <sup>94</sup>
Évaluation de la gingivite et de la parodontite	1	95	Profondeur des poches > 5,5 mm, saignement, suppuration et/ou mobilité dentaire de classe III
Indice de plaque	21	5, 32, 39, 41, 50, 55, 58-60, 71, 72, 80-82, 86, 88, 93, 94, 99-101	- Indice de plaque de grades 0-3 <sup>39, 41, 50, 60, 71, 80, 86, 88, 94, 99, 101</sup> - Indice de plaque de grades 0-2 <sup>5</sup> - Indice de plaque modifié <sup>62</sup> - Indice de Quigly-Hein de grades 0-5 <sup>58, 86</sup> - Indice de plaque muqueuse - personnes dentées + personnes édentées, grades 1-4 <sup>93, 100</sup> - Enregistrement du contrôle de la plaque ou score à l'indice de plaque buccale dans toute la bouche (à l'aide de l'indicateur de plaque, pourcentage calculé) <sup>32, 41, 59</sup> - Indice de plaque approximatif déterminé en pourcentage <sup>55</sup>
Indice de saignement	7	32, 35, 45, 55, 86, 93, 98	- Indice de saignement du sillon modifié, grades 0-3 <sup>93</sup> - Indice de saignement papillaire <sup>86</sup> - Indice de saignement gingival <sup>32, 35, 98</sup> - Présence de saignement après sondage <sup>45</sup> - Indice de saignement du sillon <sup>55</sup>
Indice gingival/de gingivite	12	39, 50, 60, 62, 72, 73, 80, 82, 86, 88, 99, 102	- Aspect visuel de l'inflammation, grades 0-2/0-3 <sup>39, 50, 60, 62, 72, 73, 80, 86, 88, 99, 102</sup> - Indice gingival modifié <sup>73, 82</sup>



**TABLEAU 1:** Paramètres objectifs (suite)

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION
<b>Hygiène buccodentaire</b>	<b>23</b>		
Indice d'hygiène buccodentaire	10	40, 43, 46, 47, 49, 54, 73, 83, 86, 102	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indice d'hygiène buccodentaire : combinaison de l'indice de débris et de l'indice de tartre pour 12 surfaces dentaires - grades 0-3<sup>49, 86</sup></li> <li>- Indice simplifié d'hygiène buccodentaire : ne porte que sur 6 surfaces dentaires<sup>40, 43, 54, 73, 83, 102</sup></li> <li>- Indice modifié d'hygiène buccodentaire : somme du résultat moyen à l'indice de débris et à l'indice de tartre<sup>46</sup></li> <li>- UM-OHI (University of Mississippi Oral Hygiene Index [indice d'hygiène buccodentaire de l'Université du Mississippi]) : permet de déterminer la quantité de plaque dans 12 zones à l'aide d'un agent révélateur<sup>47</sup></li> </ul>
Indice d'hygiène des prothèses dentaires	8	32, 40, 41, 55, 58, 81, 83, 98	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats excellents, moyens, mauvais<sup>40, 83</sup></li> <li>- Pourcentage de 0-100 %<sup>32, 41, 81, 98</sup></li> <li>- Attribution d'un score à la surface dentée/muqueuse en contact avec les prothèses dentaires, score maximal de 10<sup>55</sup></li> </ul>
Propreté des prothèses dentaires	1	90	La propreté des prothèses dentaires était définie comme bonne, moyenne ou mauvaise
Indice de biofilm sur les prothèses dentaires	1	101	Score de 0-4 pour la présence de biofilm sur les prothèses dentaires dans 5 zones
Débris alimentaires/indice de débris	5	40, 43, 83, 86, 90	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Débris alimentaires après le rinçage, échelle de 6 points<sup>86</sup></li> <li>- Indice de débris, de 0-3<sup>40, 43, 83, 90</sup></li> </ul>
Indice de dépôt sur la langue	2	76, 99	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étendue du dépôt sur la langue, grades 0-4<sup>99</sup></li> <li>- Utilisation de la classification de Miyazaki<sup>76</sup></li> </ul>
Évaluation de l'hygiène buccodentaire, selon le degré d'autonomie	1	92	Mesure dans laquelle le patient peut pratiquer l'hygiène buccodentaire de manière autonome
Autonomie pour ce qui est des soins buccodentaires	1	76	Capacité de pratiquer soi-même l'hygiène buccodentaire
État de l'hygiène buccodentaire	2	35, 87	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence de tartre, de plaque et de saignement gingival fait l'objet d'une évaluation subjective, selon le jugement du dentiste, pour évaluer l'état de l'hygiène buccodentaire<sup>35</sup></li> <li>- Score attribué à l'hygiène buccodentaire en fonction de la présence et de la quantité de tartre<sup>87</sup></li> </ul>
<b>Paramètres liés aux prothèses dentaires</b>	<b>35</b>		
Présence de prothèses dentaires	23	27, 29, 38, 40, 42, 45, 48, 51, 60, 64, 65, 67, 70, 73, 77, 78, 81, 85-87, 90, 91, 103	Présence ou absence de prothèses dentaires amovibles
Ajustement ou état des prothèses dentaires	10	5, 51, 52, 56, 71, 84, 86, 94, 97, 104	Ajustement des prothèses dentaires amovibles
Présence et rétention/stabilité	2	75, 79	Présence et rétention/stabilité des prothèses dentaires amovibles
Type, ajustement et état des prothèses dentaires	1	49	Type, ajustement et état des prothèses dentaires amovibles, selon la classification de Vigild
Qualité des prothèses dentaires	1	85	Score attribué à la qualité des prothèses dentaires amovibles, selon une échelle de gravité
Prothèse dentaire nécessaire	1	72	Précision : aucune prothèse dentaire nécessaire (0), prothèse dentaire complète nécessaire (1), prothèse dentaire partielle nécessaire (2), réalignement de prothèse dentaire nécessaire (3)
<b>Fonction buccodentaire</b>	<b>9</b>		
Efficacité de la mastication	3	27, 38, 59	Vingt cycles de mastication de gomme à mâcher bicolore; après l'aplatissement, la gomme a été examinée et soumise à une analyse colorimétrique <sup>38, 59</sup> ; un score pouvait aussi être attribué (grades 1-5) <sup>27</sup>
Indice de fonctionnalité dentaire clinique	1	96	Le score à l'indice de fonctionnalité dentaire clinique est fondé sur la répartition équitable des contacts fonctionnels dans les mâchoires supérieure et inférieure
Seuil de déglutition	1	38	Nombre de cycles de mastication effectués par le patient pour mâcher une portion d'arachides rôties non salées
Test de déglutition	1	76	Test de déglutition effectué avec 3 mL d'eau froide, suivi de 2 déglutitions (grades 1-5)
Sécheresse buccale	1	93	Nombre de cycles de mastication effectués par le patient pour mâcher une portion d'arachides rôties non salées

**TABLEAU 1:** Paramètres objectifs (suite)

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION
<b>Fonction buccodentaire (suite)</b>			
<b>9</b>			
Sécheresse buccale (test de détermination du degré d'humidité de la bouche)	1	76	Évaluation de la sécheresse buccale à l'aide d'un nouveau test de détermination du degré d'humidité de la bouche (classes 0-3)
Sécrétion salivaire/IgA salivaires, pH/halitose et ouverture de la bouche	1	105	Tous les paramètres ont été évalués conformément aux lignes directrices
Taux de production salivaire	1	53	Le taux de production salivaire non stimulé et le taux de production salivaire stimulé ont été déterminés à l'aide d'une coupe Carlson-Crittenden modifiée
Test de Krogh-Poulsen	1	46	Test réalisé à l'aide d'un abaisse-langue mince visant à repérer les dents fissurées, les prothèses dentaires endommagées, les surfaces occlusales et les douleurs articulaires
<b>Pathologies buccales</b>			
<b>16</b>			
Stomatite, présence de stomatite liée aux prothèses dentaires	3	48, 83, 102	Stomatite prothétique (grades I-III) <sup>48</sup> Présence de stomatite prothétique <sup>83, 102</sup>
Prévalence des lésions buccales	1	87	Présence ou combinaison des lésions suivantes : candidose, ulcère aphteux, chéilite, fistule, abcès, lésion rouge ou blanche, sécheresse buccale
Présence de lésions buccales	1	49	Présence ou absence de pathologies buccales, par exemple enflure, trajet fistuleux, ulcération et stomatite
Lésions des muqueuses	1	85	Présence de lésions des muqueuses : stomatite généralisée, ulcères liés aux prothèses dentaires ou types d'ulcères différents
Présence de pathologies buccales	1	50	Stomatite prothétique, chéilite commissurale, ulcération buccale, langue scrotale, lésions rouges ou blanches
Présence d'une pathologie des muqueuses	1	51	Ulcération, leucoplasie, chéilite commissurale, lésions fibreuses, stomatite prothétique
Lésions de la muqueuse buccale	1	56	Lésions de la muqueuse buccale, anomalies dentaires, troubles osseux
Tissu mou de la bouche	1	90	Les tissus mous de la bouche sont examinés pour détecter l'érythème, la plaque muqueuse, la glossite atrophique, la candidose pseudomembraneuse, la stomatite, la gingivite, l'hyperplasie liée aux prothèses dentaires et l'ulcération liée aux prothèses dentaires
Lésions des tissus mous	1	104	Présence de lésions des tissus mous
Échelle d'évaluation des muqueuses	1	53	Présence de lésions érythémateuses ou leucoplasiques, d'ulcérations et d'érosions
État de la muqueuse buccale	1	97	Présence de stomatite liée aux prothèses, d'hyperplasie papillaire inflammatoire, de candidose atrophique chronique
Altérations de la muqueuse buccale	1	55	Altérations de la muqueuse buccale (sans autre précision)
Traitement nécessaire de la muqueuse buccale ou des gencives	1	92	Résultat de l'évaluation de l'état de la muqueuse (bon, moyen, mauvais)
Échelle des anomalies du tissu buccal	1	94	D'après Roed Peterson et Renstrup <sup>106</sup> ; détermination par un examinateur de la présence d'anomalies tissulaires; le nombre d'anomalies a été additionné pour donner le score d'anomalies du tissu buccal
<b>Halitose</b>			
<b>2</b>			
Odeur buccale	2	107	L'odeur buccale est examinée en demandant au patient d'ouvrir la bouche et de faire le son « ah » pendant 5 secondes (score de 0-4)
Halitose		76	L'halitose a été classée en 6 catégories; les scores de 3 à 5 indiquaient la présence d'halitose

**TABLEAU 2:** Paramètres subjectifs

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION
<b>Sécheresse buccale</b>			
(S)XI ([Summated] Xerostomia Inventory, ou inventaire sommatif de la xérostomie)	2	40, 79	Le patient attribue un grade de 1-3 à 11 ou 5 éléments (sensation d'avoir la bouche sèche, difficulté à manger des aliments secs, difficulté à avaler des aliments, sensation d'avoir les lèvres sèches)
Échelle visuelle analogique de la xérostomie	1	86	Échelle visuelle analogique permettant de quantifier la sécheresse buccale (0-10)
Symptômes de sécheresse buccale et fonction motrice buccale	1	105	Échelle de Likert permettant d'évaluer la sécheresse buccale et la fonction motrice
Échelle de sécheresse buccale	1	94	Réponse à 4 questions sur la sécheresse buccale par oui ou par non
<b>Santé buccodentaire</b>			
Symptômes buccodentaires	1	78	Difficulté à mastiquer et à avaler, sécheresse buccale
Évaluation de la santé buccodentaire	1	108	Questionnaire standardisé sur les difficultés à manger et à mastiquer et sur la xérostomie
Échelle de fonction buccodentaire et auto-évaluation des problèmes buccodentaires et de l'hygiène buccodentaire	1	94	Degré de satisfaction à l'égard du fonctionnement buccodentaire (1-5) et questionnaires sur les problèmes buccodentaires et l'hygiène buccodentaire
Questionnaire sur les symptômes buccodentaires	1	57	Symptômes buccodentaires: dents sensibles, maux de dents, dents cassées, dents absentes, saignement des gencives, sécheresse buccale, sensation de brûlure dans la bouche, lèvres sèches
Affections buccales	1	88	Questions sur les sujets suivants: douleur dans la bouche, saignement des gencives, mobilité dentaire, mauvaise haleine, sensation de brûlure des muqueuses, excès de salive ou sécheresse buccale, difficultés de déglutition, douleur à l'articulation temporo-mandibulaire
Santé buccodentaire	2	64, 67	Questionnaire sur les affections buccodentaires subjectives: problèmes de dents, problèmes de gencives, opinion sur l'état buccodentaire
Questionnaires OHIP et/ou GOHAI	7	61, 64, 65, 67, 72, 100, 101	OHIP: Oral Health Impact Profile (profil de l'impact sur la santé buccodentaire): 14 questions permettant d'évaluer la limitation fonctionnelle, l'inconfort et l'incapacité auto-déclarés liés aux affections buccodentaires GOHAI: Geriatric Oral Health Assessment Index (indice d'évaluation de la santé buccodentaire des personnes âgées): 12 questions permettant d'évaluer la perception de la santé buccodentaire
Liste de contrôle pour les visites au cabinet du dentiste	1	97	Liste de contrôle comprenant le nombre de visites au cabinet du dentiste au cours des 2 dernières années et le motif de la dernière consultation
<b>Douleur buccale</b>			
Présence d'une douleur buccale au cours des 4 dernières semaines	1	49	Présence d'une douleur buccale
Échelle de douleur orofaciale pour les personnes non verbales	1	40	Échelle de douleur orofaciale pour les personnes non verbales
Douleur à une dent/à la mâchoire	1	109	Présence d'une douleur à une dent ou à la mâchoire
Douleur buccale	1	46	Douleur buccale ressentie au cours de la dernière année
Problèmes dentaires	1	84	Présence de problèmes dentaires
<b>Fonction de mastication</b>			
Difficulté à mastiquer (échelle visuelle analogique de 0-10)	1	59	Échelle visuelle analogique permettant d'évaluer les difficultés à mastiquer

**TABLEAU 3 :** Paramètres combinés

ÉVALUATION	NOMBRE D'ÉTUDES	ÉTUDES (RÉFÉRENCES)	DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION	VALIDATION
OHAT	8	27, 41, 103, 107, 110-113	Oral Health Assessment Tool (outil d'évaluation de la santé buccodentaire) Score de 0-2, où 0 = bon état, 1 = état altéré et 2 = mauvais état, attribué à 8 catégories (lèvres, langue, gencives et tissus, salive, dents naturelles, prothèses dentaires, hygiène buccale et douleur dentaire)	Oui <sup>14</sup>
ROAG-J	5	25, 80, 81, 115, 116	Revised Oral Assessment Guide - Jonkoping (guide révisé d'évaluation buccodentaire - Jonkoping) Évaluation de la santé buccodentaire par l'évaluation de l'état de la voix, des lèvres, de la muqueuse buccale, de la langue, des gencives, des dents, de la salive, de la déglutition, des prothèses dentaires/implants (grades 0-3)	ROAG: oui <sup>17</sup>
ADS	1	118	ADS (Asymptomatic Dental Score [score dentaire asymptomatique]) - somme des pathologies buccales : caries dentaires ou mâchoire édentée (grades 0-3), gingivite (grades 0-1), racines résiduelles (grades 0-2), nombre de dents avec poches (grades 0-3); score ADS faible: 0-2; score ADS modéré: 3-4; score ADS élevé: 5-9	Non
Oral health examination instrument (outil d'évaluation de l'état de santé buccodentaire)	1	109	Outil fondé sur l'OHAT et l'Oral Health Module (module sur la santé buccodentaire) Questions sur la santé des lèvres, l'odeur de l'haleine, l'aspect de la salive, le nombre de dents naturelles, l'inflammation gingivale, la douleur aux dents et à la mâchoire, la présence de prothèses dentaires, l'ajustement et l'hygiène des prothèses dentaires, l'état des muqueuses et les anomalies de la santé buccodentaire	Non
RAI-MDS	3	96, 119, 120	Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set (outil d'évaluation des résidents - ensemble minimal de données) Problèmes de santé buccodentaire concernant la mastication, la déglutition, la douleur, les débris, les prothèses dentaires, les dents perdues, les dents cassées, les gencives enflammées, l'hygiène buccodentaire quotidienne	Non concluant <sup>21</sup>
BOHSE	1	122	Brief Oral Health Status Examination (examen bref de l'état de santé buccodentaire) : score attribué à 10 éléments pour déterminer l'état de santé buccodentaire (lèvres, langue, tissu de l'intérieur de la joue, du plancher de la bouche et du palais, gencives entre les dents, salive, état des dents naturelles, état des dents artificielles, paires de dents correspondantes, hygiène buccodentaire) sur une échelle de 3 points	Oui <sup>23</sup>

Tous les paramètres mentionnés sont décrits en détail ci-dessous :

**1. Paramètres objectifs (tableau 1).**

**État de santé des dents**

Au total, 45 études portaient sur l'état de santé des dents. L'état de santé des dents était souvent déterminé à l'aide de l'indice de dents/surfaces cariées, absentes et obturées (CAOD/S). Le CAOD/S a été utilisé dans 38 études<sup>29, 35, 38-73</sup>. Cet indice rend compte de l'état de santé buccodentaire en déterminant le nombre de dents cariées, absentes et/ou obturées. Dans certaines études, l'indice CAOD était utilisé pour classer les états de santé buccodentaire: dentition naturelle sans prothèse dentaire ou personne partiellement édentée portant ou non une prothèse dentaire<sup>38</sup>. Les caries radiculaires peuvent également être ajoutées à l'indice<sup>52</sup>. L'indice des surfaces (radiculaires) cariées et obturées peut être considéré comme une solution de rechange à l'indice CAOD/S si on ne tient pas compte des surfaces « absentes », mais qu'on tient compte des surfaces radiculaires<sup>60, 74, 75</sup>. L'évaluation au moyen de ces indices doit être faite par un professionnel dentaire. Un autre critère d'évaluation utilisé pour déterminer l'état de santé des dents était la présence et le nombre de dents. Ce critère a été utilisé dans 21 études<sup>5, 27, 40, 45, 57, 71, 76-90</sup>. Dans certaines études, il a été combiné au décompte du nombre de paires de dents correspondantes fonctionnelles en contact statique<sup>27, 40, 69, 77, 79, 91</sup>. Dans certaines études, l'évaluation de l'état de santé des dents reposait uniquement sur la présence de caries. L'état était déterminé soit par l'indice de caries radiculaires<sup>39, 50, 74, 86, 93</sup>, soit par le nombre de dents présentant des caries radiculaires et/ou coronaires<sup>35, 51, 56, 72, 75, 76, 83-85, 90, 94, 95</sup>. Une autre méthode d'évaluation de l'état de santé des dents était les traitements dentaires nécessaires<sup>27, 29, 46, 56, 84, 92</sup>.

La méthode différait d'une étude à l'autre: elle se limitait parfois à l'attribution d'un score de 0 (aucun traitement nécessaire) ou de 1 (traitement nécessaire)<sup>27</sup>. Parfois on précisait le type de traitement nécessaire<sup>29, 46, 56, 92</sup> et parfois on précisait si le traitement nécessaire était simple ou complexe<sup>84</sup>. L'évaluation des risques dentaires, méthode permettant d'évaluer les risques dentaires individuels selon des facteurs de risque généraux et techniques et selon le risque de caries dentaires et de parodontite, a été utilisée dans une étude<sup>63</sup>.

**État de santé buccodentaire**

L'état de santé buccodentaire a été utilisé dans 4 études<sup>71, 87, 92, 97</sup> à l'aide de 4 méthodes différentes. Dans une étude, l'état de santé buccodentaire a été évalué à l'aide d'une combinaison d'éléments cliniques (auxquels un score était attribué par un professionnel dentaire) et d'une liste de contrôle pour les visites au cabinet du dentiste<sup>97</sup>. L'état était classé dans 3 catégories (bon, moyen ou mauvais), selon les manifestations cliniques. Par exemple, les patients édentés ne portant pas de prothèse dentaire ont été classés dans la catégorie « mauvais », tandis que les patients partiellement édentés ayant 20 paires de dents en contact ont été classés dans la catégorie « bon ». L'entretien buccodentaire a été évalué dans une étude. Le dentiste a déterminé si l'entretien buccodentaire était bon, moyen ou mauvais<sup>92</sup>. Aucune autre précision n'a été fournie. La présence de problèmes de santé

buccodentaire, soit la présence de gingivite, de caries dentaires ou de fractures dentaires, a été évaluée dans la 3<sup>e</sup> étude<sup>87</sup>. Les chercheurs de la quatrième étude ont créé un indice de santé buccodentaire reposant sur l'attribution d'un score de 0 à 9 en fonction des paramètres suivants : caries dentaires ou racines résiduelles, état du parodonte, hygiène buccodentaire et prothèses dentaires<sup>71</sup>.

## Paramètres parodontaux

Parmi les nombreux paramètres utilisés pour définir la santé buccodentaire, des paramètres parodontaux ont été utilisés dans 42 études. Ces paramètres sont subdivisés en outils d'évaluation de l'état du parodonte, en indices de plaque ou de tartre et en indices de saignement ou de gingivite.

## Outils d'évaluation de l'état du parodonte

L'indice CPITN a été utilisé dans 15 études<sup>32, 39, 46, 48, 51, 56, 61, 62, 64, 65, 67, 74, 85, 86, 98</sup>. Le CPITN a été conçu comme outil de dépistage permettant aux professionnels dentaires d'obtenir rapidement un aperçu de l'état du parodonte du patient<sup>124</sup>. Le CPITN divise la dentition en sextants et attribue à ces sextants un score de santé du parodonte.

D'autres outils d'évaluation du parodonte ont été utilisés dans 11 études : évaluation selon les critères du National Institute of Dental Research<sup>53</sup>, indice d'état du parodonte<sup>44, 58, 59</sup>, indice néerlandais d'état du parodonte<sup>71</sup>, indice d'évaluation de l'étendue et de la gravité<sup>52</sup> et score à l'indice de Miller<sup>45, 76</sup>.

- Critères du National Institute of Dental Research : examen de 6 dents, sur 6 faces, détermination de la présence ou de l'absence de plaque dentaire, de saignement gingival et de tartre supra-gingival et sous-gingival, et détermination de la profondeur des poches par sondage<sup>53</sup>.
- Indice d'évaluation de l'état du parodonte<sup>26</sup> : évaluation de 6 points par dent et par sextant par l'attribution d'un score de 0 à 4 en fonction de la profondeur des poches, du saignement au sondage et du tartre.
- Indice d'évaluation de l'étendue et de la gravité<sup>52</sup> : score attribué à l'état du parodonte en fonction de l'étendue de la parodontite (perte d'attache clinique jugée légère [1-2 mm], modérée [3-4 mm] ou grave [5 mm]).
- Indice néerlandais d'état du parodonte<sup>71</sup> : un score est attribué à chaque sextant en fonction de la profondeur des poches (0-4). Le score le plus élevé par sextant est retenu.
- Score à l'indice de Miller ; évaluation de la mobilité dentaire (grades 0-3). Ce résultat est utilisé comme marqueur de problèmes parodontaux graves<sup>45, 76</sup>. Dans une étude, le score à l'indice de Miller n'a pas été utilisé pour évaluer la mobilité dentaire, mais a principalement mis en évidence les cas de mobilité horizontale inférieure à 1 mm (score de 1), comprise entre 1 mm et 2 mm (score de 2) ou supérieure à 2 mm (score de 3)<sup>76</sup>. Le score à l'indice de Miller a également été combiné à d'autres paramètres, comme la présence de tartre et le saignement au sondage<sup>45</sup>.

- Parmi les autres outils utilisés, certains permettaient de déterminer la profondeur des poches<sup>55</sup>, d'évaluer l'état du parodonte, selon la présence ou l'absence de tartre et de saignement au sondage<sup>45</sup>, ou de conclure à la présence d'une gingivite en mesurant la profondeur des poches et en évaluant le saignement, la suppuration et/ou la mobilité dentaire de classe III<sup>95</sup>.

## Indices de plaque

Des indices de plaque permettant de décrire la santé buccodentaire ont été utilisés dans 21 études<sup>5, 32, 39, 41, 50, 55, 58-60, 71, 72, 80-82, 86, 88, 93, 94, 99-101</sup>. L'indice de plaque (modifié), fondé sur des grades de 0-3, distingue les cas variant de l'absence de plaque à la présence de couches visibles de plaque<sup>39, 41, 50, 60, 71, 80, 86, 88, 94, 99, 101</sup>. Un indice plus détaillé était l'indice de plaque de Quigley-Hein, qui couvre toutes les dents à l'exception des 3<sup>e</sup> molaires<sup>58, 86</sup>. Un score de 0 (absence de plaque) à 5 (plaque sur 2/3 de la surface) a été attribué à chaque surface. Un score attribué à l'ensemble de la bouche a été déterminé en divisant le score total par le nombre de surfaces examinées. Le score de plaque muqueuse<sup>93, 100</sup> est un système de notation qui a été utilisé pour évaluer les personnes dentées et édentées. Cet outil a permis de rendre compte des altérations de la muqueuse buccale (c'est-à-dire de distinguer les cas de muqueuse normale des cas d'inflammation légère, modérée ou grave) et d'attribuer un score à la plaque, à la fois sur les dents naturelles et sur les prothèses dentaires amovibles/fixes. Les scores attribués à la muqueuse et à la plaque ont été combinés pour calculer l'indice.

L'enregistrement du contrôle de la plaque reposait sur l'utilisation d'un indicateur de plaque sur 4 zones de chaque dent<sup>32, 59, 81</sup>. Ce résultat était calculé en déterminant le rapport entre les zones positives à l'égard de la plaque et l'ensemble des zones, exprimé en pourcentage. Une autre approche consistait à estimer l'accumulation de la plaque et à exprimer le résultat sous forme de pourcentage<sup>100</sup>.

## Indices de tartre

Un score a été attribué au tartre dans 5 études.

L'indice de Volpe-Manhold, qui quantifie la formation de tartre sur les surfaces linguales des dents inférieures antérieures, a été utilisé dans 2 études. Le résultat était exprimé sous forme de millimètres d'épaisseur de plaque<sup>39, 86</sup>. L'indice de tartre permet d'attribuer un score de 0 (absence de tartre) à 3 (tartre supra-gingival couvrant plus des 2/3 de la partie cervicale de la dent)<sup>43</sup> ou d'exprimer la présence/l'absence de plaque<sup>45</sup>. La présence ou l'absence de tartre a également été notée pour chaque dent en divisant la quantité de tartre par le nombre total de dents pour donner un coefficient de tartre<sup>94</sup>.

## Indices de saignement/indices gingivaux

Le score aux indices de saignement (l'indice de saignement du sillon modifié<sup>93</sup>, l'indice de saignement papillaire<sup>86</sup>, l'indice de saignement gingival<sup>32, 35, 98</sup>, l'indice de saignement du sillon<sup>55</sup> et la présence d'un saignement au sondage) a été signalé dans 7 études<sup>45</sup>. Des indices gingivaux (l'indice gingival ou l'indice de gingivite<sup>39, 50, 60, 62, 80, 86, 88, 99, 102</sup> et l'indice gingival modifié<sup>73, 82</sup>) ont été utilisés dans 12 études pour évaluer l'aspect de l'inflammation des gencives (score 0-3 et score 0-4).

## Hygiène buccodentaire

L'hygiène buccodentaire a été évaluée dans 23 études. L'indice d'hygiène buccodentaire est conçu pour les personnes dentées. Il combine les indices de plaque et de tartre<sup>49, 86</sup>. Les versions abrégées de cet indice sont l'indice d'hygiène buccodentaire simplifié (utilisation de 6 dents représentatives au lieu de tous les sextants<sup>40, 43, 54, 73, 83, 102</sup>) et l'indice d'hygiène buccodentaire modifié (fondé sur la somme du résultat moyen à l'indice de débris et à l'indice de tartre<sup>46</sup>). Un autre outil utilisé était l'indice d'hygiène buccodentaire de l'Université du Mississippi. Son utilisation reposait sur l'application d'un agent révélateur de plaque et la division de chaque dent en 5 sections, suivie de l'attribution d'un score à chacune de ces sections<sup>47</sup>. Chez les personnes âgées édentées, un indice d'hygiène des prothèses dentaires particulier pouvait être utilisé<sup>32, 40, 41, 55, 58, 81, 83, 98</sup>. Cet indice reposait sur l'attribution de scores ou de pourcentages pour exprimer le degré de propreté. Une autre méthode de détermination de l'hygiène buccodentaire consistait à attribuer un score aux débris alimentaires<sup>86</sup> ou à utiliser l'indice de débris<sup>40, 43, 83, 90</sup>.

## Paramètres liés aux prothèses dentaires

Les paramètres liés aux prothèses dentaires ont été utilisés dans 35 études. Dans 23 études, seules la présence ou l'absence de prothèses dentaires étaient signalées<sup>27, 29, 38, 40, 42, 45, 48, 51, 60, 64, 65, 67, 70, 73, 77, 78, 81, 85-87, 90, 91, 103</sup>.

Une méthode légèrement plus détaillée consistait à évaluer l'ajustement des prothèses, ce qui a été fait dans 10 études<sup>5, 51, 52, 56</sup>.<sup>71, 84, 86, 94, 97, 104</sup>. Dans une étude, le type, l'ajustement et l'état des prothèses dentaires ont été évalués en utilisant la classification de Vigild<sup>49</sup>. Dans d'autres études, ce sont la rétention et la stabilité ainsi que la qualité et la nécessité des prothèses dentaires qui ont été évaluées<sup>72, 75, 79, 85</sup>.

D'autres paramètres objectifs de la santé buccodentaire utilisés appartenaient au domaine de la fonction buccodentaire, de la pathologie buccale et de l'halitose (tableau 1). Étant donné qu'ils n'étaient pas fréquemment utilisés (seulement dans une ou quelques études) et qu'ils ne constituaient pas des paramètres de recherche standardisés, ils ne sont pas explorés plus en détail dans cette section.

### 2. Paramètres subjectifs (tableau 2).

Des paramètres subjectifs ont été utilisés dans 5 études pour évaluer la sécheresse buccale, dans 6 études pour évaluer la santé buccodentaire et dans 6 autres études pour évaluer la douleur buccale. L'inventaire de la xérostomie<sup>79</sup> était composé de 11 questions concernant la sécheresse buccale auxquelles le patient attribuait lui-même un score. L'inventaire sommatif était composé de 5 éléments relatifs à la sécheresse buccale<sup>40</sup>. L'échelle visuelle analogique de la xérostomie<sup>39</sup> mettait l'accent sur la question suivante: « À quel point votre bouche est-elle sèche ? » La réponse du patient était exprimée sous la forme de variable continue comprise entre 0 et 10. L'identification des problèmes de santé buccodentaire se faisait en posant des questions soit sur les problèmes de mastication, de déglutition et de sécheresse buccale<sup>78</sup>, soit sur les problèmes d'alimentation causés par les dents artificielles, les difficultés à mastiquer ou la xérostomie<sup>108</sup>.

D'autres questionnaires portaient sur la sécheresse buccale et la fonction motrice buccale<sup>105</sup>, sur la fonction buccale et les problèmes buccodentaires<sup>94</sup> (ou uniquement sur les symptômes buccodentaires, comme les dents sensibles ou cassées ou le saignement des gencives<sup>57</sup>), ou encore sur la douleur buccale,

le saignement des gencives et la mobilité dentaire<sup>88</sup>. Au total, 2 questionnaires validés d'auto-évaluation de l'inconfort buccodentaire (questionnaire OHIP) et d'auto-perception de la santé buccodentaire (GOHAI) ont également été utilisés<sup>61, 64, 65, 67, 72, 100, 101</sup>. Dans une étude, une liste de contrôle des visites au cabinet du dentiste a été utilisée pour déterminer la fréquence des consultations au cours des 2 années précédentes de même que le motif de ces consultations<sup>97</sup>.

Relever les antécédents de douleur et d'inconfort buccaux a nécessité la participation des patients âgés, ce qui a été fait dans 4 études<sup>46, 49, 84, 109</sup>. L'échelle de douleur orofaciale pour personnes non verbales a été utilisée dans une étude<sup>40</sup>.

Au moins 2 paramètres, subjectifs et/ou objectifs, généralement de domaines différents, ont été utilisés dans toutes les études. La même combinaison de paramètres n'a jamais été utilisée plus d'une fois.

### 3. Paramètres combinés (tableau 3).

Les paramètres combinés sont fondés sur un éventail d'évaluations objectives ou subjectives qui sont combinées en un seul outil permettant de définir la santé buccodentaire. L'OHAT a été utilisé dans 8 études<sup>27, 41, 103, 107, 110-113</sup>. Cet outil validé permet d'évaluer 8 catégories (lèvres, langue, gencives et tissus, salive, dents naturelles, prothèses dentaires, propreté de la bouche et douleur buccale)<sup>114</sup>. Un score a été attribué à chacune des catégories, selon que l'état était bon, altéré ou mauvais. Le ROAG-J est assez similaire, puisqu'il permet de déterminer l'état de santé buccodentaire en évaluant la voix, les lèvres, la muqueuse buccale, la langue, les gencives, les dents, la salive, la déglutition et les prothèses dentaires/implants (grades 0-3)<sup>25, 80, 81, 115, 116</sup>, mais cette méthode n'est pas validée. L'OHAT et le ROAG-J sont des outils conçus pour le personnel infirmier dûment formé, tout comme le BOHSE<sup>122</sup>. Les autres outils utilisés étaient soit des outils modifiés, soit des outils créés par les chercheurs eux-mêmes (ADS<sup>118</sup>, outils d'examen de la santé buccodentaire<sup>109</sup>, indices de fonctionnalité dentaire clinique<sup>96</sup> ou échelles d'évaluation des anomalies du tissu buccal<sup>94</sup>), soit des outils utilisés uniquement par le personnel infirmier ou les assistants de recherche (Resident Assessment Instrument - Minimum Data Set)<sup>96, 119, 120</sup>.

## Évaluateur de la santé buccodentaire

L'évaluateur de la santé buccodentaire était différent d'une étude à l'autre. Les paramètres objectifs ont principalement été évalués par des professionnels dentaires, mais des examinateurs ont été utilisés pour évaluer la sécrétion de salive et le taux de production salivaire<sup>53, 105</sup>, les mauvaises odeurs dégagées par la bouche<sup>107</sup> et les lésions des tissus mous<sup>104</sup>. Les professionnels dentaires n'ayant pas eux-mêmes été évalués, l'utilisation de ces paramètres ne sera pas conforme d'une étude à l'autre.

Pour l'évaluation des paramètres subjectifs, le patient ou la personne qui s'en occupe devait répondre à un questionnaire ou appliquer une échelle d'évaluation à des éléments donnés. Dans certaines études<sup>46, 49, 109</sup>, le professionnel dentaire a posé des questions précises au patient (par exemple, « Avez-vous récemment eu mal aux dents ? ») et noté les réponses. L'échelle de douleur orofaciale pour personnes non verbales, qui est spécifiquement conçue pour les examinateurs (ou observateurs), a été utilisée dans une étude<sup>40</sup>. Les paramètres combinés ont été évalués par des membres du personnel infirmier dûment formés, car ils ont été conçus pour être utilisés par des non-professionnels dentaires. Parmi les paramètres combinés, l'ADS<sup>118</sup> et l'Oral Health Examination Status<sup>109</sup> ont été utilisés par des professionnels dentaires.

## DISCUSSION

Cet examen de la portée sur l'évaluation de la santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée a révélé qu'un vaste éventail de paramètres différents sont utilisés pour définir ou décrire la santé buccodentaire dans ce groupe de patients particulier. En ce qui concerne les paramètres objectifs, le sens donné aux termes collectifs comme « état (de santé) buccodentaire », « état des dents », « fonction buccodentaire » et « pathologie buccodentaire » varie grandement, tout comme les méthodes d'évaluation d'un même paramètre. Les évaluateurs aussi sont très différents.

Cette étude a permis de repérer 90 paramètres différents pour déterminer l'état de santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée. De plus, 50 de ces paramètres ont été utilisés dans une seule étude. Seuls 4 paramètres (4,4 %) ont été fréquemment utilisés, c'est-à-dire dans au moins 20 études. La pertinence de ces paramètres objectifs fréquemment utilisés (CAOD/S, état de santé des dents [présence et nombre de dents], indice de plaque et présence de prothèses dentaires) dans ce groupe de patients particulier est abordée ci-dessous. Le CAOD/S permet de savoir si des traitements dentaires ont été effectués (présence d'obturations) ou si un traitement est nécessaire (carie active). En effet, la présence de caries actives est un aspect important de la santé buccodentaire dans ce groupe de patients, mais on peut se demander si le nombre de traitements de restauration est également pertinent, étant donné que les personnes âgées en ont généralement déjà reçu beaucoup. En outre, on peut se demander si l'absence ou la présence de dents fournit suffisamment d'information sur la santé buccodentaire, puisqu'elles ne fournissent aucune information sur de nombreux aspects liés aux pathologies et à la fonctionnalité buccodentaires. Il en va de même pour la présence de prothèses dentaires : relever la présence d'une prothèse ne fournit aucune information sur la qualité de cette prothèse et n'est pas pertinent pour les personnes âgées ayant encore des dents. Enfin, l'hygiène est un aspect important de la santé buccodentaire, mais l'indice de plaque est insuffisant pour qualifier la santé buccodentaire dans ce groupe de patients pour qui l'hygiène buccodentaire est généralement difficile et presque toujours inadéquate.

L'évaluation des paramètres parodontaux peut donner un meilleur aperçu de l'état de santé buccodentaire, car la maladie parodontale est associée à une charge inflammatoire. Le CPITN est l'outil le plus fréquemment utilisé. Il convient parfaitement pour évaluer la santé parodontale. Étant donné que le CPITN couvre à la fois les poches parodontales, le saignement gingival et le tartre, il sert de méthode d'examen du parodonte. En association avec l'indice de plaque, cet outil fournit de l'information détaillée sur la santé parodontale. Cependant, dans ce groupe de patients complexes, l'évaluation de l'état du parodonte à l'aide d'une sonde parodontale ne peut pas toujours être réalisée de manière adéquate. En effet, de nombreuses personnes âgées ayant des besoins complexes en matière de soins ne coopèrent pas ou ont de la difficulté à se soumettre à l'examen buccal en raison de leurs limitations physiques (par exemple celles qui sont en fauteuil roulant ou qui sont alitées)<sup>5</sup>. D'autres paramètres d'évaluation de la santé parodontale, par exemple l'évaluation radiographique, la mobilité dentaire, l'atteinte des furcations, l'enflure des gencives, les saignements spontanés et les mauvaises odeurs dégagées par la bouche, peuvent être plus faciles à appliquer dans cette population.

La nécessité de traitements dentaires<sup>27, 29, 46, 56, 84, 92</sup>, l'évaluation du risque dentaire<sup>63</sup>, l'état de santé buccodentaire<sup>87, 92, 97</sup> et l'indice de santé buccodentaire<sup>71</sup> ne sont pas fréquemment utilisés, mais leur utilité pour évaluer la santé buccodentaire semble être supérieure.

Cependant, l'évaluation de la nécessité de traitements dentaires permet seulement de conclure au besoin d'un traitement, ce qui est vague et ne fournit pas d'information détaillée sur la santé buccodentaire. Les chercheurs de chaque étude sur la santé buccodentaire ont mis en œuvre leurs propres méthodes d'évaluation. De plus, l'évaluation repose souvent sur le jugement du dentiste, fondé sur l'évaluation de quelques paramètres, dont les visites au cabinet du dentiste, la présence de dents<sup>97</sup> et le score à l'évaluation de l'entretien buccodentaire et des prothèses dentaires<sup>92</sup>. En général, ces paramètres font l'objet d'une description minimale. L'évaluation du risque dentaire<sup>63</sup> et l'indice de santé buccodentaire<sup>71</sup> sont fondés sur un système de notation pour évaluer la santé buccodentaire selon quelques paramètres. L'évaluation du risque dentaire ne renseigne pas sur l'état de santé buccodentaire, mais elle permet principalement de distinguer les personnes âgées « à risque » et ne convient donc pas pour déterminer l'état de santé buccodentaire. L'indice de santé buccodentaire<sup>71</sup> fondé sur la présence de caries et de racines résiduelles, sur l'évaluation du parodonte et sur l'hygiène buccodentaire et l'hygiène des prothèses dentaires, semble mieux convenir à l'évaluation de la santé buccodentaire. Cette méthode fait encore toutefois l'objet d'une étude pilote. Il est intéressant de noter que l'évaluation radiographique de la santé buccodentaire n'a été appliquée comme paramètre que dans 2 études<sup>29, 35</sup>, alors que dans ce groupe de patients, les radiographies peuvent fournir un aperçu relativement simple et objectif de plusieurs problèmes de santé buccodentaire : présence de caries, problèmes parodontaux, dont le tartre sous-gingival et l'atteinte des furcations, granulomes périapicaux, qualité des traitements endodontiques antérieurs, pathologies buccales, racines résiduelles et dents incluses.

Les paramètres subjectifs permettent d'évaluer la santé buccodentaire à l'aide des données déclarées par les personnes âgées. Les paramètres subjectifs fréquemment déclarés sont la sécheresse buccale, les symptômes buccaux, comme les dents sensibles, la douleur buccale et la qualité de vie liée à la santé buccodentaire.

Ces paramètres fournissent des données supplémentaires importantes au professionnel dentaire. En permettant l'évaluation des déclarations subjectives d'une personne sur ses problèmes de santé buccodentaire, des paramètres objectifs précis peuvent être utilisés pour déterminer l'état et la qualité de la santé buccodentaire des patients.

Les questionnaires validés d'auto-évaluation de la santé buccodentaire sont l'OHIP-49 et le GOHA<sup>100</sup>. Ces questionnaires portent sur plusieurs éléments liés à la santé buccodentaire et leurs conséquences sur le bien-être des personnes âgées (qualité de vie). Étant donné que l'objectif de ces questionnaires est d'évaluer la qualité de vie, ils ne conviennent pas à l'évaluation objective de la santé buccodentaire<sup>125</sup>.

La catégorie des outils combinés comprend l'OHAT validé<sup>27, 41, 103, 107, 110-113</sup>, qui a été créé pour le personnel infirmier qui évalue les divers aspects de la santé buccodentaire, selon que leur état est bon ou mauvais. Bien que le contenu de l'OHAT et celui d'une version récente de la section sur la santé buccodentaire du RAI-MDS (section intitulée « ohr-interRAI ») soient considérés comme suffisamment valides<sup>126</sup>, le contenu de tous les outils d'évaluation de la santé buccodentaire destinés aux non-professionnels dentaires s'est révélé limité. De plus, les concepts sur lesquels leurs évaluations étaient fondées étaient mal définis et leurs critères psychométriques étaient faibles<sup>127, 128</sup>. En effet, des différences ont été signalées entre les évaluations de la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée réalisées par les professionnels dentaires et les non-professionnels dentaires<sup>129</sup>. Il est donc recommandé que l'évaluation de la santé buccodentaire chez ce groupe de patients soit effectuée par des professionnels dentaires.

Les limites de cette étude sont le vaste éventail d'aspects de la santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée et l'importante variabilité des paramètres décrits pour évaluer ces différents aspects. La synthèse et la présentation des données sont donc difficiles, et l'aperçu des paramètres d'évaluation de la santé buccodentaire est incomplet. Étant donné que les professionnels dentaires ayant participé aux études retenues n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, il est impossible de déterminer la valeur des divers paramètres et de formuler des recommandations claires.

## CONCLUSION

La grande variabilité des méthodes de détermination de l'état de santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée rend impossible la comparaison des études sur la santé buccodentaire et l'effet des interventions (préventives) chez ce groupe de patients vulnérables. Étant donné le risque que représente une mauvaise santé buccodentaire pour la qualité de vie et le vieillissement en bonne santé physique et mentale, et compte tenu des objectifs récemment formulés par des institutions mondiales comme l'Organisation mondiale de la Santé et la Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)<sup>20</sup>, l'absence de paramètre clair est un problème de taille.

Il est urgent de disposer d'un paramètre adéquat qui serait adopté systématiquement pour déterminer l'état de santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée pour faciliter la planification et l'impartition des projets de recherche et des soins aux patients.

Idéalement, l'évaluation de la santé buccodentaire chez les personnes âgées vivant dans un établissement de soins de longue durée doit être facile à réaliser et objective. Elle doit aussi être confiée à un professionnel dentaire et porter sur des éléments susceptibles de nuire à la qualité de vie ou à la santé globale, par exemple la douleur, l'inflammation, les pathologies buccodentaires et la fonction buccodentaire.

## ABRÉVIATIONS

<b>CAOD/S</b>	Dents/surfaces cariées, absentes et obturées
<b>CPITN</b>	Community Periodontal Index of Treatment Needs (indice communautaire parodontal des traitements nécessaires)
<b>OHIP</b>	Oral Health Impact Profile (profil de l'impact sur la santé buccodentaire)
<b>GOHAI</b>	Geriatric Oral Health Assessment Index (indice d'évaluation de la santé buccodentaire des personnes âgées)
<b>OHAT</b>	Oral Health Assessment Tool (outil d'évaluation de la santé buccodentaire)
<b>ROAG-J</b>	Revised Oral Assessment Guide – Jonkoping (guide révisé d'évaluation buccodentaire – Jonkoping)
<b>RAI-MDS</b>	Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set (outil d'évaluation des résidents – ensemble minimal de données)

## Renseignements complémentaires

La version en ligne contient du matériel supplémentaire et est accessible à <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04025-y>.

[FICHER COMPLÉMENTAIRE 1.](#)

[FICHER COMPLÉMENTAIRE 2.](#)

[FICHER COMPLÉMENTAIRE 3.](#)



## Remerciements

Sans objet.

## Contributions des auteurs

Méthodologie de l'étude: MHB, MdS, AV, AVi – sélection et évaluation des articles: MHB, MdS, AVi – première version: MHB, AV – révision critique de la première version: MdS, AVi – version finale: MHB, MdS, AV, AVi.

## Financement

Établissements des auteurs.

## Disponibilité des données et des documents

Les ensembles de données utilisés et/ou analysés dans le cadre de la présente étude sont disponibles auprès de l'auteur correspondant en cas de demande raisonnable.

## Déclarations

### Approbation éthique et consentement à la participation

Sans objet.

### Consentement à la publication

Sans objet.

### Intérêts concurrents

Les auteurs n'ont pas d'intérêts concurrents à déclarer.

Date de réception: le 29 septembre 2023

Date d'acceptation: le 14 février 2024

Date de publication en ligne: le 24 février 2024 ■

## Références:

1. He W, Goodkind D, Kowal P. An Aging World: 2015. ; 2016.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
3. Theou O, Rockwood MRH, Mitnitski A, Rockwood K. Disability and co-morbidity in relation to frailty: how much do they overlap? *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(2):1.
4. Gaszynska E, Szatko F, Godala M, Gaszynski T. Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz. *Poland Clin Interv Aging*. 2014;25(9):1637-44.
5. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig*. 2017;21(7):2189-96.
6. Rapp L, Sourdet S, Vellas B, Lacoste-Ferré M. Oral Health and the Frail Elderly. *J Frailty Aging*. 2017;6(3):154-60.
7. Gil-Montoya JA, de Mello ALF, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;11(10):461-7.
8. Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *Int Dent J*. 2017;67 Suppl 2(Suppl 2):14-8.
9. Wong FMF, Ng YTY, Leung WK. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4132. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>.
10. Hajishengallis G, Chavakis T. Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nat Rev Immunol*. 2021;21(7):426-40.
11. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JNO, Bronkhorst EM, Schols JMGA, de Baat C. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*. 2013;30(1):3-9.
12. Müller F. Interventions for edentate elders-what is the evidence? *Gerodontology*. 2014;31(Suppl 1):44-51.
13. Zelig R, Goldstein S, Touger-Decker R, Firestone E, Golden A, Johnson Z, et al. Tooth Loss and Nutritional Status in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JDR Clin Trans Res*. 2022;7(1):4-15.
14. Johansson A, Johansson A, Unell L, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Self-reported dry mouth in 50- to 80-year-old Swedes: Longitudinal and cross-sectional population studies. *J Oral Rehabil*. 2020;47(2):246-54.
15. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*. 2003;20(2):64-77.
16. Aliko A, Wolff A, Dawes C, Aframian D, Proctor G, Ekström J, et al. World Workshop on Oral Medicine VI: clinical implications of medication-induced salivary gland dysfunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015;120(2):185-206.
17. Niesten D, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *J Dent*. 2017;61:39-47.
18. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2013;1(13):61-61.
19. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J*. 2016;221(12):792-3.
20. World Health Organization. United Nation's Decade of Healthy Ageing (2021-2030). 2020.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
22. Gordon SR, McLain D. Dental needs related to primary cause for institutionalization. *Spec Care Dentist*. 1991;11(2):49-54.
23. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(1):57-63.
24. Rejnfeldt I, Andersson P, Renvert S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int J Dent Hyg*. 2006;4(2):67-71.
25. Bellander L, Andersson P, Wijk H, Hägglin C. Oral Assessment and Preventive Actions within the Swedish Quality Register Senior Alert: Impact on Frail Older Adults' Oral Health in a Longitudinal Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13075. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413075>.
26. Bellander L, Andersson P, Nordvall D, Hägglin C. Oral health among older adults in nursing homes: A survey in a national quality register, the Senior Alert. *Nurs Open*. 2021;8(3):1262-74.
27. Zenthöfer A, Ehret J, Zajac M, Kilian S, Kostunov J, Rammelsberg P, et al. How Do Changes in Oral Health and Chewing Efficiency Affect the Changes of Oral-Health-Related Quality of Life of Nursing-Home Residents in the Short Term? *Clin Interv Aging*. 2021;11(16):789-98.
28. Zenthöfer A, Ehret J, Zajac M, Kilian S, Rammelsberg P, Klotz AL. The Effects of Dental Status and Chewing Efficiency on the Oral-Health-Related Quality of Life of Nursing-Home Residents. *Clin Interv Aging*. 2020;11(15):2155-64.
29. Janssens B, Vanobbergen J, Petrovic M, Jacquet W, Schols JM, De Visschere L. The impact of a preventive and curative oral healthcare program on the prevalence and incidence of oral health problems in nursing home residents. *PLoS ONE*. 2018;13(6):e0198910.
30. Janssens B, Vanobbergen J, Petrovic M, Jacquet W, Schols JMGA, De Visschere L. The oral health condition and treatment needs assessment of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dent Health*. 2017;34(3):143-51.

31. Janssens B, Petrovic M, Jacquet W, Schols JMGA, Vanobbergen J, De Visschere L. Medication Use and Its Potential Impact on the Oral Health Status of Nursing Home Residents in Flanders (Belgium). *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(9):809.e1-809.e8.
32. Schwindling FS, Krisam J, Hassel AJ, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Long-term success of oral health intervention among care-dependent institutionalized seniors: Findings from a controlled clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(2):109-17.
33. Zenthöfer A, Meyer-Kühling I, Hufeland AL, Schröder J, Cabrera T, Baumgart D, et al. Carers' education improves oral health of older people suffering from dementia - results of an intervention study. *Clin Interv Aging*. 2016;30(11):1755-62.
34. Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ. Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging Ment Health*. 2016;20(3):303-8.
35. Chen X, Clark JJ, Naorungroj S. Oral health in older adults with dementia living in different environments: a propensity analysis. *Spec Care Dentist*. 2013;33(5):239-47.
36. Chen X, Clark JJ, Naorungroj S. Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerodontology*. 2013;30(1):49-60.
37. Hamadeh N, Van Rompaey C, Metreau E, Eapen SG. New World Bank country classifications by income level: 2022-2023. 2022; Available at: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023>. Accessed 26 Jan 2024.
38. de Medeiros MMD, Pinheiro MA, de Figueredo OMC, de Oliveira LFS, Wanderley RL, Cavalcanti YW, et al. Masticatory function in nursing home residents: Correlation with the nutritional status and oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil*. 2020;47(12):1511-20.
39. Barbe AG, Küpeli LS, Hamacher S, Noack MJ. Impact of regular professional toothbrushing on oral health, related quality of life, and nutritional and cognitive status in nursing home residents. *Int J Dent Hyg*. 2020;18(3):238-50.
40. van de Rijjt LJ, Feast AR, Vickerstaff V, Lobbezoo F, Sampson EL. Prevalence and associations of orofacial pain and oral health factors in nursing home residents with and without dementia. *Age Ageing*. 2020;49(3):418-24.
41. Klotz AL, Zajac M, Ehret J, Kilian S, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Short-Term Effects of a Deterioration of General Health on the Oral Health of Nursing-Home Residents. *Clin Interv Aging*. 2020;9(15):29-38.
42. Ide K, Seto K, Usui T, Tanaka S, Kawakami K. Correlation between dental conditions and comorbidities in an elderly Japanese population: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(24):e11075.
43. Hong C, Aung MM, Kanagasabai K, Lim CA, Liang S, Tan KS. The association between oral health status and respiratory pathogen colonization with pneumonia risk in institutionalized adults. *Int J Dent Hyg*. 2018;16(2):e96-102.
44. Ziebolz D, Werner C, Schmalz G, Nitschke I, Haak R, Mausberg RF, et al. Oral Health and nutritional status in nursing home residents-results of an explorative cross-sectional pilot study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):39.
45. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology*. 2012;29(2):392.
46. Gluhak C, Arnetzl GV, Kirmeier R, Jakse N, Arnetzl G. Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria. *Austria Gerodontology*. 2010;27(1):47-52.
47. Jablonski RA, Swecker T, Munro C, Grap MJ, Ligon M. Measuring the oral health of nursing home elders. *Clin Nurs Res*. 2009;18(3):200-17.
48. Samson H, Strand GV, Haugejorden O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand*. 2008;66(6):368-73.
49. Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology*. 2006;23(2):99-105.
50. Simons D, Kidd EA, Beighton D. Oral health of elderly occupants in residential homes. *Lancet*. 1999;353(9166):1761-4.
51. Kuc IM, Samaranyake LP, van Heyst EN. Oral health and microflora in an institutionalised elderly population in Canada. *Int Dent J*. 1999;49(1):33-40.
52. Weyant RJ, Jones JA, Hobbins M, Niessen LC, Adelson R, Rhyne RR. Oral health status of a long-term-care, veteran population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(4):227-33.
53. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(1):57-63.
54. Gordon SR, McLain D. Dental needs related to primary cause for institutionalization. *Spec Care Dentist*. 1991;11(2):49-54.
55. Peroz I, Klein C. Influence of professional dental hygiene on oral and general health of retirement home residents: A comparative study. *Clin Exp Dent Res*. 2022;8(1):45-53.
56. Hawkins RJ, Main PA, Locker D. Oral health status and treatment needs of Canadian adults aged 85 years and over. *Spec Care Dentist*. 1998;18(4):164-9.
57. Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:102.
58. Viebranz S, Dederichs M, Kwetkat A, Schüller IM. Effectiveness of Individual Oral Health Care Training in Hospitalized Inpatients in Geriatric Wards. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):4275. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054275>.
59. Aquilanti L, Alia S, Pugnaloni S, Scalise L, Vignini A, Rappelli G. A Pilot Cross-Sectional Study on Oral Health and Nutritional Status of Institutionalized Older Adults: A Focus on Sarcopenia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13232. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413232>.
60. Bianco A, Mazzea S, Fortunato L, Giudice A, Papadopoli R, Nobile CGA, et al. Oral Health Status and the Impact on Oral Health-Related Quality of Life among the Institutionalized Elderly Population: A Cross-Sectional Study in an Area of Southern Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):2175. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042175>.
61. Saxena A, Nagarajappa R, Naik D, Abid M, Ramesh G. Assessing the effect of oral diseases on oral health related quality of life of institutionalized elderly using Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire: a pilot study. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2020;71(3):349-53.
62. D'Alessandro G, Costi T, Alkhamis N, Bagattoni S, Sadotti A, Piana G. Oral Health Status in Alzheimer's Disease Patients: A Descriptive Study in an Italian Population. *J Contemp Dent Pract*. 2018;19(5):483-9.
63. Andersson P, Renvert S, Sjogren P, Zimmerman M. Dental status in nursing home residents with domiciliary dental care in Sweden. *Community Dent Health*. 2017;34(4):203-7.
64. Cornejo M, Pérez G, de Lima K, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in Institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):285.
65. Shetty VD, Bijle MNA, Patil S. The relationship between prosthetic status and the Geriatric Oral Health Assessment Index in a group of institutionalized elderly of an Indian city: a cross-sectional study. *J Contemp Dent Pract*. 2013;14(6):1173-7.
66. Velasco-Ortega E, Segura-Egea J, Córdoba-Arenas S, Jiménez-Guerra A, Monsalve-Guil L, López-López J. A comparison of the dental status and treatment needs of older adults with and without chronic mental illness in Sevilla, Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(1):71.
67. Piuvezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):5-11.
68. Vucičević-Boras V, Bosnjak A, Alajbeg I, Cekić-Arambasin A, Topić B. Dental health of elderly in retirement homes of two cities in south Croatia—a cross-sectional study. *Eur J Med Res*. 2002;7(12):550-4.
69. Jokstad A, Ambjørnsen E, Eide KE. Oral health in institutionalized elderly people in 1993 compared with in 1980. *Acta Odontol Scand*. 1996;54(5):303-8.
70. Slade GD, Locker D, Leake JL, Price SA, Chao I. Differences in oral health status between institutionalized and non-institutionalized older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990;18(5):272-6.
71. Miremadi SR, Cosyn J, Janssens B, De Bruyn H, Vanobbergen J, De Visschere L. A pilot assessment tool of the need for oral health care and cost prediction in institutionalized elderly people. *Int J Dent Hyg*. 2017;15(4):306-12.
72. Kohli R, Sehgal HS, Nelson S, Schwarz E. Oral health needs, dental care utilization, and quality of life perceptions among Oregonian seniors. *Spec Care Dentist*. 2017;37(2):85-92.
73. Choufani A, Folliguet M, El-Osta N, Rammal S, Doumit M. Oral health status and care of institutionalized elderly individuals in Lebanon. *Indian J Dent Res*. 2020;31(4):507-14.
74. Berg R, Berkey DB, Tang JM, Baine C, Altman DS. Oral health status of older adults in Arizona: results from the Arizona Elder Study. *Spec Care Dentist*. 2000;20(6):226-33.
75. Mersel A. Oral health status and dental needs in a geriatric institutionalized population in Paris. *Gerodontology*. 1989;8(2):47-51.
76. Tashiro H, Kikutani T, Tamura F, Takahashi N, Tohara T, Nawachi K, et al. Relationship between oral environment and development of pneumonia and acute viral respiratory infection in dependent older individuals. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(11):1136-40.
77. Nomura Y, Okada A, Kakuta E, Otsuka R, Sogabe K, Yamane K, et al. Consistency of supplied food and dentition status of the elderly in residential care homes. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):74.
78. Lindroos EK, Saarela RKT, Suominen MH, Muurinen S, Soini H, Kautilainen H, et al. Burden of Oral Symptoms and Its Association With Nutrition, Well-Being, and Survival Among Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(5):537-43.
79. Brochier CW, Hugo FN, Rech RS, Baumgarten A, Hilgert JB. Influence of dental factors on oropharyngeal dysphagia among recipients of long-term care. *Gerodontology*. 2018;35(4):333-8.
80. Seleskog B, Lindqvist L, Wårdh I, Engström A, von Bültzingslöwen I. Theoretical and hands-on guidance from dental hygienists promotes good oral health in elderly people living in nursing homes, a pilot study. *Int J Dent Hyg*. 2018;16(4):476-83.
81. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Is compromised oral health associated with a greater risk of mortality among nursing home residents? A controlled clinical study. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(6):581-8.
82. Le P, Dempster L, Limeback H, Locker D. Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Spec Care Dentist*. 2012;32(6):242-50.
83. Zuluaga DJ, Ferreira J, Montoya JA, Willumsen T. Oral health in institutionalized elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*. 2012;29(2):420.
84. Thean HP, Wong ML, Koh GC, Wong AS. Oral health status and treatment needs of elderly residents in a Singapore nursing home. *Ann Acad Med Singap*. 2009;38(3):282-3.
85. Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH. Relationship between oral health and nutrition in very old people. *Age Ageing*. 1999;28(5):463-8.
86. Barbe AG, Kottmann HE, Derman SHM, Noack MJ. Efficacy of regular professional brushing by a dental nurse for 3 months in nursing home residents-A randomized, controlled clinical trial. *Int J Dent Hyg*. 2019;17(4):327-35.
87. Murray PE, Ede-Nichols D, Garcia-Godoy F. Oral health in Florida nursing homes. *Int J Dent Hyg*. 2006;4(4):198-203.

88. Michalak P, Polak-Szlóarczyk P, Dyduch-Dudek W, Zarzecka-Francica E, Styrna M, Czekaj Ł, et al. Oral Health of Elderly People in Institutionalized Care and Three-Month Rehabilitation Programme in Southern Poland: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):4994. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094994>.
89. Stephens R, White BA. Oral health status of adults in North Carolina assisted living facilities. *J Public Health Dent*. 2019;79(3):198-206.
90. Nicol R, Petrina Sweeney M, McHugh S, Bagg J. Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):115-24.
91. Cocco F, Campus G, Strohmenger L, Arizzzone VC, Cagetti MG. The burden of tooth loss in Italian elderly population living in nursing homes. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):76.
92. Bleiel D, Nitschke I, Noack MJ, Barbe AG. Impact of care level, setting and accommodation costs on a newly developed oral care nursing plan format for elderly patients with care needs - Results from a cross-sectional study. *Int J Dent Hyg*. 2022;20(3):543-52.
93. Girestam Croonquist C, Dalum J, Skott P, Sjögren P, Wårdh I, Morén E. Effects of Domiciliary Professional Oral Care for Care-Dependent Elderly in Nursing Homes - Oral Hygiene, Gingival Bleeding, Root Caries and Nursing Staff's Oral Health Knowledge and Attitudes. *Clin Interv Aging*. 2020;6(15):1305-15.
94. Karuza J, Miller WA, Lieberman D, Ledenyi L, Thines T. Oral status and resident well-being in a skilled nursing facility population. *Gerontologist*. 1992;32(1):104-12.
95. Wyatt CCL. A 5-year follow-up of older adults residing in long-term care facilities: utilisation of a comprehensive dental programme. *Gerodontology*. 2009;26(4):282-90.
96. Nordenram G, Ljunggren G. Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff. *Oral Dis*. 2002;8(6):296-302.
97. Chiesi F, Grazzini M, Innocenti M, Giammarco B, Simoncini E, Garamella G, et al. Older People Living in Nursing Homes: An Oral Health Screening Survey in Florence, Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3492. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183492>.
98. Zenthöfer A, Navratil SD, Rammelsberg P, Cabrera T, Gorenc L, Urbanowitsch N, et al. Oral health and apraxia among institutionalized elderly people—a pilot study. *Acta Odontol Scand*. 2015;73(2):150-5.
99. Chiang TC, Huang MS, Lu PL, Huang ST, Lin YC. The effect of oral care intervention on pneumonia hospitalization, Staphylococcus aureus distribution, and salivary bacterial concentration in Taiwan nursing home residents: a pilot study. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1):374.
100. Overgaard C, Bøggild H, Hede B, Bagger M, Hartmann LG, Aagaard K. Improving oral health in nursing home residents: A cluster randomized trial of a shared oral care intervention. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2022;50(2):115-23.
101. Costa MJF, Lins CAdA, Macedo LPVd, Sousa VPSd, Duque JA, Souza Mcd. Clinical and self-perceived oral health assessment of elderly residents in urban, rural, and institutionalized communities. *Clinics (Sao Paulo)* 2019;74:e972.
102. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalized elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29(4):289-97.
103. Maille G, Saliba-Serre B, Ferrandez AM, Ruquet M. Objective and perceived oral health status of elderly nursing home residents: a local survey in southern France. *Clin Interv Aging*. 2019;28(14):1141-51.
104. Empey G, Kiyak A, Milgrom P. Oral health in nursing homes. *Spec Care Dentist*. 1983;3(2):65-7.
105. Nam M, Uhm D. A comparative study of the effects of intra and extra circumoral exercise for older people on oral health at nursing homes: a non-equivalent trial. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2114-23.
106. Roed-Petersen B, Renstrup G. A topographical classification of the oral mucosa suitable for electronic data processing. Its application to 560 leukoplakias. *Acta Odontol Scand*. 1969;27(6):681-95.
107. Chen L, Gu L, Li X, Chen W, Zhang L. Oral health matters in cognitive impaired aged residents in geriatric care facilities: A cross-sectional survey. *Nurs Open*. 2021;8(2):792-8.
108. Huppertz VAL, van der Putten GJ, Halfens RJG, Schols JMGA, de Groot LCPGM. Association Between Malnutrition and Oral Health in Dutch Nursing Home Residents: Results of the LPZ Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(11):948-54.
109. Yoon MN, Ickert C, Slaughter SE, Lengyel C, Carrier N, Keller H. Oral health status of long-term care residents in Canada: Results of a national cross-sectional study. *Gerodontology*. 2018;35(4):359-64.
110. Czwikla J, Herzberg A, Kapp S, Kloep S, Schmidt A, Rothgang H, et al. Home care recipients have poorer oral health than nursing home residents: Results from two German studies. *J Dent*. 2021;107:103607.
111. Red A, O'Neal PV. Implementation of an Evidence-Based Oral Care Protocol to Improve the Delivery of Mouth Care in Nursing Home Residents. *J Gerontol Nurs*. 2020;46(5):33-9.
112. Tsukada S, Ito K, Stegaroiu R, Shibata S, Ohuchi A. An oral health and function screening tool for nursing personnel of long-term care facilities to identify the need for dentist referral without preliminary training. *Gerodontology*. 2017;34(2):232-9.
113. Tsakos G, Brocklehurst PR, Watson S, Verey A, Goulden N, Jenkins A, et al. Improving the oral health of older people in care homes (TOPIC): a protocol for a feasibility study. *Pilot Feasibility Stud*. 2021;7(1):138-46.
114. Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FAC, Carter KD. The oral health assessment tool—validity and reliability. *Aust Dent J*. 2005;50(3):191-9.
115. Rantzow V, Andersson P, Lindmark U. Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *J Clin Nurs*. 2018;27(23-24):4381-9.
116. Johansson I, Jansson H, Lindmark U. Oral Health Status of Older Adults in Sweden Receiving Elder Care: Findings From Nursing Assessments. *Nurs Res*. 2016;65(3):215-23.
117. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Vargas AMD, Ferreira e Ferreira E. Validity and reproducibility of the revised oral assessment guide applied by community health workers. *Gerodontology*. 2014;31(2):101-10.
118. Julkunen L, Hiltunen K, Kautiainen H, Saarela RKT, Pitkälä KH, Mäntylä P. Oral disease burden of dentate older adults living in long-term care facilities: FINORAL study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):624-34.
119. Hoben M, Poss JW, Norton PG, Estabrooks CA. Oral/dental items in the resident assessment instrument - minimum Data Set 2.0 lack validity: results of a retrospective, longitudinal validation study. *Popul Health Metr*. 2016;14:36 eCollection 2016.
120. Thai PH, Shuman SK, Davidson GB. Nurses' dental assessments and subsequent care in Minnesota nursing homes. *Spec Care Dentist*. 1997;17(1):13-8.
121. Hutchinson AM, Milke DL, Maisey S, Johnson C, Squires JE, Teare G, et al. The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:166.
122. Kayser-Jones J, Bird WF, Paul SM, Long L, Schell ES. An instrument to assess the oral health status of nursing home residents. *Gerontologist*. 1995;35(6):814-24.
123. Chalmers JM, Pearson A. A systematic review of oral health assessment by nurses and carers for residents with dementia in residential care facilities. *Spec Care Dentist*. 2005;25(5):227-33.
124. Cutress TW, Ainamo J, Sardo-Infirri J. The community periodontal index of treatment needs (CPITN) procedure for population groups and individuals. *Int Dent J*. 1987;37(4):222-33.
125. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-70.
126. Krausch-Hofmann S, De Almeida MJ, Declerck D, Declercq A, De Lepeleire J, Tran TD, et al. The oral health-related section of the interRAI: Evaluation of test content validity by expert rating and assessment of potential reasons for inaccurate assessments based on focus group discussions with caregivers. *Gerodontology*. 2019;36(4):382-94.
127. Thapa R, Chimoriya R, Arora A. The development and psychometric properties of oral health assessment instruments used by non-dental professionals for nursing home residents: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):35-8.
128. Rodrigues LG, Sampaio AA, da Cruz CAG, Vettore MV, Ferreira RC. A systematic review of measurement instruments for oral health assessment of older adults in long-term care facilities by non-dental professionals. *Gerodontology*. 2023;40(2):148-60.
129. Krausch-Hofmann S, Tran TD, Declerck D, de Almeida MJ, Declercq A, Lesaffre E, et al. Assessment of oral health conditions presented in photographs - is there a difference between dentists and non-dental professional caregivers? *BMC Oral Health*. 2020;20(1):188-x.

## Note de l'éditeur

Springer Nature demeure neutre par rapport aux revendications en matière de compétences dans les cartes publiées et en ce qui concerne l'appartenance à des établissements.



# LA MALTRAITANCE DES PERSONNES VULNÉRABLES : RÔLE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE

- JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

Parmi la multitude de clients que pourra desservir l'hygiéniste dentaire durant sa carrière, il y a fort à parier que s'y retrouveront probablement certaines clientèles dites vulnérables, et ce peu importe le milieu dans lequel il ou elle exerce. Mais qu'est-ce que l'on entend par « personne vulnérable » ? Le législateur, dans la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*<sup>1</sup> (ci-après la « **Loi contre la maltraitance** »), définit la « personne en situation de vulnérabilité » ainsi :

« 2. Pour l'application de la présente loi, on entend par :

*« personne en situation de vulnérabilité » : Une personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique, tels une déficience physique ou intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme<sup>2</sup>; »*

Les personnes en situation de vulnérabilité ne sont malheureusement pas à l'abri de subir de l'exploitation ou de la maltraitance. Par ailleurs, l'exploitation des personnes âgées et handicapées n'est pas tolérée au Québec, et ce, notamment en vertu de la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après la « **Charte québécoise** »)<sup>3</sup> :

« 48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

*Telle personne a aussi droit à la protection et à la sécurité que doivent lui apporter sa famille ou les personnes qui en tiennent lieu<sup>4</sup>. »*

Ceci signifie que toute personne âgée ou handicapée a le droit d'être protégée contre toute forme de maltraitance. Ceci inclut toutes les formes d'exploitation : matérielle et financière, psychologique, physique, sociale ou morale.

Il est à noter également que les enfants sont protégés par la *Loi sur la protection de la jeunesse*<sup>5</sup> (ci-après la « **L.p.j.** »). Cette loi confère des pouvoirs d'enquêtes importants au directeur de la protection de la jeunesse lui permettant d'obtenir un renseignement concernant un enfant, un de ses parents ou une autre

personne mise en cause par un signalement<sup>6</sup>. Notamment celui de décider de présenter une demande de divulgation de renseignements lorsque la divulgation vise à assurer la protection de l'enfant concerné par ces renseignements ou celle d'un autre enfant<sup>7</sup>.

En effet, l'article 35.4 de la L.p.j. a comme effet d'obliger tout professionnel de donner l'information demandée par un intervenant de la Direction de la protection de la jeunesse, et ce sans obtenir préalablement le consentement du mineur ou de son représentant légal<sup>8</sup>. Il est important de noter que l'article 35.4 s'applique même aux personnes liées par le secret professionnel, sauf à l'avocat et au notaire.

## RAPPEL DES OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

Afin de bien mettre la table pour la lecture de cet article, rappelons-nous qu'il existe un équilibre délicat entre l'obligation incombant à l'hygiéniste dentaire de préserver le secret professionnel au bénéfice du client ou de la cliente et celle de dénoncer ou de fournir des renseignements à une autorité compétente concernant une situation préjudiciable.

Ce fragile équilibre est reflété par la législation qui encadre l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire. D'abord, la législation entourant le secret professionnel de l'hygiéniste dentaire vise à le préserver tout en permettant, exceptionnellement, la levée de celui-ci selon les conditions strictes édictées par la loi. Ainsi, l'article 9 de la *Charte québécoise* et l'article 60.4 du *Code des professions*<sup>9</sup> stipulent le respect du secret professionnel et précisent les conditions exceptionnelles d'une éventuelle divulgation comme suit :

*Charte des droits et libertés de la personne :*

« 9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

*Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi.*

*Le tribunal doit, d'office, assurer le respect du secret professionnel<sup>10</sup>. »*

Code des professions :

« **60.4.** Le professionnel doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

*Il ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne ou l'autorise par une disposition expresse.*

*Le professionnel peut en outre communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable et que la nature de la menace inspire un sentiment d'urgence. Toutefois, le professionnel ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Le professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.*

*Pour l'application du troisième alinéa, on entend par « blessures graves » toute blessure physique ou psychologique qui nuit d'une manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiable<sup>11</sup>. »*

Ensuite, le Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec<sup>12</sup> (ci-après : « **le Code de déontologie** ») énonce :

« **32.1.** Outre les cas prévus à l'article 28, l'hygiéniste dentaire peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

*Toutefois, l'hygiéniste dentaire ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.*

*L'hygiéniste dentaire ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.*

*Si le bien de la ou des personnes exposées au danger l'exige, l'hygiéniste dentaire consulte un confrère, un membre d'un autre ordre professionnel ou toute autre personne compétente à la condition que cette consultation n'entraîne pas de retard préjudiciable à la communication du renseignement<sup>13</sup>. »*

[Nos soulignements]

Les « motifs raisonnables » sont définis comme étant une croyance qui se veut honnête et sérieuse et qui est basée sur des faits observables. Le motif raisonnable est plus qu'une intuition, une impression ou un simple soupçon. Il n'est pas nécessaire cependant d'avoir une preuve hors de tout doute raisonnable pour avoir un motif raisonnable de croire à une situation donnée<sup>14</sup>.

De plus, une blessure grave se définit comme « une blessure physique ou psychologique qui nuit de manière importante à l'intégrité physique, à la santé ou au bien-être d'une personne ou d'un groupe de personnes identifiables<sup>15</sup> ».

## UNE PROBLÉMATIQUE QUI VA AU-DELÀ DU CODE DES PROFESSIONS

Le gouvernement, en juin 2022, a lancé un troisième plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées<sup>16</sup>. S'ensuivirent au cours de la même année des changements législatifs apportés à la Loi contre la maltraitance. Ces changements ont fait en sorte d'obliger un professionnel ou une professionnelle, qui se trouve face à un client ou une cliente qui serait vulnérable et qui subit de la maltraitance, de signaler sans délai la situation.

En effet, l'article 21 de la Loi contre la maltraitance est clair :

« **21.** Tout prestataire de services de santé et de services sociaux ou tout professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26) qui, dans l'exercice de ses fonctions ou de sa profession, a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance doit signaler sans délai le cas pour les personnes suivantes :

1° tout usager majeur qui est hébergé dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre d'hébergement et de soins de longue durée;

2° tout usager majeur qui est pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial;

3° toute personne majeure qui est en tutelle ou à l'égard de laquelle un mandat de protection a été homologué;

4° toute personne majeure dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection;

5° toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés.

*Le signalement est effectué auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services compétent lorsque la personne majeure concernée est visée par l'application de la politique de lutte contre la maltraitance d'un établissement ou, dans les autres cas, à un intervenant désigné visé à l'article 17, pour qu'il soit traité conformément aux chapitres II ou III, selon le cas.*

*Le présent article s'applique même aux personnes liées par le secret professionnel sauf à l'avocat et au notaire qui, dans l'exercice de leur profession, reçoivent des informations concernant un tel cas.*

*Quiconque contrevient aux dispositions du premier alinéa commet une infraction et est passible d'une amende de 2 500 \$ à 25 000 \$. En cas de récidive, ces montants sont portés au double<sup>17</sup>. »*

[Nos soulignements]

Nous retrouvons, toujours dans la Loi sur la maltraitance, la définition de ce que le législateur entend par maltraitance :

«**2.** Pour l'application de la présente loi, on entend par :

*"maltraitance" : un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne<sup>18</sup> ;*»

Ainsi, l'hygiéniste dentaire qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne est victime de maltraitance **doit signaler sans délai le cas**. La victime doit correspondre à l'une des personnes visées à l'article 21 ci-haut cité. L'hygiéniste dentaire qui exerce dans un établissement régi par la *Loi sur la santé et les services sociaux*<sup>19</sup> (ci-après «la **LSSS**») doit faire ce signalement auprès du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Autrement, l'hygiéniste dentaire œuvrant dans tout autre milieu doit signaler la situation à un intervenant désigné par les organismes prévus à l'article 17 de la Loi contre la maltraitance :

- Un centre intégré de santé et de services sociaux ou une instance locale ou encore le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James ;
- Un corps de police, lorsque les faits au soutien de la plainte ou du signalement peuvent constituer une infraction criminelle ou pénale ;
- Le curateur public du Québec, dans les cas suivants :
  - Le client est sous tutelle ou bien un mandat de protection le concernant a été homologué ;
  - Lorsque l'inaptitude du client à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qu'il ne bénéficie pas d'une mesure de protection particulière ;
- La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, lorsque les faits au soutien de la plainte ou du signalement peuvent constituer un cas de discrimination, d'exploitation ou de harcèlement au sens de la Charte des droits et libertés de la personne ([chapitre C-12](#)) ;
- L'Autorité des marchés financiers, lorsqu'il s'agit d'un cas de maltraitance financière qui est le fait d'une personne assujettie à son encadrement<sup>20</sup>.

Concernant la L.p.j., cette loi permet également à un professionnel ou une professionnelle comme l'hygiéniste dentaire de passer outre au secret professionnel afin de dénoncer une situation à la DPJ lorsqu'il ou elle a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de la loi :

«**39.** Tout professionnel qui, par la nature même de sa profession, prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de l'article 38 ou au sens de l'article 38.1, est tenu de signaler sans délai la situation au directeur ; la même obligation incombe à tout employé d'un établissement, à tout

*enseignant, à toute personne œuvrant dans un milieu de garde ou à tout policier qui, dans l'exercice de ses fonctions, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de ces dispositions. [...]<sup>21</sup>»*

[Nos soulignements]

## QUE FAIRE SI JE CROIS ÊTRE DANS UNE SITUATION OÙ JE SUIS RELEVÉ DU SECRET PROFESSIONNEL ?

Lorsque l'hygiéniste dentaire signale une situation comme décrite précédemment en transmettant l'information à l'autorité désignée, il lui faut ensuite, en vertu de l'article 32.2 du Code de déontologie, transmettre l'information au Bureau du syndic selon les conditions suivantes :

«**32.2.** L'hygiéniste dentaire qui, en application de l'article 32.1, communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence doit :

*1° consigner au dossier du client, dans une enveloppe scellée, les renseignements suivants :*

*a) les motifs au soutien de la décision de communiquer le renseignement, incluant l'identité de la personne ou du groupe de personnes en danger ainsi que l'identité de la personne qui l'a incité à communiquer le renseignement ;*

*b) la date, l'heure et le contenu de la communication, le mode de communication utilisé ainsi que l'identité de la personne à qui le renseignement a été communiqué ;*

*2° transmettre au syndic, dans les 5 jours de la communication, un avis de la communication indiquant les motifs au soutien de la décision de communiquer le renseignement ainsi que la date et l'heure de la communication<sup>22</sup>. »*

Aujourd'hui, beaucoup de dossiers de patients ou patientes ou clients ou clientes des hygiénistes dentaires sont informatisés. Afin de s'acquitter de son obligation, l'hygiéniste dentaire peut alors indiquer au dossier électronique de la personne qu'en vertu des articles 32.1 et 32.2 du *Code de déontologie*, une enveloppe scellée et datée du jour de la transmission des informations au Bureau du syndic contenant les renseignements exigés est conservée à un endroit prédéterminé dans la clinique.

Le secret professionnel étant au cœur de la pratique, lorsque survient une situation où l'hygiéniste dentaire croit que son client ou sa cliente ou encore une personne du public est en danger, il est primordial de se questionner d'abord s'il est permis de briser ce sceau de confidentialité qui enveloppe la relation professionnelle. En effet, la levée du secret professionnel ne doit pas être prise à la légère, mais comme vous avez pu le constater, certaines lois ont été mises en place afin de protéger les plus vulnérables. À cette fin, les professionnels, hygiénistes dentaires inclus, occupent souvent une position privilégiée pour constater un changement ou une problématique entourant le client.

En terminant, il est important de rappeler que la Loi contre la maltraitance et la L.p.j. sont des lois d'ordre public qui imposent une obligation de signaler à tous les professionnels. Compte tenu de leur vulnérabilité et afin de les protéger, le consentement des victimes visées par ces lois n'est pas requis avant que l'hygiéniste dentaire procède à une dénonciation si les conditions prescrites sont rencontrées. ■

## RÉFÉRENCES UTILES :

- ✓ [Curateur public du Québec](#)
- ✓ [Autorité des marchés financiers](#)
- ✓ [Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse](#)
- ✓ [Site du gouvernement du Québec](#)
- ✓ [Ligne abus aînés](#)

## Références :

- 1 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, RLRQ, c. L -6.3, entrée en vigueur le 30 mai 2017.
- 2 *Id*, art. 2.
- 3 *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C -12.
- 4 *Id*, art. 48.
- 5 *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P -34.1.
- 6 *Id*, art. 32.
- 7 *Id*, par. h) de l'art. 32 et, al. 2 de l'art. 72.5.
- 8 *Id*, art. 35.4.
- 9 *Code des professions*, RLRQ, c. C -26.
- 10 *Charte des droits et libertés de la personne*, *supra* note 3, art. 9.
- 11 *Code des professions*, *supra* note 9, art. 60.4. Au surplus, l'article 2858 du Code civil du Québec prévoit qu'un tribunal doit soulever, même d'office, une violation au respect du droit au secret professionnel.
- 12 *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, RLRQ, c. C -26, r. 140.
- 13 *Id*, art. 32.1.
- 14 E. Morissette, et I. East-Richard, « Maltraitance des personnes aînées : que doit faire l'hygiéniste dentaire », *L'Explorateur*, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, avril 2014, volume 24, numéro 1.
- 15 [Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et les personnes vulnérables | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#), site consulté le 2024-05-14.
- 16 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027-Reconnaître et agir ensemble*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022.
- 17 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, *supra* note 1, art. 21.
- 18 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* *supra* note 2.
- 19 *Loi sur la santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S 4.2.
- 20 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, *supra* note 1, art. 17.
- 21 *Loi sur la protection de la jeunesse*, *supra* note 5, art. 39 al. 1.
- 22 *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*, *supra* note 12, art. 32.2.





# BIEN SE PRÉPARER À LA VISITE D'INSPECTION DU PROGRAMME DE SURVEILLANCE GÉNÉRALE

## - LE SERVICE D'INSPECTION

L'inspection professionnelle est un mécanisme important de protection du public qui s'appuie essentiellement sur la prévention, mais aussi sur des actions correctives au sein des ordres professionnels. L'inspection professionnelle vise de ce fait à surveiller la compétence professionnelle des membres d'un ordre afin d'assurer la qualité et l'amélioration continue de leur pratique.

L'hygiéniste dentaire doit répondre dans les plus brefs délais à toute [correspondance](#) provenant du service d'inspection ou du Comité d'inspection professionnelle (CIP) de l'Ordre<sup>1</sup>. Cette obligation s'inscrit dans les devoirs et obligations envers la profession.

**Voici quelques consignes permettant de bien se préparer à la visite d'inspection du programme de surveillance générale**

### 1. Consulter la page [En quoi consiste l'inspection professionnelle](#) et la [Boîte à outils](#) sur le site internet de l'Ordre

Lorsque la date de rencontre est convenue, une invitation à consulter la rubrique **En quoi consiste l'inspection professionnelle** et la **Boîte à outils** de l'inspection est envoyée par courriel. Veuillez vérifier vos courriels indésirables. Cette rubrique est toutefois accessible en tout temps sur le site web de l'Ordre dans la section **Hygiénistes dentaires** sous l'onglet de [Surveillance de la pratique](#).

### 2. Ne pas imprimer les documents de la [Boîte à outils](#)

Les références qu'elle contient vous sont déjà familières. Ce sont, entre autres, des extraits de la réglementation, des articles déjà publiés dans [L'Explorateur](#) et une section sur les Normes, guides, mémoires et énoncés. Les hyperliens mènent directement aux versions les plus récentes, faciles à consulter à l'écran.

### 3. Répondre aux questions grâce à son bon jugement professionnel

Votre jugement professionnel vous permettra de répondre aisément à la majorité des questions du questionnaire préalable à la visite. Les références de la **Boîte à outils** peuvent tout de même vous permettre de confirmer vos réponses à certaines des questions.

### 4. Il n'est pas nécessaire d'inscrire les références

Par vos réponses, le CIP souhaite constater votre compréhension. Il n'est donc pas justifié de retranscrire mot à mot le texte d'une des références ni d'ajouter à votre réponse le titre ou l'article de la référence qui vous a été utile.

### 5. Éviter de solliciter les réseaux sociaux

L'inspection professionnelle étant un processus confidentiel, le fait de demander de l'aide à des collègues sur les réseaux sociaux ou d'autres façons constitue une [entrave](#)<sup>2</sup> au travail du CIP dans l'exercice de ses fonctions qui doit s'assurer de la compétence à exercer la profession de façon adéquate. Toutes questions en lien avec l'inspection doivent donc être confiées au personnel du service d'inspection professionnelle de l'Ordre qui pourra vous apporter des clarifications ou des pistes utiles pour vous aider. Vous pouvez nous transmettre vos questions par courriel à l'adresse [inspection@ohdq.com](mailto:inspection@ohdq.com).

### 6. Ne pas appeler la compagnie d'assurance pour le questionnaire

Les gens travaillant pour l'assureur n'ont pas dans leur fonction de vous aider pour l'inspection. Ils vous offriront toutefois un excellent service si vous les appelez pour signaler une situation de votre pratique pouvant donner lieu à une réclamation. Les références requises pour répondre aux quelques questions du questionnaire préparatoire qui sont en lien avec votre assurance de responsabilité professionnelle sont toutes classées sous le thème « **Assurance de responsabilité professionnelle** » de la **Boîte à outils**.

### 7. Ne pas se fier aux collègues qui en parlent

Le programme de surveillance générale se module au fil des ans, certains éléments en feront toujours partie, mais seront abordés sous un angle différent et d'autres seront modifiés au besoin. En d'autres mots, le [programme](#)<sup>3</sup> n'est pas le même qu'il y a dix ans ou même deux ans, puisqu'il doit être adopté annuellement par le Conseil d'administration (CA) de l'Ordre.



## 8. Se rendre compte de ce qui est déjà très bien dans votre pratique

L'autoévaluation du questionnaire vous permet de valider dans votre pratique actuelle ce qui est présentement conforme aux normes en vigueur. Vous serez ainsi déjà rassurés sur ces aspects.

## 9. Mettre en place les améliorations qui peuvent être faites dès maintenant

L'autoévaluation vous aide à constater les points nécessitant d'être améliorés, dont certaines modifications peuvent être amorcées dans l'immédiat.

## 10. Tenir compte de la date de retour du questionnaire

Environ quatre semaines sont allouées à chaque hygiéniste dentaire pour remplir le questionnaire. Certains membres, bénéficiant d'un horaire flexible ou connaissant bien la réglementation et les publications de l'Ordre, réalisent cet exercice en moins d'une semaine. D'autres ont toutefois besoin de quatre semaines compte tenu de leurs obligations professionnelles, familiales et personnelles. La **date de retour** indiquée sur la lettre d'avis de vérification demeure toutefois la [date butoir](#)<sup>1</sup> pour acheminer le **questionnaire** ainsi que les **pièces justificatives** par courriel ou par télécopieur.

## 11. Conserver un exemplaire du questionnaire rempli

Cela facilitera les discussions lors de la rencontre et votre compréhension du rapport de visite.

## 12. Ne pas envoyer deux ou trois fois votre questionnaire et vos pièces justificatives.

Si vous choisissez de faire l'envoi par courriel à [inspection@ohdq.com](mailto:inspection@ohdq.com), la confirmation automatique suffit à vous rassurer que votre envoi a bien été reçu. Pour les envois par télécopieur, nous communiquons avec vous uniquement si des pages sont manquantes ou illisibles. Aucune autre confirmation n'est faite, mais nous communiquons systématiquement avec les retardataires dès le lendemain de la date butoir indiquée dans votre lettre d'avis.

## 13. Ne pas oublier de fournir les pièces justificatives requises

Outre une copie numérique du questionnaire rempli, vous devez fournir avant la visite les pièces justificatives qui vous seront demandées dans votre lettre d'avis, en fonction de votre type d'inspection (générale, particulière ou de cabinet d'hygiène dentaire). Pour les rencontres en personne dans les cliniques ou en santé publique, vous devez rendre accessible au moins trois dossiers clients présélectionnés d'avance. Vous n'avez pas à les imprimer, ils pourront être consultés sur place lors de la rencontre.

## 14. Ne rien apprendre par cœur

La rencontre est davantage axée sur votre pratique au quotidien ainsi que vos connaissances des normes et de la réglementation. Vous échangerez notamment sur :

- certains éléments du questionnaire prévisite ;
- la tenue des dossiers, les ordonnances et la confidentialité ;
- les mesures quotidiennes en prévention et contrôle des infections (PCI).

## 15. Une attitude professionnelle

L'inspection professionnelle est une obligation pour tous les ordres professionnels et le [programme de surveillance générale](#)<sup>3</sup> représente un moment privilégié de faire le point sur sa pratique, de valider et de clarifier certains aspects dans le but d'améliorer ses façons de faire, et ce, toujours pour le bien des clients.

**Le CIP souhaite sincèrement que la visite de vérification professionnelle soit une source de motivation pour l'amélioration de votre pratique et votre dépassement professionnel. ■**

### Références :

1. [Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec](#)
2. [Code des professions](#)
3. [Programme de surveillance générale](#)

### SERVICE D'INSPECTION

Masengu Joëlle Mbanga, H.D., Coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Jinette Laparé, adjointe administrative

Marie-Astrid Colin, adjointe administrative

Carolle Bujold, H.D., inspectrice

Julie Lessard, H.D., inspectrice

[inspection@ohdq.com](mailto:inspection@ohdq.com)

### MEMBRES DU CIP

Marie-Josée Dufour, H.D., présidente du CIP

Julie Chrétien, H.D., présidente substitut et membre du CIP

Sophie Campagna, H.D., membre du CIP

Mylène Chauret, H.D., membre du CIP

Julie McDuff, H.D., membre du CIP



# SOURIRES SOLIDAIRES, UNE CLINIQUE DENTAIRE COMMUNAUTAIRE ET MULTIDISCIPLINAIRE UNIQUE EN SON GENRE!

- Entrevue réalisée par **JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., CATHERINE ROBERGE**, responsable des communications et **LOLA NUNES**, adjointe à présidence et aux communications

Article rédigé par **LOLA NUNES**, adjointe à la présidence et aux communications

« *Tous ensemble dans une collaboration pour la santé sociale* », c'est ce que ne cesse de répéter la D<sup>re</sup> Tasnim Alami-Laroussi, fondatrice de la Clinique dentaire communautaire pour enfants, Sourires Solidaires, située à Laval. Et cette phrase, elle l'applique au sein de ses équipes depuis l'ouverture en 2021 dans le but d'offrir les meilleures prestations à sa clientèle d'un autre genre.

Le manque d'accessibilité aux soins était déjà une problématique majeure en 2016, et particulièrement pour les enfants à besoins particuliers. Relativement à cette constatation, le D<sup>r</sup> Farid Amer Ouali et la D<sup>re</sup> Tasnim Alami-Laroussi, dentistes diplômés de l'Université de Montréal, se sont associés à Yvon Leclerc, dentiste pédiatrique à Laval. « *C'est le cumul d'expériences, de rencontres et d'échanges qui nous ont poussés à vouloir créer cette clinique. Nous voulions développer un modèle basé sur la prévention. Chez Sourires Solidaires, l'hygiéniste dentaire devient la première ligne. Le dentiste, c'est la dernière ligne.* », indique la D<sup>re</sup> Alami-Laroussi.

## UNE OBNL UNIQUE AU QUÉBEC

L'objectif était clair : proposer un espace pensé et consacré à ces enfants lavallois âgés de 0 à 17 ans, souvent mal compris, avec des troubles neurologiques ou du comportement, parfois atteints de trisomie 21 ou issus de l'immigration, et souvent, touchés par des situations familiales précaires.

En résumé, ce sont tous des enfants pour qui aller chez le dentiste est synonyme d'inconfort, d'anxiété, de rejet ou de peur. Pour l'équipe soignante, cet ensemble de sentiments et de réactions comporte son lot de difficultés et de défis à surmonter. Et il faut avouer que l'équipe buccodentaire est souvent mal préparée pour affronter ces situations.

Comme tout le monde, les enfants vulnérables ont besoin de soins. La clinique communautaire Sourires Solidaires a créé un lieu pensé par un personnel professionnel qui connaît ces troubles. Et comme si ce projet n'était pas assez fou, le deuxième défi de la clinique était de rendre certains services gratuits.

**LA MAJORITÉ DES ENFANTS AUX BESOINS PARTICULIERS SONT TRAITÉS EN MILIEU HOSPITALIER ET DOIVENT SOUVENT PARCOURIR DE GRANDES DISTANCES POUR SE RENDRE À LEUR RENDEZ-VOUS.**

65%

des enfants autistes ne sont pas suivis par un dentiste généraliste.

83%

des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme considèrent difficile de brosser les dents de leur enfant dû au manque de coopération.



Salim Amalou, H.D.; Karolanne Dubé, H.D.; Céline Charrette, H.D., SPM; Lyne Turgeon, H.D., SPM; Ana Leyva, H.D., SPM. Photo: Lola Nunes

SPM = Sourires par la main

S.Éd. = Sourires éducatifs



Tasnim Alami Laroussi, DMD, cofondatrice, Jean-François Lortie, H.D., B. Éd., président de l'OHDQ. Photo: Lola Nunes

Pour faire émerger cet OBNL, une entente multidisciplinaire est née entre les différents corps de métier: dentistes, hygiénistes dentaires, dentistes pédiatriques, chirurgien maxillo-facial, assistantes dentaires, secrétaires dentaires, ergothérapeute, orthophoniste, éducatrice spécialisée. Un seul mot d'ordre: trouver une nouvelle façon de travailler en communion, où les uns et les autres apportent leurs compétences toujours tournées vers le bien de l'enfant. La D<sup>re</sup> Alami-Laroussi souligne: «*Nous voulions penser différemment. En 2017, nous sommes allés explorer des entreprises et nous avons découvert l'économie sociale. Je trouve que c'est une économie très adaptée pour le milieu de la santé. C'est toujours du privé, mais il y a une liberté, une agilité organisationnelle, tout en restant tourné vers l'intérêt du client. Nous restons une organisation à but non lucratif, avec un devoir d'être rentable à travers nos clients, mais nous sommes là pour répondre à une mission envers le public*». En effet, l'organisme se doit d'être viable financièrement pour permettre d'offrir certains services gratuits aux plus défavorisés. Être un OBNL permet de s'ouvrir à différents types de financement comme les subventions gouvernementales, les dons ou encore le bénévolat. «*C'est beaucoup d'innovation, il aura fallu 3 ans de préparation*», explique Ana Leyva, hygiéniste dentaire à la clinique et présente depuis le début du projet.

Entre 2018 et 2021, l'implantation de Sourires Solidaires est enclenchée. Grâce à la motivation et aux dévouements des équipes bénévoles du projet, l'organisme finit par recevoir un numéro de bienfaisance permettant ainsi d'obtenir de nombreux financements pour les soins gratuits.

Le but des fondateurs de Sourires Solidaires est aussi de changer le rapport avec les clients. «*Ils ne viennent pas voir le dentiste, ils viennent à la clinique de leur quartier, leur clinique communautaire. La plupart de nos clients ne seraient même pas allés chez le dentiste... Ce sont les 20% qui ne vont jamais chez le dentiste. Dans le fond, le but, c'est de leur faire comprendre l'importance des soins buccodentaires et de les ramener dans le système de la santé. Après deux ou trois ans, ils reprennent confiance et ils deviennent autonomes.*» explique la D<sup>re</sup> Alami-Laroussi.



Céline Charrette, H.D., SPM; Ana Leyva, H.D., SPM; Karolanne Dubé, H.D.; Ana Maria Arango, S. Éd./SPM; Lyne Turgeon, H.D., SPM; Tasnim Alami Laroussi, DMD, cofondatrice, Jean-François Lortie, H.D., B. Éd., président de l'OHDQ. Photo: Lola Nunes

SPM = Sourires par la main

S.Éd. = Sourires éducatifs



Photo: Lola Nunes



Photo: Sourires Solidaires

## UNE ENTENTE MULTIDISCIPLINAIRE

Toute l'équipe de Sourire Solidaires a puisé dans les connaissances de chaque profession présente dans la clinique. Ana Levy explique comment elle a pu perfectionner sa pratique: «*Nous avons été formés par nos collègues praticiens, un ergothérapeute, une orthophoniste, une éducatrice spécialisée et une psychoéducatrice. Ils nous donnent des outils pour comprendre le comportement des enfants neuroatypiques (dont le fonctionnement neurologique diffère de la norme), mais aussi une neurodiversité. L'approche est différente, car nous ne nous adressons pas aux parents, mais bien aux enfants directement et dès leur arrivée auprès des secrétaires. C'est à l'enfant que nous disons bonjour.*» Cet enseignement mutuel a fait ses preuves. Toutes et tous l'appliquent au quotidien dans leur pratique sur les clients. La clinique est recommandée et encensée à tel point qu'ils ont des demandes de prise en charge à travers tout le Québec. «*Nous avons des clients qui viennent depuis la Côte-Nord, du Bas-Saint-Laurent et même de l'Abitibi-Témiscamingue pour faire soigner leurs enfants.*» continue Ana Levy. Ce succès démontre un manque criant d'infrastructure.

Les équipes de la clinique Sourires Solidaires ont à cœur de faire rayonner leurs expériences. Ils s'attellent à accueillir régulièrement des stagiaires en hygiène dentaire, mais aussi en dentisterie pédiatrique, pour créer les futures générations de praticiens toujours plus formés à la prise en charge des enfants vulnérables.



Photo: Sourires Solidaires

## DES SERVICES GRATUITS ET INCLUSIFS

L'établissement accueille à la fois des clients avec des services payants et en même temps, il intègre ceux avec des besoins particuliers et offre aux familles n'ayant pas les moyens financiers la possibilité de se faire soigner. Au Québec, une majorité des soins dentaires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, y compris pour les enfants, par exemple le nettoyage ou la désensibilisation. La clinique Sourires Solidaires a souhaité répondre à ce besoin et pour cela, elle a frappé à toutes les portes pour obtenir des subventions gouvernementales, des commandites d'entreprises, des dons et du bénévolat. Enfin, le fruit des prestations payantes est réinjecté pour les soins offerts aux familles démunies.

Ce travail acharné et cette économie sociale circulaire ont permis de mettre au point trois programmes destinés aux clients bénéficiaires. Pour accéder à ces services, un premier tri se fait par le référencement des clients par d'autres organismes communautaires. Les secrétaires dentaires vont également questionner les familles, afin de les aiguiller vers le programme le plus adapté.



Photo: Lola Nunes



Photo: Lola Nunes

Le premier programme est **Sourires du cœur**. Il permet aux enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés d'obtenir des soins. Ils vont être référés par des organismes communautaires lavallois parce qu'ils présentent des conditions buccodentaires pouvant nuire à leur santé globale. Les profils peuvent être très différents, « *des familles lavalloises qui n'ont plus les moyens, mais aussi des réfugiés d'Ukraine, des demandeurs d'asile* », souligne Céline Charrette, H.D.



Photo: Sourires Solidaires

# soûrires Solidaires



Photo: Sourires Solidaires

Le second programme, **Sourires par la main**, est un service spécialisé et adapté pour les enfants à besoins particuliers. Ils peuvent être diagnostiqués avec une déficience physique, intellectuelle ou encore un trouble du spectre de l'autisme. Dans ce cadre-ci, l'ergothérapeute, l'orthophoniste ou encore l'éducatrice spécialisée sont appelés pour apaiser et communiquer avec l'enfant pour le rassurer. L'objectif est de fournir une prise en charge multidisciplinaire pour assurer le développement global de l'enfant en passant par une bonne santé buccodentaire.



Photo: Sourires Solidaires



Photo: Sourires Solidaires



Photo: Lola Nunes

Depuis septembre 2023, le dernier venu, le programme **Sourires éducatifs**, permet d'aider à l'adoption et au maintien d'habitudes saines pour une meilleure santé dentaire. Le rôle de l'hygiéniste dentaire est au cœur de ce programme qui commence par la visite du centre éducatif de la Clinique de Sourires Solidaires et se poursuit par une éducation individualisée de la santé buccodentaire des enfants et des parents. Il vise en effet à transmettre aux enfants et à leur entourage une compréhension de l'importance de la prévention et ainsi améliorer à court et long terme leur santé buccodentaire. Ana Levy, H.D., détaille, « *L'idée est de faire un suivi avec l'enfant et les parents, quatre fois par an, notamment lorsqu'ils ont des caries aux étapes C1 et C2. Nous pouvons faire un suivi préventif avec l'éducation autour de la soie dentaire, du brossage, de l'alimentation et du contrôle des plaques.* »

En 2024, la clinique dentaire pédiatrique Sourires Solidaires, c'est 30 salariés et plus de 120 bénévoles. Le prochain objectif de la D<sup>re</sup> Alami-Laroussi est de perdurer et de convaincre les professionnels et professionnelles, ainsi que d'autres organismes, de monter un projet similaire à travers tout le Québec et de replacer le client au cœur de l'économie de la santé. ■



# PRATIQUE INCLUSIVE DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

- CATHERINE ROBERGE, responsable des communications

## 1. Réseau international sur le Processus de production du handicap

<https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

En complément de l'article « Soins d'hygiène dentaire adaptés aux clientèles présentant des besoins particuliers » d'Annie Deguire, consultez le site du Réseau international sur le Processus du handicap. Vous y trouverez le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) qui est un modèle conceptuel visant à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Le modèle s'applique à l'ensemble des personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de leurs déficiences et incapacités.



## 2. Convention relative aux droits des personnes handicapées

<https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Sur le site des Nations Unies, vous pouvez consulter la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Traité international adopté en 2006, il aide à protéger les droits des personnes handicapées dans le monde entier. Il contribue à prévenir la discrimination, à éliminer les obstacles liés à l'accessibilité et démontrer les capacités et les contributions des personnes handicapées. Le Canada et 183 autres États parties ont accepté les obligations légales contenues dans la CDPH.



## 3. Ligne aide maltraitance adultes aînés

<https://lignemaltraitance.ca/fr>

Vous croyez être témoin d'un cas de maltraitance? La Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés est une ligne téléphonique provinciale d'écoute, de référence et d'accompagnement spécialisée en matière de maltraitance envers les aînés et les adultes en situation de vulnérabilité. En tant que professionnel de la santé, la Ligne Aide Maltraitance Adultes Aînés peut vous offrir un soutien afin de faciliter votre prise de décision.

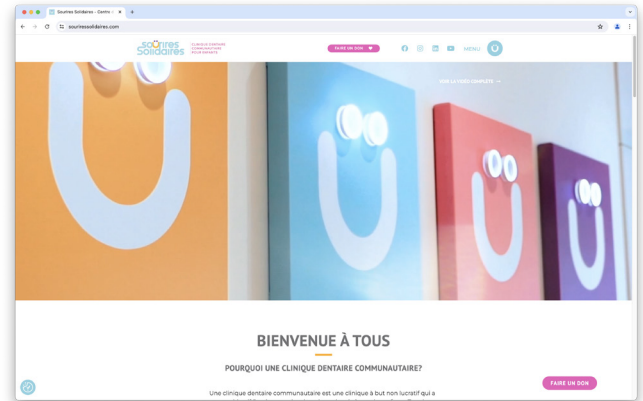




## 4. Sourires Solidaires

<https://souriessolidaires.com/>

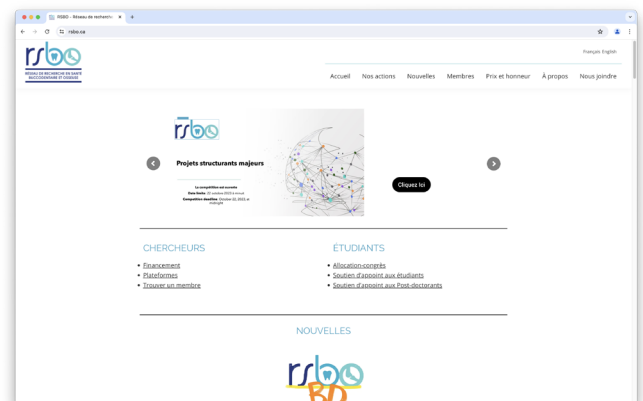
Découvrez davantage cette clinique dentaire communautaire qui travaille avec les clientèles pédiatriques défavorisées et avec celles ayant des besoins particuliers. La clinique offre ses services sous trois programmes : Sourires du cœur (service pour les enfants issus de milieux socioéconomiques défavorisés), Sourires éducatifs (éducation individualisée en santé dentaire dans la communauté) et Sourires par la main (services adaptés pour les enfants à besoins particuliers). Sa mission : offrir des soins accessibles et adaptés à tous les enfants, quelle que soit la nature de leurs besoins, et ce en complémentarité avec les services publics.



## 5. Le Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse

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

Le site Web du Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse (RSBO) vous permet d'avoir un aperçu du travail qu'effectue le RSBO en matière de recherche, mais aussi dans la transmission des nouvelles connaissances sur la santé et les maladies buccodentaires, crano-faciales et osseuses. Découvrez ses actions et ses membres, en plus d'en apprendre plus sur sa mission et son projet Art et Science (bande dessinée).



## 6. Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement

<https://www.cesbv.ulaval.ca/>

Le site Web du Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement date un peu, mais communique tout de même de l'information pertinente sur le maintien et l'amélioration de la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans et plus, et ce afin de mieux répondre à leurs besoins. Plus précisément, il offre de multiples informations et ressources liées à la santé buccodentaire des personnes âgées. À noter la section consacrée au brossage des dents d'un proche en perte d'autonomie qui comprend plusieurs vidéos explicatifs. ■





# CALENDRIER DES FORMATIONS CONTINUES ET WEBCONFÉRENCES 2024-2025

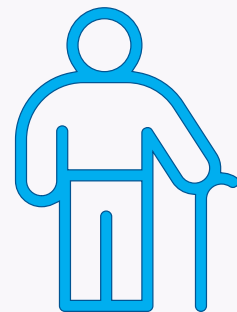
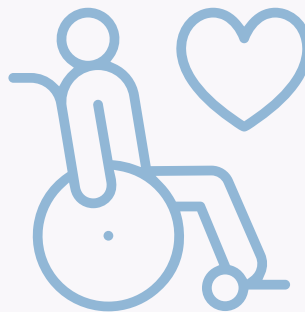
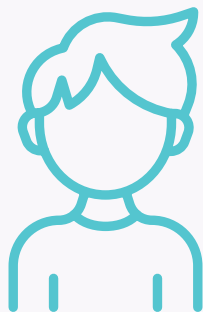
## CONGRÈS 2024 : « Pour une pratique inclusive de l'hygiène dentaire ! » et ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'OHDQ

Précédé d'un pré-congrès : « Virage vert et écoresponsabilité, par où commencer ? »

Les **1<sup>er</sup> et 2 novembre 2024** au Centre des congrès de Québec.

Information : <http://www.congresohdq.com>

Inscription : <https://portail.ohdq.com/CampusHD>



## FORMATION À VENIR :

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
Webinaire asynchrone — Webinaire d'information sur le Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires.	Membres du personnel de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec	1 h	Gratuit

### Description

Le Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires du Québec est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2024. Pour favoriser la compréhension des membres sur le processus ayant mené aux différents changements liés à ce nouveau Règlement ainsi qu'à son application, l'Ordre des hygiénistes dentaires décide d'offrir ce webinaire d'information afin qu'un plus grand nombre d'hygiénistes dentaires puissent bénéficier de ces informations. Ce webinaire, composé de plusieurs présentations vidéo, répond entre autres aux questions des membres posées lors des séminaires d'information sur le Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires. Une foire aux questions à cet effet est également disponible sur le site de l'Ordre.

# COUP DE PROJECTEUR SUR LES FORMATIONS SUIVANTES :

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
Webinaire asynchrone - La pratique réflexive – L'évaluation de la pratique professionnelle	<b>Dieuline Jean-Charles</b> , H.D., B. Éd. <b>Clara Dallaire</b> , M. Éd., Ph., D. (c)	1 h	Gratuit

## Description

Les données scientifiques ont démontré que la pratique réflexive est une démarche qui favorise le développement professionnel de ceux qui l'utilisent. Depuis de nombreuses années, la pratique réflexive a su faire ses preuves dans le domaine de l'éducation. À présent, divers domaines professionnels explorent les avantages qu'offre cette pratique pour le développement des compétences professionnelles de leurs membres.

Cette activité de formation sur la pratique réflexive et l'évaluation de la pratique professionnelle permettra aux hygiénistes dentaires de mieux saisir cette démarche d'autoévaluation proposée par l'Ordre favorisant une meilleure assimilation et une prise de conscience des apprentissages. Pour ce faire, deux vidéos sur le sujet sont à visionner et au terme de ce webinaire, les participants seront en mesure de compléter l'activité de formation «Évaluation de la pratique professionnelle – Portfolio de développement professionnel de l'OHDQ».

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
Évaluation de la pratique professionnelle – Portfolio de développement professionnel de l'OHDQ	<b>Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</b>	2 h	Gratuit

## Description

Le Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires du Québec est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2024.

Pour soutenir les membres dans leur démarche de développement professionnel, l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec met à leur disposition un portfolio de développement professionnel comprenant un outil technologique permettant de réaliser une démarche réflexive en quatre étapes et des ressources documentaires en soutien à cette démarche.

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
Webinaire synchrone - Atelier d'accompagnement sur la démarche réflexive	<b>Membres du personnel de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</b>	0 h 30	Gratuit

## Description

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires, le 1<sup>er</sup> avril 2024, les membres transmettent diverses questions à l'Ordre pour mieux comprendre la démarche réflexive à réaliser dans le portfolio de développement professionnel de l'OHDQ.

L'Ordre offre actuellement dans son catalogue, une activité de formation continue intitulé «La pratique réflexive: l'évaluation de la pratique professionnelle». Cette activité de formation continue fournit aux membres toutes les informations nécessaires pour comprendre le concept de pratique réflexive et pour réaliser la démarche réflexive de l'OHDQ.

L'atelier d'accompagnement sur la démarche réflexive servira, quant à lui, à apporter des réponses aux questions restantes à la suite de la participation à l'activité de formation continue «La pratique réflexive: l'évaluation de la pratique professionnelle».

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
Programme d'accompagnement pour l'ouverture de cabinet d'hygiène dentaire	<b>Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</b>	2 h	Gratuit

## Description

En plus de proposer une série de ressources documentaires à consulter, ce programme invite les membres ayant un intérêt pour l'ouverture d'un cabinet d'hygiène dentaire à remplir un questionnaire d'autoévaluation les orientant dans les différents aspects réglementaires liés au démarrage d'une entreprise.

L'article 7 du [Règlement sur la formation continue obligatoire des hygiénistes dentaires du Québec](#) reconnaît 2 h de formation continue pour la participation au programme d'accompagnement volontaire à titre d'activité d'évaluation de l'exercice de la profession.

# FORMATIONS EN SALLE 2024-2025

## FORMATION EN RCR – CARDIO SECOURS ADULTES-ENFANTS/DEA

Formateur	Nombre d'heures de formation continue	Type de cours	Nombre maximal de participants	Coût (taxes incluses)
Formation Langevin	4 h	Théorique et pratique	22	74,73 \$
<b>Sessions — dates et heures</b>				
VISITER <a href="https://portail.ohdq.com/CampusHD">https://portail.ohdq.com/CampusHD</a>				

## FORMATION POSTURES ET MOUVEMENTS AU TRAVAIL POUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

La formation « Postures et mouvements au travail pour les hygiénistes dentaires » permettra à chaque participant de trouver des réponses et des solutions à ses inconforts, de prévenir les blessures, de bouger de façon plus organique et d'adopter des postures optimales en tout temps.

Formatrice	Nombre d'heures de formation continue	Type de cours	Nombre maximal de participants	Coût (taxes incluses)
Julie Labelle, ostéopathe, D.O.	4 h	Théorique et pratique	30	126,47 \$
<b>Sessions — dates et heures</b>				
VISITER <a href="https://portail.ohdq.com/CampusHD">https://portail.ohdq.com/CampusHD</a>				

# FORMATION WEBINAIRE SYNCHRONES 2024-2025

## LE DÉBRIDEMENT PARODONTAL NON CHIRURGICAL: LES BONNES PRATIQUES

Le débridement parodontal non chirurgical est l'une des activités réservées dans la pratique professionnelle de l'hygiéniste dentaire. Il est essentiel que les membres maintiennent leurs connaissances à jour sur ce sujet. Cette formation cible les bonnes pratiques en débridement parodontal non chirurgical.

Formatrice	Nombre d'heures de formation continue	Type de cours	Nombre minimal / maximal de participants	Coût (taxes incluses)
M <sup>me</sup> Myriam Plante, H.D., B. Éd.	2 h 30	Webinaire synchrone	Minimum: 20 Maximum: 40	68,99 \$
<b>Sessions — dates et heures</b>				
VISITER <a href="https://portail.ohdq.com/CampusHD">https://portail.ohdq.com/CampusHD</a>				

# WEBCONFÉRENCES 2024-2025 (WEBINAIRES ASYNCHRONES)

Pour plus d'informations, rendez-vous sur <https://portail.ohdq.com/CampusHD>.

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
<b>Formations de l'OHDQ de la liste de formations en Éthique et déontologie*</b>			
Bases du système professionnel et de la déontologie professionnelle au Québec	<b>M<sup>e</sup> Lancot</b> B.A., LL. B., Adm. A.	3 h	80,48 \$
Déontologie, cas pratiques et jurisprudence	<b>Julie Boudreau</b> , H.D. <b>M<sup>e</sup> Laurence Rey El fatih</b> , LL. B.	1 h 30	28,74 \$
Éthique et déontologie	<b>Ordre des hygiénistes dentaires du Québec</b>	2 h	28,74 \$
Exercice autonome de l'hygiéniste dentaire au Québec	<b>M<sup>e</sup> Érik Morissette</b> , avocat <b>M<sup>e</sup> Stéphane Lalancette</b> , avocat	1 h 30	57,49 \$
L'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire, un gage de confiance	<b>Julie Boudreau</b> , H.D., syndique, OHDQ <b>Jacques Gauthier</b> , erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire, OHDQ <b>M<sup>e</sup> Érik Morissette</b> , avocat, Fasken Martineau DuMoulin S.E.N.C.R.L., s.r.l.	1 h 30	28,74 \$
La publicité professionnelle des hygiénistes dentaires : balises déontologiques	<b>M<sup>e</sup> Lancot</b> B.A., LL. B., Adm. A.	1 h 30	57,49 \$
Les lois et les règlements encadrant la profession d'hygiéniste dentaire.	<b>M<sup>e</sup> Érik Morissette</b> , associé chez Fasken Martineau DuMoulin S.E.N.C.R.L., s.r.l. <b>M<sup>e</sup> Delphine Culat</b> , avocate	2 h	51,74 \$
<b>Formations de l'OHDQ de la liste de formations sur les normes en Prévention et en Contrôle des Infections (PCI)*</b>			
Aérosols dentaires: Qu'avons-nous appris de la pandémie?	<b>Caroline Duchaine</b> , Ph. D. <b>Jean Barbeau</b> , Ph. D. (microbiologiste)	1 h 30	28,74 \$
Conduites d'eau dentaires et systèmes d'évacuation	<b>Jean Barbeau</b> , Ph. D. (microbiologiste)	1 h	57,49 \$
La désinfection et l'asepsie des surfaces	<b>Jean Barbeau</b> , Ph. D. (microbiologiste)	1 h	57,49 \$
Prévention et contrôle des infections: Le top 10 des erreurs les plus fréquentes	<b>Dieuline Jean-Charles</b> , H.D., B. Éd. et les membres du <b>Comité de Prévention et de Contrôle des Infections de l'Ordre</b>	1 h	Gratuit
<b>Autres formations offertes par l'OHDQ</b>			
Appliquer topiquement un agent anesthésiant, anticariogène ou désensibilisant	<b>Annie Deguire</b> , H.D., M. Éd. <b>Anna-Maria Cuzzolini</b> , H.D.	1 h 30	28,74 \$
Conseils financiers, comptables et fiscaux pour le démarrage de votre entreprise	<b>Johanne Berger</b> , CPA, CA, M. Fisc.	1 h 30	28,74 \$
Dentisterie pédiatrique au quotidien: quoi de neuf en 2022	<b>Nabil Ouatik</b> , D.M.D., M. Sc., FRCD(C) <b>Eiz Abdul Razzak</b> , H.D.	1 h 30	28,74 \$
Évaluer la condition buccodentaire d'une personne	<b>Annie Deguire</b> , H.D., M. Éd. <b>Masengu Joëlle Mbang</b> , H.D.	1 h 30	28,74 \$

Nom du webinaire	Formateur(s)	Nombre d'heures de formation continue	Coût (taxes incluses)
L'aspect pharmacologique de la nouvelle pratique; pour être prêts!	<b>Martin Darisse</b> , B. Pharm, B. Sc. (Méd. dentaire), Pharm. D.	1 h 30	28,74 \$
La contribution de l'hygiéniste dentaire au sein de la pratique orthodontique: une histoire d'équipe!	<b>Pascale Robitaille</b> , D.M.D., M. Sc., FRCD(C) <b>Natasha Cassir</b> , D.M.D., M. Sc., FRCD(C) <b>Brigitte Desmarais</b> , H.D.	1 h 30	28,74 \$
La relation entre les piercings buccaux et le risque accru de complications orales et systémiques	<b>D<sup>re</sup> Mélanie Campese</b> , D.M.D., FRCD(C), parodontiste et spécialiste en implantologie	1 h 30	57,49 \$
Le processus de soins en hygiène dentaire, le cadre de la pratique contemporaine de l'hygiéniste dentaire	<b>Monique Delisle, H.D., M. Éd.</b>	1 h 30	28,74 \$
Les fondements du partenariat patient et pistes de réflexion sur la pratique de l'hygiène dentaire	<b>Geneviève David</b> , M. Sc., CAPM, MPA	1 h 30	28,74 \$
Les fondements juridiques à respecter dans le cadre de la gestion d'employés	<b>M<sup>e</sup> Marianne Plamondon</b> , avocate, associée, CRHA, MBA	1 h 30	28,74 \$
Nouvelle classification des parodontites, péri-implantites et mucosites péri-implantaires	<b>D<sup>r</sup> Jean-François Tessier</b> , D.M.D., M. Sc.	1 h 30	57,49 \$
Santé des populations: l'apport de l'hygiéniste dentaire	<b>D<sup>re</sup> Stéphanie Morneau</b> , dentiste-conseil en santé dentaire publique, <b>D<sup>re</sup> Élise Bertrand</b> , dentiste-conseil en santé dentaire publique, <b>Isabelle Daoust</b> , hygiéniste dentaire et agente de planification, de programmation et de recherche	1 h 30	28,74 \$
Système de la santé et des services sociaux au Québec	<b>D<sup>re</sup> Stéphanie Morneau</b> , D.M.D., D.E.S. éthique <b>D<sup>re</sup> Élise Bertrand</b> , D.M.D., M. Sc. <b>Isabelle Daoust</b> , H.D., B.A.	2 h	57,49 \$
Virus du papillome humain et cancer de l'oropharynx: discutons détection, conseils aux patients et vaccination	<b>D<sup>re</sup> Nathalie Audet</b> , MDCM, FRCS(C)	1 h 30	28,74 \$

\* D'autres formations sont disponibles dans les listes sur [Campus HD](#).

Chaque participant aux formations webinaires asynchrones doit obligatoirement répondre à « l'examen de validation et de compréhension » sur [Campus HD](#) (section Évaluation). Les réponses à ce questionnaire visent à évaluer leur compréhension. La note de passage est 80 %.

# LECTURES D'ARTICLES DE REVUE ET DE DOCUMENTS

Pour retrouver les articles de revue ou de documents choisis par l'Ordre, rendez-vous sur [Campus HD](#), onglet « Catalogue », catégorie « Lecture d'articles de revue ou de documents ».

## FORMATION EXTERNES

Découvrez de nombreux liens vers des formations ou de pages de formation continue offertes par les Universités, les Cégeps, d'autres ordres professionnels, etc. sur [Campus HD](#), onglet « Catalogue », catégorie « Formations externes ».

## RENSEIGNEMENTS AVANT DE VOUS INSCRIRE

### POUR UN PLEIN ACCÈS À LA FORMATION CONTINUE

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

Notre nouvelle plateforme est à votre disposition pour cela, rendez-vous sur : [Campus HD](#)

### Politique d'inscription, d'annulation et de remboursement

Pour plus d'informations, veuillez consulter la [Politique d'inscription, d'annulation et de remboursement](#). ■





# PRIX ET BOURSES DE L'ORDRE : IL EST TEMPS DE POSER VOTRE CANDIDATURE!

## PRIX SYLVIE-DE-GRANDMONT

Ce prix d'excellence vise à souligner l'engagement exceptionnel d'un(e) hygiéniste dentaire envers sa profession, et ce, par des réalisations qui en ont permis le rayonnement.

**La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2024.**

[En savoir plus](#)



## PRIX AGATHE-BERGERON – NOUVEAU

Ce prix honore une hygiéniste dentaire qui se distingue par son action bénévole ou son engagement communautaire. **La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2024.**

[En savoir plus](#)

## PRIX DE LA RELÈVE – NOUVEAU

Ce prix vise à souligner la contribution exceptionnelle d'un(e) hygiéniste dentaire de moins de 5 années d'expérience qui s'est illustré(e) dans son travail et par son engagement communautaire ou professionnel. **La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2024.**

[En savoir plus](#)



## PRIX PROJET DE L'ANNÉE – NOUVEAU

Ce prix récompense un(e) hygiéniste dentaire (ou un groupe d'hygiénistes dentaires) s'étant particulièrement distingué(e) parmi ses pairs au cours des deux dernières années par une initiative créative et innovante ayant permis une amélioration des pratiques professionnelles et qui ont eu un effet positif sur le mieux-être et la santé de la population. **La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2024.**

[En savoir plus](#)

## MÉRITE DU CIQ

Ce prix est décerné par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) sur recommandation des ordres professionnels et remis à un de leurs membres s'étant distingué par son apport exceptionnel à sa profession et à son ordre professionnel.

**La date limite pour soumettre une candidature est le 30 juillet 2024.**

[En savoir plus](#)





## HORAIRE D'ÉTÉ

Pour les vacances estivales, **du 8 juillet au 30 août 2024**, le personnel de l'Ordre est en service de 8 h à 12 h 15 et de 13 h à 16 h 30 du lundi au jeudi. Le vendredi, en mode virtuel seulement, de 8 h à 12 h.

Le personnel de l'Ordre travaille en mode hybride (virtuel et présence). **Il est donc important de vérifier si la personne que vous souhaitez rencontrer sera présente au siège social avant de vous y présenter.**



## VOUS DÉMÉNAGEZ ?

Si vous avez déménagé ou le ferez prochainement, vous devez effectuer votre changement d'adresse dans le portail membre au [www.ohdq.com](http://www.ohdq.com).



## Profitez d'économies exclusives sur vos assurances auto, habitation et entreprise



L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec fait équipe avec La Personnelle<sup>1</sup> pour vous offrir un service exceptionnel et des tarifs exclusifs.



Obtenez une soumission dès aujourd'hui  
[lapersonnelle.com/ohdq](http://lapersonnelle.com/ohdq)  
1 888 476-8737

 Ordre des  
hygiénistes dentaires  
du Québec

  
laPersonnelle  
Assureur de groupe auto, habitation  
et entreprise

1. La Personnelle désigne La Personnelle assurances générales inc. La marque La Personnelle<sup>MD</sup> 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. L'assurance auto n'est pas offerte au Manitoba, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, où il existe des régimes d'assurance gouvernementaux.



# CAMPUS HD... À UN CLIC DE CHEZ VOUS!

La toute nouvelle plateforme d'apprentissage en ligne de l'OHDQ inclut:

- Des webinaires synchrones et asynchrones;
- Des formations en salle;
- L'inscription aux grands événements;
- Et plus encore...

Une plus grande variété de choix pour votre développement professionnel et pour parfaire vos compétences dans le cadre de vos obligations de formation continue!

**Inscrivez-vous!**

# POURQUOI LES FEMMES DEVRAIENT-ELLES S'INTÉRESSER À LEURS FINANCES PERSONNELLES ?

MESDAMES, AUJOURD'HUI NOUS NE SOMMES PLUS QU'UNE SIMPLE « NICHE ». POURTANT, NOUS SOMMES ENCORE TROP NOMBREUSES À CONTINUER DE CONFIER NOS DÉCISIONS FINANCIÈRES IMPORTANTES À D'AUTRES. CELA DOIT CHANGER.



## 3 BONNES RAISONS DE VOUS IMPLIQUER DANS LA GESTION DE VOS FINANCES

### BÂTIR VOTRE PATRIMOINE ET VOTRE RETRAITE

Bien des femmes à la retraite regrettent de n'avoir pas pris de décisions financières plus tôt. Lorsqu'on commence à gérer ses finances personnelles tôt, la planification devient une seconde nature. Lorsqu'on commence tardivement, c'est plus difficile.

Les femmes auxquelles je parle disent qu'elles auraient souhaité planifier leur **retraite** dès leur premier emploi, au début de leur vie d'adulte.

### PRÉPARER VOTRE INDÉPENDANCE FINANCIÈRE

Puisqu'en général, les femmes vivent au moins cinq ans de plus que leur conjoint, cela veut dire qu'elles se retrouveront un jour à prendre seules des décisions au sujet de leurs finances et de leur patrimoine. Nous sommes susceptibles de nous retrouver seules à la retraite. Pourtant, nous sommes encore trop nombreuses à ne pas nous y préparer.

50 % des femmes millénariales<sup>1</sup> croient qu'elles devraient en faire plus pour gérer leurs finances. Payer les factures courantes ne suffit plus ; les femmes doivent se préparer à mener la barque financière pour atteindre leurs objectifs de vie. C'est trop important pour qu'elles ne s'impliquent pas.

### SE FIXER DES OBJECTIFS ET LES ATTEINDRE

Même si, en principe, nous ne vivons plus dans la société patriarcale d'hier, la plupart des jeunes femmes continuent de confier les décisions financières à leur conjoint. Elles savent qu'elles devraient en faire plus, mais elles n'osent pas. Pourquoi ?

C'est notamment en raison de leur charge mentale. Les femmes ont tendance à se préoccuper davantage du bien-être de l'ensemble de la famille et à en assumer la responsabilité. Inévitablement, certaines choses passent au second plan. Malheureusement, il arrive souvent que ce soit la gestion de leurs propres finances et de leurs investissements.

*Lire la suite ici!* ■

**N'oubliez pas de jeter un œil sur notre offre adaptée aux hygiénistes dentaires du Québec juste ici!**

<sup>1</sup>. Source en anglais seulement:

<https://www.ubs.com/content/dam/WealthManagementAmericas/documents/2018-37666-UBS-Own-Your-Worth-report-R32.pdf>



Ordre des  
**hygiénistes dentaires**  
du Québec