

PLAN D'ACTION
DE SANTÉ DENTAIRE
PUBLIQUE 2005-2012



S A N T É P U B L I Q U E



PLAN D'ACTION
DE SANTÉ DENTAIRE
PUBLIQUE 2005-2012



Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 a été élaboré par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de :
Denis Drouin, directeur, Direction de la promotion de la santé et du bien-être
Lilianne Bertrand, chef de service, Service de la promotion de saines habitudes de vie et dépistage

Rédaction et coordination des travaux

Bernard Laporte, ministère de la Santé et des Services sociaux

Consultants externes

Marc-André Nadeau, Les Consultants Experts en Mesure et Évaluation
Suzanne Ménard, Les Consultants Experts en Mesure et Évaluation

Comité consultatif de rédaction

Lucienne Bolduc, Centre de santé et de services sociaux Champlain
Lucie Cléroux, consultante externe
Christian Fortin, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches
Martin Généreux, Direction de santé publique de Montréal
André Lavallière, Direction de santé publique de l'Estrie
Luc Legris, Direction de santé publique de Lanaudière
Jean-Guy Vallée, Direction de santé publique de Laval
Ginette Veilleux, Direction de santé publique de Montréal

Autres collaborateurs

Jacques Véronneau, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Marthe Hamel, ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique. Il peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** des sites intranet réseau <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et Internet du Ministère www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-45013-2 (version imprimée)

ISBN 2-550-45014-0 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006



Avant-propos

Faisant partie intégrante du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* vise à soutenir la mise en œuvre de services de prévention et de promotion favorables au maintien et à l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants et de la population en général. Dans ce contexte, il précise les activités à privilégier aux niveaux national, régional et local ainsi que les modalités à respecter afin d'assurer la qualité optimale des actions à réaliser au cours des prochaines années. Selon les résultats de l'évaluation périodique du PNSP, des modifications pourront être apportées aux activités retenues dans le plan d'action afin d'assurer l'atteinte des objectifs de santé bucco-dentaire. De plus, mentionnons que le plan d'action souligne l'importance de maintenir une approche cohérente et concertée afin d'agir avant que surviennent les problèmes de santé bucco-dentaire.

Malgré une amélioration significative de la santé bucco-dentaire des enfants québécois, il subsiste une prévalence élevée de la carie dentaire chez les enfants de milieux défavorisés socio-économiquement. Nous devons donc porter une attention toute particulière aux inégalités sociales. Nous devons également maintenir une approche axée sur les clientèles à risque élevé de carie dentaire. Cette approche est cohérente avec celle qui est privilégiée depuis plus de dix ans en santé dentaire publique et pour

laquelle nous avons mis en œuvre des actions qui sont présentement bien implantées dans l'ensemble des régions du Québec. Par ailleurs, le PNSP propose également une approche populationnelle visant l'acquisition et le maintien d'habitudes de vie favorables à la santé bucco-dentaire.

Au cours des prochaines années, nos actions seront dirigées principalement vers les enfants. Nous espérons que ces activités favoriseront chez eux l'acquisition de saines habitudes de vie leur assurant une santé bucco-dentaire optimale et son maintien à l'âge adulte.

En terminant, je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*. Leur soutien et leur participation nous ont permis de réaliser ce document qui saura, nous l'espérons, contribuer à l'amélioration de la santé bucco-dentaire de la population du Québec.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Philippe Couillard

Table des matières

Introduction

1 Contexte de santé publique

Programme national de santé publique 2003-2012	11
Politique de la santé et du bien-être (1992)	12
Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990)	12

2 Assises de santé dentaire publique

État de la santé buccodentaire de la population	17
<i>Aspects épidémiologiques</i>	17
<i>Aspects socio-économiques</i>	19
Conséquences des maladies buccodentaires	19
Facteurs de risque	21
Interventions efficaces	21
<i>Interventions efficaces visant l'acquisition ou le maintien de saines habitudes de vie liées à une bonne santé buccodentaire</i>	21
<i>Interventions efficaces visant la réduction de la carie dentaire</i>	22
<i>Interventions efficaces visant la réduction des maladies parodontales, des cancers buccaux et des traumatismes buccodentaires</i>	23

3 Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012

Objectifs de santé buccodentaire et populations cibles	27
Activités privilégiées et principaux milieux d'intervention en fonction de chacune des populations cibles	27
<i>Enfants de quatre ans et moins</i>	27
<i>Jeunes de 5 à 17 ans</i>	29
<i>Adultes de 18 ans et plus</i>	30
Caractéristiques du plan d'action en fonction de chacun des objectifs	31
<i>Objectif 1: Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans</i>	32
<i>Objectif 2: Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus</i>	38
<i>Objectif 3: Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les personnes de tous les groupes d'âge</i>	40



4	Implantation du plan d'action	43
	Conclusion	47
	Références	49
	Annexes	
	Annexe A Évolution des postes et des dépenses en hygiène dentaire (CSSS)	54
	Annexe B Liste des principales pratiques cliniques préventives du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs	55
	Annexe C Tableau synthèse des activités à réaliser selon la clientèle visée	59
	Annexe D Activités à privilégier selon les ressources disponibles et les cycles du PNSP	63
	Annexe E Promotion de la fluoration de l'eau potable	65
	Annexe F Indice SiC (<i>Significant Caries Index</i>)	66

Introduction

Les données portant sur l'état de santé de la population québécoise en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques indiquent qu'il existe une distribution inégale des facteurs de risque et des problèmes de santé¹, y compris ceux se rapportant à la santé buccodentaire^{2,3,4}. Ainsi, les enfants vivant dans un milieu socio-économique défavorisé ont une probabilité plus élevée de présenter un problème de carie dentaire². En fait, il existe une forte corrélation entre l'état de santé buccodentaire ainsi que le statut socio-économique et le niveau de scolarité².

Par ailleurs, depuis plusieurs années, on reconnaît l'importance d'agir avant que les problèmes de santé surviennent. C'est ainsi que le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP) propose des activités concrètes pour agir en amont des problèmes. Il en est de même du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, qui fait partie intégrante de la mise en œuvre du programme.

Les activités du PNSP sont destinées à l'ensemble de la population, à des groupes d'âge particulier ou à des groupes vulnérables, c'est-à-dire des groupes qui, en raison de leurs caractéristiques, ont une probabilité plus élevée de présenter un problème de santé¹.

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* précise les objectifs, les activités communes à toutes les régions et à tous les territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS), les interventions efficaces à privilégier, les milieux d'intervention, les principales responsabilités des différentes organisations ainsi que les besoins en matière de connaissances, de recherche et d'évaluation. Il met aussi en lumière les principales activités à mener afin d'agir efficacement sur les déterminants de la santé buccodentaire. De même, il vise à faciliter et à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action régionaux et locaux en matière de santé dentaire publique.

L'approche retenue se caractérise par des actions et des interventions de promotion, de prévention et d'éducation se rapportant à la santé buccodentaire à l'intention des enfants et de leurs parents, des adultes et des personnes âgées. Les activités de recherche, de surveillance et d'évaluation vont de pair avec les démarches proposées par le PNSP.

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* est donc cohérent avec le programme national. Il est conforme aux objectifs de santé de ce dernier, à ses fonctions essentielles et ses fonctions de soutien ainsi qu'aux valeurs et principes éthiques qu'il propose.

Enfin, le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* propose aussi des mesures afin de favoriser l'intégration de la santé buccodentaire dans une approche globale de promotion de la santé et du bien-être.

En résumé, le plan d'action vise à :

- proposer de nouvelles activités à privilégier dans le cadre du PNSP ;
- décrire les clientèles cibles, les facteurs de risque, les facteurs de protection, les interventions efficaces et les niveaux de responsabilités ;
- soutenir la mise en œuvre des activités à privilégier aux niveaux national, régional et local afin d'assurer l'atteinte des objectifs de santé buccodentaire du PNSP.

L'approche retenue se caractérise par des activités qui visent à :

- intervenir tôt dans la vie des jeunes afin d'agir en amont des problèmes ;
- assurer, en milieu scolaire, des services préventifs auprès des enfants à risque élevé de carie dentaire ;
- promouvoir l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire, et ce, auprès de tous les groupes d'âge.

SECTION **1**

CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE



Programme national de santé publique 2003-2012

En ce qui concerne le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, le PNSP comprend des objectifs spécifiques à la santé buccodentaire. Deux de ces objectifs ont pour but de diminuer les problèmes de santé dentaire¹. Ils visent à réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes, ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans et à réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus¹. Un autre objectif porte sur l'amélioration des habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les personnes de tous les groupes d'âge¹.

Afin d'atteindre ces objectifs visant à réduire les problèmes de santé dentaire et à améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire, le PNSP propose des activités propres à la santé buccodentaire, dont certaines étaient déjà incluses dans le Programme public de services dentaires préventifs (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] 1990)⁵, ainsi que d'autres activités qui permettent d'intégrer la santé buccodentaire dans une démarche globale d'amélioration de la santé.

En ce qui concerne le domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques, les activités à déployer dans le premier cycle du programme sont énumérées ci-dessous :

A: Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie :

Activité non spécifique à la santé dentaire :

- Intégration de la santé dentaire aux campagnes se rapportant à la saine alimentation et au non-usage du tabac¹.

B: Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie :

Activité spécifique à la santé dentaire :

- Promotion des mesures optimales de fluoruration¹.

Activité non spécifique à la santé dentaire :

- Intégration de la santé dentaire dans la révision, puis la mise en œuvre de la Politique québécoise en matière de nutrition (1977) et des Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire (1988)¹.

C: Promotion et prévention en ce qui concerne de saines habitudes de vie dans les milieux de vie :

Activité non spécifique à la santé dentaire :

- Dans les écoles primaires et secondaires, intégration de la santé dentaire dans la conception et l'organisation d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie – par exemple, le non-usage du tabac, une saine alimentation, l'activité physique et l'hygiène dentaire – dans le cadre d'une intervention globale et concertée en promotion de la santé et en prévention¹, intervention maintenant connue sous le nom de l'approche École en santé.

D: Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives :

Activités spécifiques à la santé dentaire :

- Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'utilisation de fluorures, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés¹ ;
- Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 3^e année répondant aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de deux applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé dentaire¹ ;
- Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans répondant aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons¹.

Par ailleurs, en ce qui concerne le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, le PNSP propose deux objectifs et une série d'activités pour lesquels la santé dentaire est considérée dans un contexte d'intervention globale et intégrée visant à promouvoir la santé et le bien-être des personnes appartenant à tous les groupes d'âge¹. Un de ces deux objectifs concerne les tout-petits et vise à augmenter, d'ici 2012, la proportion d'enfants âgés de quatre ans et moins qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif

et social)¹. L'intégration de la santé dentaire porte sur les activités suivantes :

- Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives se rapportant au counseling des femmes enceintes en matière de tabagisme et d'allaitement maternel¹ ;
- Établissement du réseau Amis des bébés dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC¹ ;
- Intervention par le biais d'activités semblables à celles du programme Naître égaux – Grandir en santé et du Programme de soutien aux jeunes parents¹, intervention maintenant connue sous le nom des services intégrés

en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité ;

- En collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, élaboration et implantation d'une intervention globale et concertée afin de promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents ainsi que pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale¹.

L'autre objectif du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale concerne les personnes âgées. Cet objectif vise à retarder la perte d'autonomie chez ces personnes¹.

Politique de la santé et du bien-être (1992)

L'objectif dentaire de la Politique de la santé et du bien-être (1992) visait à réduire de 50 %, d'ici 2002, le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans ainsi qu'à abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans⁶.

Pour ce faire, les voies d'action prioritaire proposées étaient de⁶ :

- renforcer l'éducation se rapportant à une saine alimentation et à de bonnes habitudes d'hygiène buccale dans l'ensemble de la population ;

- accroître l'usage des fluorures, particulièrement celui des fluorures systémiques : eau fluorée, sel fluoré, etc. ;
- consolider les services dentaires préventifs et les activités éducatives dans les territoires de CLSC défavorisés sur le plan socio-économique et chez les autochtones du Nord ;
- améliorer la surveillance de la santé buccodentaire et accentuer la prévention dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990)

Les objectifs du Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) visaient les enfants âgés de 12 ans et moins⁵. Les services dentaires préventifs rendus en santé publique dans le cadre de ce programme s'adressaient principalement aux enfants dits à risque de développer des problèmes de santé buccodentaire⁵.

Les objectifs généraux du Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) étaient de⁵ :

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

En 1994, le MSSS soutenait la réalisation de ce programme par une session de formation à l'intention des intervenants régionaux et locaux. Cette formation a permis d'uniformiser l'utilisation du critère provincial de classification des enfants à risque et de mettre en œuvre des services dentaires préventifs en milieu scolaire dans toutes les régions du Québec.

Les activités nationales réalisées en milieu scolaire dans le cadre du Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) sont énumérées ci-après :

A: Chez tous les enfants de la maternelle^{5,7}:

- Sélection des enfants admissibles au programme selon le critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire ;
- Dépistage systématique du BET, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents.

B: Chez tous les enfants de la troisième année^{5,7}:

- Dépistage systématique du BET, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents.

C: Chez tous les enfants à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification (suivi préventif individualisé réalisé deux fois l'an, de la maternelle à la troisième année)^{5,7}:

- Dépistage systématique du BET et de ses conditions associées, orientation vers le dentiste, diffusion d'information aux parents ;
- Approche d'éducation à la santé avec la participation souhaitée des parents, évaluation des habiletés d'hygiène buccodentaire (indice de débris OHIS [*Oral Health Index Simplified*] et autres), enseignement et promotion des saines habitudes d'hygiène buccodentaire (brossage des dents, collations, etc.) ;
- Mesure de prévention, application topique de fluorure.

D: Chez tous les enfants de la quatrième à la sixième année^{5,7}:

- Interventions par petits groupes ou interventions de masse (universelles) permettant d'assurer une continuité auprès des enfants vulnérables à la carie dentaire.

Par ailleurs, le Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) proposait aussi des interventions à réaliser auprès des enfants âgés de quatre ans et moins en y associant la participation des parents. De même, les hygiénistes dentaires étaient invitées à intervenir auprès des enfants de la prématernelle ainsi que dans le contexte des cliniques de vaccination et dans les services de garde. Toutefois, cette partie du programme ne prévoyait pas d'activités uniformisées sur le plan national.

Les résultats de l'évaluation de l'application du Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) ont révélé que 95 % des CLSC ayant participé à cette évaluation mentionnaient avoir réalisé, durant l'année scolaire de 1994-1995, des activités chez les enfants de la maternelle ou du primaire⁸. De plus, 92 % des CLSC ont indiqué avoir réalisé des activités auprès des enfants âgés de quatre ans et moins⁸.

Le Programme public de services dentaires préventifs (MSSS 1990) suggérait de consacrer 70 % du temps d'intervention à la réalisation d'activités auprès des enfants considérés comme à risque élevé de carie dentaire et d'utiliser le reste du temps soit pour intervenir auprès des autres enfants, soit pour réaliser des activités de masse (s'adressant à tous les enfants). Toutefois, au cours des dernières années, les ressources disponibles ont été presque exclusivement utilisées pour intervenir auprès des enfants de 5 à 12 ans considérés comme à risque élevé de carie dentaire, réduisant ainsi le temps d'intervention auprès des autres groupes d'enfants, dont ceux âgés de 4 ans et moins.

Cette situation peut s'expliquer par l'ampleur des activités à réaliser auprès des enfants à risque élevé de carie dentaire par rapport aux ressources disponibles. En effet, plusieurs postes d'hygiénistes dentaires en CSSS ont été supprimés lors des compressions budgétaires effectuées à la fin des années 1990 et ils n'ont jamais été remplacés (voir annexe A).

SECTION | **2**

ASSISES DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE



État de la santé buccodentaire de la population

ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique, localisée et progressive qui affecte la grande majorité de la population⁹. Elle atteint les enfants en bas âge, et sa prévalence augmente avec l'âge^{3,9}. En effet, selon les résultats d'études réalisées au Québec entre 1996 et 1999, la carie dentaire touche 42 % des enfants de la maternelle et 56 % des élèves de la deuxième année du primaire³. Par ailleurs, la carie dentaire frappe 59 % des enfants de la sixième année du primaire et 73 % des enfants de la deuxième année du secondaire².

La carie dentaire représente l'affection la plus prévalente chez l'enfant¹⁰. Chez les enfants de 5 à 17 ans, elle est 5 fois plus prévalente que l'asthme et 7 fois plus prévalente que le rhume des foies⁹.

Depuis le début des années 1980, on observe une diminution importante de la carie dentaire chez les enfants de la plupart des pays industrialisés^{2,3}. Au Québec, l'indice CAOD (dents cariées, absentes et obturées en denture temporaire) chez les enfants de la 2^e année du primaire est passé de 4,41 en 1983-1984 à 2,65 en 1998-1999³. Cela représente une réduction de près de 40 % en 16 ans. Ce même phénomène est aussi observé chez les enfants de la 6^e année du primaire. Chez ceux-ci, l'indice CAOD (dents cariées, absentes et obturées en denture permanente) est passé, entre 1983-1984 et 1996-1997, de 3,80 à 1,85, soit une réduction de plus de 50 %².

Cependant, au Québec, le niveau de la carie dentaire mesuré par l'indice CAOD demeure encore supérieur à celui des États-Unis, du Royaume-Uni et de la Suède^{2,3}. De plus, au Québec, l'indice CAOD chez les enfants de 12 ans est supérieur à celui de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse².

Malgré une diminution significative de la carie dentaire chez les enfants québécois âgés de sept à huit ans, il semble que le déclin de la carie observé sur la dentition temporaire a atteint un plateau, alors que le déclin observé sur la dentition permanente connaît un net ralentissement³.

La carie dentaire est également présente chez les adultes⁴. En fait, près de la moitié des faces dentaires des adultes de 35 à 44 ans, ayant encore au moins 1 dent, ont été atteintes par la carie dentaire⁴.

Un taux élevé de carie dentaire mène souvent à l'édentation complète. Au Canada, c'est le Québec qui affiche le taux d'édentation le plus élevé¹¹. En 1990, le taux d'édentation, chez les Québécois de 15 ans et plus, était de 27 %, alors qu'il était de l'ordre de 11 % chez les Ontariens¹¹.

Au Québec, la prévalence des maladies parodontales est très élevée chez les adultes⁴. En effet, les résultats d'une étude menée en 1994-1995 au Québec auprès de 2 110 adultes de 35 à 44 ans ont montré que plus de 80 % des personnes ayant 1 dent et plus avaient au moins 1 dent avec un saignement gingival, alors que plus de 50 % en avaient au moins 5⁴.

En ce qui concerne les habitudes de vie, plusieurs données proviennent d'études québécoises menées auprès des enfants et des adultes ou des statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). À titre d'exemple, les tableaux 1 et 2 présentent certaines données de référence se rapportant aux comportements à risque ou aux comportements de protection ainsi qu'à l'utilisation des services en fonction de l'âge.

TABLEAU 1

HABITUDES DE VIE RELATIVES À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS

Valeurs de référence	2000/2003	1998-1999	1996-1997
	29 mois	5-6 ans	11-12 ans ²
	%		
Comportements à risque			
Utilisation du biberon contenant du lait ou du jus	28,6 ¹²		
Utilisation pour endormir l'enfant le jour (sieste), le soir ou la nuit	24,5 ¹²		
Utilisation pendant le sommeil de l'enfant le jour (sieste) ou la nuit	10,2 ¹²		
Utilisation en période d'éveil (p. ex., pendant le jeu, devant la télévision, en se promenant, etc.)	16,8 ¹²		
Collations sucrées			
Prise d'au moins 2 collations par jour, au cours de la semaine précédant l'entrevue	25,7 ¹²		
Prise d'une collation cariogène avant le coucher, la veille de l'examen clinique		29,3 ³	28,9
Comportements de protection			
Brossage des dents			
Brossage ayant débuté entre 6 et 12 mois	58,0 ¹²		
Brossage au moins 2 fois, le jour précédant l'entrevue	47,7 ¹²	59,1 ³	63,0
Brossage par un adulte	26,6 ¹²	11,1 ¹³	
Brossage sans aide, surveillance ou rappel		15,8 ¹³	
Brossage avec un dentifrice	90,4 ¹²	98,6 ¹³	
Utilisation d'une toute petite quantité équivalente à la grosseur d'un petit pois	71,6 ¹²	22,7 ¹³	
Utilisation d'une toute petite quantité équivalente à un mince ruban	12,3 ¹²	7,9 ¹³	
Prise de suppléments de fluorure (seul ou en association)	7,6 ¹²		
Utilisation des services			
Visite chez le dentiste des enfants âgés de moins de 4 ans en 2003	19,2 ¹⁴		
Dernière visite chez le dentiste remontant à moins de 1 an lors de l'étude		85,1 ³	83,8

TABLEAU 2

HABITUDES DE VIE RELATIVES À LA SANTÉ BUCCODENTAIRE CHEZ LES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS

Valeurs de référence	1994-1995	1993/2003	1993
	35-44 ⁴ ans	18 ans +	65 ans +
	%		
Comportements de protection			
Brossage des dents			
Habituellement 2 fois ou plus par jour chez les personnes ayant encore au moins 1 dent	67,0	78,0 ¹⁵	71,0 ¹⁵
Utilisation de la soie dentaire			
Habituellement 1 fois par jour chez les personnes ayant encore au moins 1 dent	24,3	32,0 ¹⁵	26,0 ¹⁵
Utilisation des services			
Consultation d'un dentiste dans l'année précédant l'étude ou le sondage	69,0	53,0 ¹⁵	32,0 ^{15*}
Consultation d'un dentiste au cours des 6 mois précédant le sondage (2003)		50,0 ¹⁶	

* Visite chez un dentiste ou un denturologiste

ASPECTS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Malgré une diminution significative de la carie dentaire au cours des dernières années, les inégalités sociales liées à cette maladie persistent et s'accroissent. Au Québec, 24 % des enfants de la maternelle cumulent 90 % de la carie dentaire touchant la dentition temporaire³.

En fait, les enfants de la maternelle courent un risque environ deux fois plus élevé que leurs pairs d'avoir des caries sur cinq faces ou plus de leur dentition temporaire lorsqu'ils présentent l'une des caractéristiques suivantes : le revenu familial n'atteint pas 30 000 \$; le plus haut niveau de scolarité atteint par les parents n'excède pas la cinquième secondaire ; l'un des parents est prestataire de l'assistance-emploi ; l'un des parents est édenté ; la famille habite une zone de résidence urbaine ou rurale ; la dernière visite de l'enfant chez son dentiste a eu lieu dans la dernière année ; l'enfant brosse ses dents moins de deux fois par jour ou a une hygiène dentaire médiocre³. Notons que ces caractéristiques s'observent également chez les enfants de deuxième année étant à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification et bénéficiant du suivi préventif individualisé en milieu scolaire³. Par ailleurs, les résultats d'une étude menée dans trois milieux défavorisés de la région de Montréal ont montré que de 50 à 70 % des enfants de la prémamanche avaient un problème de carie dentaire¹⁷.

Ces inégalités sociales associées à la présence de la carie dentaire chez les jeunes se maintiennent chez les autres groupes d'âge, alors que les indicateurs de maladies parodontales, d'habitudes d'hygiène dentaire et d'utilisation

de services dentaires sont également moins favorables en contexte de pauvreté^{2,3,4}.

L'ampleur des problèmes de santé buccodentaire est plus marquée chez les personnes vivant dans un contexte de pauvreté et ayant un faible niveau de scolarité^{2,3}.

Si l'on tient compte du vieillissement de la population et du fait que les gens conservent plus longtemps leurs dents, les problèmes de santé buccodentaire et les coûts associés à leur traitement risquent de s'accroître¹⁸. En 2002, au Canada, les dépenses totales associées aux services dentaires étaient estimées à plus de huit milliards de dollars¹⁹.

Enfin, rappelons que l'examen dentaire et certains services dentaires curatifs sont assurés par le gouvernement du Québec, dans le cadre de son régime d'assurance maladie, pour les prestataires de l'assistance-emploi et les enfants de moins de dix ans. Sont aussi couverts les services de chirurgie buccale rendus en milieu hospitalier à toute personne admissible au régime d'assurance maladie du Québec. Par contre, il est important de souligner que depuis 1982, aucun service dentaire préventif n'est assuré dans le cadre du régime d'assurance maladie pour les enfants de moins de dix ans, le gouvernement ayant confié cette responsabilité au réseau de la santé publique. Toutefois, pour les prestataires de l'assistance-emploi, certains services préventifs sont demeurés assurés.

Conséquences des maladies buccodentaires

La carie dentaire peut, entre autres, causer de la douleur et une infection pouvant nécessiter l'extraction d'une ou de plusieurs dents et, par la suite, engendrer un problème de malocclusion⁹. C'est donc dire que les conséquences de la carie dentaire ne sont pas bénignes, car elles peuvent toucher à la fois à la mastication, à la nutrition, à l'élocution, à l'apparence, à l'estime de soi et au bien-être général⁹.

En plus des effets immédiats de la carie de la petite enfance sur la santé en général, les résultats de certaines études ont révélé que les enfants présentant de multiples lésions carieuses avaient, en général, un poids inférieur à 80 % du poids idéal pour les enfants de leur âge²⁰ et qu'ils avaient tendance à être plus petits en taille que les enfants du groupe témoin²¹.

Plusieurs auteurs ont démontré que les personnes présentant des problèmes dentaires vivent plus d'expériences de déni et de stigmatisation que les autres et éprouvent de la gêne et une perte d'estime de soi^{9,22,23}.

Les maladies buccodentaires peuvent avoir des conséquences physiologiques, psychosociales et économiques très importantes⁹. Dans certains cas, elles peuvent mener à des problèmes de santé pouvant compromettre la vie de la personne atteinte⁹. En effet, les résultats de récentes études montrent une association entre les maladies parodontales et certaines maladies systémiques telles que le diabète^{9,24} et les maladies cardiovasculaires^{9,25-30}. On a aussi révélé une association entre les maladies parodontales ainsi que les naissances prématurées et le faible poids corporel des bébés à la naissance^{9,31-34}.

Les maladies parodontales peuvent causer de l'halitose (mauvaise haleine), des saignements gingivaux, de la douleur et de l'infection. Elles peuvent aussi mener à la mobilité des dents et à l'édentation³⁵.

La carie dentaire et les maladies parodontales représentent les principales maladies affectant le système masticoire et ayant pour conséquence la perte des dents⁹. Par ailleurs, l'édentation peut entraîner des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi de même que créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires⁹. Les résultats d'une étude québécoise publiée en 1990 ont révélé que les personnes ayant des prothèses dentaires dites non fonctionnelles consommaient plus de médicaments pour soigner des problèmes gastro-intestinaux que les personnes possédant des prothèses dentaires dites fonctionnelles³⁶. Les principaux médicaments consommés étaient des laxatifs, des anti-diarrhéiques ou des médicaments contre le reflux gastro-œsophagien³⁶. Les résultats d'une autre étude menée aux États-Unis indiquent que par rapport aux

personnes ayant 25 dents ou plus, les personnes qui avaient perdu toutes leurs dents naturelles consommaient moins de légumes, de fibres et de carotène, mais plus de cholestérol, de matières grasses saturées et de calories³⁷. Les auteurs de cette étude en concluent que le choix des aliments consommés par les sujets édentés augmente leur risque de souffrir de cancer et de maladies cardiovasculaires³⁷.

Au Québec, plus de 36 000 nouveaux cas de cancers sont déclarés chaque année, dont plus de 700 cas sont des cancers de la bouche ou du pharynx³⁸. Malgré la faible prévalence du cancer buccal dans les pays industrialisés, les taux de survie à cinq ans chez les patients qui présentent ce type de cancer à un stade avancé sont généralement de 50 % ou moins^{9,39}. Toutefois, lorsque la détection est précoce, les taux de survie peuvent atteindre plus de 80 %^{39,40}. Par ailleurs, le risque de mourir des suites d'un cancer buccal est plus élevé que celui de mourir des suites d'un mélanome ou encore d'un cancer du larynx, de l'utérus ou du col de l'utérus⁴¹.

Le cancer buccal fait partie des types de cancers à morbidité élevée^{9,40}. Son traitement, à un stade avancé, peut affecter l'apparence physique, entraîner la perte de la fonction masticatoire et occasionner des difficultés se rapportant à la déglutition et à la parole^{9,40}. Les problèmes psychosociaux, la perte de productivité économique ainsi que les coûts élevés associés au traitement⁴², y compris ceux liés aux soins et aux services de réhabilitation, sont aussi au nombre des conséquences possibles du cancer buccal^{9,40}.

Enfin, mentionnons que les activités sportives et récréatives peuvent être la cause de blessures non intentionnelles aux dents, aux lèvres, aux joues, à la langue et aux mâchoires. Les traitements dentaires résultant de ces blessures peuvent représenter des coûts financiers importants. Selon l'Ordre des dentistes du Québec, on compterait plus de 200 000 accidents graves affectant la bouche et les dents chaque année au Québec⁴³.

Facteurs de risque

La carie de la petite enfance est une maladie chronique transmissible, fortement associée à certains facteurs sociaux et comportementaux. Elle est causée par des bactéries cariogènes souvent acquises tôt dans la vie des enfants et est liée à des habitudes alimentaires et à des indicateurs sociaux comme le niveau d'éducation de la mère et la structure familiale⁴⁴⁻⁴⁶. Chez les enfants plus âgés, des antécédents de carie dentaire constituent le meilleur indice de risque de nouvelles lésions carieuses^{47,48}.

Parmi les principaux facteurs de risque liés aux maladies buccodentaires, soulignons les éléments suivants^{9,49} :

- Histoire familiale : présence de carie dentaire chez les parents. Récemment, certains auteurs ont démontré que la carie dentaire était une maladie transmissible. Ainsi, la présence de lésions carieuses non traitées chez les parents est un facteur de risque de carie dentaire chez le bébé ou l'enfant.
- Habitudes de vie :
 - exposition insuffisante aux fluorures sous toutes ses formes ;
 - manque d'hygiène buccodentaire ;
 - consommation d'aliments cariogènes contenant du sucrose, du glucose ou du fructose, particu-

lièrement en l'absence d'une source de fluorure appropriée ;

- tabagisme (associé aux maladies parodontales et aux cancers buccaux) ;
- consommation abusive d'alcool (associée aux cancers buccaux).
- État de santé général :
 - diabète (augmente le risque de maladies parodontales) ;
 - utilisation sur une base régulière et à long terme de médicaments contenant du glucose, du fructose ou encore du sucrose ;
 - maladies ou traitements médicaux causant une diminution significative du flot salivaire (p. ex., le syndrome de Sjögren, les traitements de radiothérapie à la tête et au cou ainsi que la prise de certains médicaments).
- État de santé buccodentaire :
 - antécédents de carie dentaire de l'enfant ;
 - récession gingivale chez l'adulte et la personne âgée ;
 - xérostomie (diminution significative du flot salivaire) et incapacité à maintenir une bonne hygiène buccodentaire chez la personne âgée.
- Environnement : faible niveau socio-économique.

Interventions efficaces

INTERVENTIONS EFFICACES VISANT L'ACQUISITION OU LE MAINTIEN DE SAINES HABITUDES DE VIE LIÉES À UNE BONNE SANTÉ BUCCODENTAIRE

Les activités éducatives visant la promotion de saines habitudes buccodentaires sont généralement efficaces pour améliorer le savoir (connaissances) chez l'apprenant^{50,51}. Toutefois, de l'avis de plusieurs auteurs, il serait faux de prétendre que l'acquisition de nouvelles connaissances se traduit automatiquement par l'adoption de nouveaux comportements^{51,52}. Par ailleurs, les résultats de certaines études ont révélé qu'une activité éducative permet davantage l'acquisition de comportements si l'on

favorise la participation active de l'apprenant, particulièrement lorsque ce dernier est un jeune enfant⁵². Ainsi, lorsqu'on invite l'enfant à mettre en pratique la technique de brossage des dents durant une activité éducative, on favoriserait non seulement l'acquisition de connaissances propres au brossage, mais aussi l'acquisition du comportement approprié de brossage (savoir-faire). Par ailleurs, on reconnaît que manifester de l'attention, fournir une rétroaction continue, prodiguer des encouragements, utiliser la répétition ainsi que fournir des instructions et des tâches simples et précises sont des principes et des techniques d'enseignement à privilégier avec les enfants, particulièrement avec ceux d'âge préscolaire⁵².

Les résultats d'une étude ont aussi révélé que des activités d'éducation personnalisées et répétées, dans le cadre d'un programme à long terme, avaient un effet positif sur la prévention de la carie dentaire chez les jeunes enfants vivant dans un milieu socio-économique défavorisé⁵³. En effet, les auteurs ont démontré l'efficacité pour prévenir la carie de la petite enfance d'un programme de visites individuelles et régulières des mères effectuées dès l'éruption ou tout de suite après l'éruption des premières dents du bébé⁵³.

Les interventions de prévention effectuées tôt dans la vie (soit en amont des problèmes) ont plus de chances de succès que les interventions de prévention secondaire⁵⁴.

Notons que les activités liées à la promotion de la santé dentaire devraient également favoriser l'amélioration du milieu de vie des gens⁵⁰. En effet, le milieu de vie d'une personne influence ses choix personnels et, par conséquent, ses habitudes de vie ou son mode de vie. En conséquence, les activités de promotion devraient aussi être dirigées vers les personnes qui, de par leur travail ou leurs décisions, ont une influence sur le milieu de vie des gens et, par le fait même, sur la capacité des gens à minimiser ou à éliminer des comportements à risque⁵⁰.

Par ailleurs, le contenu d'un programme éducatif auprès des enfants d'âge préscolaire portant sur la santé bucco-dentaire devrait offrir de l'information et des activités se rapportant au brossage des dents, à la prévention de la plaque dentaire, à l'efficacité des fluorures, aux effets cariogènes des aliments et à l'importance de soins dentaires réguliers et périodiques⁵².

Les auteurs d'une méta-analyse ont constaté que la promotion du brossage des dents avec un dentifrice fluoré représentait une mesure efficace pour réduire la carie dentaire⁵¹. Ces auteurs ont également révélé que les activités de promotion de l'hygiène dentaire avaient des effets positifs, à court terme, sur la quantité de plaque⁵¹. Ils ont aussi indiqué que les activités d'éducation des parents portant sur le contrôle de la plaque dentaire chez les jeunes enfants étaient efficaces, contrairement aux activités éducatives se déroulant en milieu scolaire⁵¹. On dit même que cette participation des parents est essentielle⁵². Finalement, les auteurs en ont conclu que les activités individuelles (*chairstide*) d'éducation ou de promotion

de la santé avaient une plus grande efficacité que celles se déroulant en groupes⁵¹. Toutefois, plusieurs auteurs affirment que les recherches portant sur l'efficacité des activités d'éducation ou de promotion présentent des lacunes sur le plan méthodologique et que d'autres études portant sur ce point s'avèrent nécessaires^{50,51}.

Les programmes de santé bucco-dentaire offerts en milieu scolaire sont efficaces dans la mesure où ils sont soutenus par la famille, l'école, les professionnels et l'État⁵⁵. On observe une proportion plus faible d'enfants avec de la carie dentaire et des traumatismes dans les écoles qui adoptent et implantent les principes du *Health-Promoting School* que dans les écoles qui n'implantent pas de tels programmes⁵⁶.

INTERVENTIONS EFFICACES VISANT LA RÉDUCTION DE LA CARIE DENTAIRE

En ce qui concerne la prévention de la carie dentaire, les mesures considérées comme efficaces comprennent :

- Mesures communautaires : utilisation optimale des fluorures par la fluoration de l'eau potable^{9,35,49,57}.
- Mesures individuelles :
 - utilisation optimale des fluorures, notamment par l'usage de dentifrices fluorés^{49,57-59};
 - utilisation de la chlorhexidine^{49,60}. De par ses propriétés antibactériennes, la chlorhexidine peut être considérée comme un adjuvant dans la prévention et la maîtrise de la carie dentaire chez les personnes à risque élevé⁶⁰. Plusieurs études ont montré l'efficacité de la chlorhexidine^{49,60}. Cependant, mentionnons que ces études ont été réalisées en utilisant la chlorhexidine en concomitance avec d'autres mesures de prévention^{49,60}. Au Canada, ce produit est vendu sous la forme de gargarismes contenant 0,12 % de gluconate de chlorhexidine ;
 - utilisation d'un édulcorant non cariogène tel que le sorbitol ou le xylitol^{49,61}. Les preuves factuelles concernent particulièrement l'utilisation du xylitol^{49,61}. Cependant, il est important de noter que l'efficacité de ces édulcorants a été démontrée lors d'études utilisant le sorbitol ou le xylitol en concomitance avec d'autres mesures de prévention telles que le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, l'émission de recommandations nutritionnelles et d'instructions d'hygiène bucco-dentaire⁴⁹.

- Mesures professionnelles :
 - application de gel fluoré^{49,60}. L'efficacité des gels fluorés dépend principalement de la concentration du gel utilisé ainsi que de la fréquence et de la durée de l'application⁶²;
 - application de vernis fluoré^{49,60}. Les preuves scientifiques montrent un effet positif du vernis lorsqu'il est appliqué sur les dents permanentes. Toutefois, l'effet n'est pas aussi probant lorsque le vernis est appliqué sur les dents temporaires^{49,60};
 - application sélective d'agents de scellement des puits et fissures chez les enfants à risque élevé de carie dentaire^{57,60,63}. Cette mesure de prévention est plus avantageuse lorsqu'elle est appliquée de façon sélective chez les enfants à risque élevé de carie dentaire^{57,63}. En effet, les preuves scientifiques montrent que lorsqu'ils sont appliqués chez des enfants à risque élevé plutôt que chez les enfants à faible risque de carie dentaire, les agents de scellement ont une meilleure efficacité pour prévenir le développement de nouvelles lésions carieuses et générer, à court terme, une économie d'argent⁶⁵. Les programmes publics d'application d'agents de scellement des puits et fissures offerts en milieu scolaire permettent aux enfants qui autrement ne le pourraient pas d'avoir accès aux effets positifs de cette mesure de prévention⁵⁷. Les programmes offerts en milieu scolaire sont aussi fortement recommandés compte tenu de leur efficacité pour réduire la carie dentaire sur les molaires permanentes des enfants⁵⁷.

Les résultats d'une étude québécoise, réalisée en 1996-1997, montrent que 80 % de la carie dentaire chez les enfants de 11 à 14 ans se situe sur les faces avec puits et fissures².

Enfin, il semble que l'efficacité des mesures préventives augmente lorsque celles-ci sont appliquées auprès des enfants ayant des indices caof (nombre de faces dentaires temporaires cariées, absentes ou obturées) et CAOFP (nombre de faces dentaires permanentes cariées, absentes ou obturées) élevés⁴⁹. Cette observation laisse entrevoir une bonne efficacité de ces mesures lorsqu'elles sont appliquées chez des enfants à risque élevé de carie

dentaire⁴⁹. De plus, il semble qu'une approche de prévention préconisant l'utilisation combinée de plusieurs mesures serait plus efficace qu'une approche utilisant une seule mesure préventive^{49,64}.

INTERVENTIONS EFFICACES VISANT LA RÉDUCTION DES MALADIES PARODONTALES, DES CANCERS BUCCAUX ET DES TRAUMATISMES BUCCODENTAIRES


On peut prévenir et traiter les maladies parodontales. Parmi les moyens de prévention, on trouve l'adoption d'une hygiène buccodentaire personnelle adéquate et l'arrêt du tabagisme.

Une bonne hygiène buccodentaire est associée à une faible prévalence des maladies parodontales^{64,66}. L'utilisation combinée de la soie dentaire et de la brosse à dents réduirait le saignement gingival de 67 %⁶⁷.

Le brossage des dents et l'utilisation quotidienne de la soie dentaire dans le but d'enlever la plaque dentaire sont des mesures importantes à privilégier dans la prévention des maladies parodontales⁴². Les conseils au patient portant sur l'abandon du tabagisme sont aussi une approche à privilégier dans la prévention des maladies parodontales et des cancers buccaux. Il est prouvé que les dentistes sont aussi efficaces que les autres professionnels de la santé (médecins et infirmières) lorsqu'il s'agit d'aider leurs patients à renoncer au tabac⁶⁸.

En ce qui concerne les cancers buccaux, un examen annuel effectué par un médecin ou un dentiste devrait être envisagé chez les patients à risque⁴⁰. De plus, il est recommandé à tout professionnel qui donne des soins primaires d'offrir des services de counseling à ses patients présentant des comportements à risque liés au cancer buccal (p. ex., tabagisme et consommation excessive d'alcool) et d'orienter les patients ayant une lésion suspecte vers le ou les spécialistes appropriés^{9,39}.

En ce qui a trait à la prévention des blessures d'origines sportive et récréative, mentionnons que le port d'un protecteur buccal contribue à réduire de façon importante la gravité des chocs sur la bouche et les dents⁴³. Il est également prouvé que le protecteur buccal peut contribuer à



éviter des blessures aux tissus mous de la bouche ainsi que des blessures plus graves comme la commotion cérébrale ou la fracture de la mâchoire⁴³.

D'autres interventions efficaces sont décrites à l'annexe B. Elles font partie des pratiques cliniques préventives proposées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

SECTION

3

**PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE
2005-2012**



Objectifs de santé buccodentaire et populations cibles

Avec le premier objectif de santé buccodentaire retenu, on cible les enfants et les jeunes de moins de 18 ans. Par ce choix, on vise à concentrer les actions de promotion et de prévention auprès des jeunes afin de favoriser chez eux l'acquisition de saines habitudes de vie et l'application sélective de mesures préventives efficaces qui leur assureront une santé buccodentaire optimale à l'âge adulte (voir tableau 3).

Le deuxième objectif s'applique tout particulièrement à la clientèle des adultes et des personnes âgées, alors que le dernier, qui se rapporte à la promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire, concerne tous les groupes d'âge (voir tableau 3).

TABLEAU 3

OBJECTIFS DE SANTÉ BUCCODENTAIRE ET POPULATIONS CIBLES

Objectifs	Populations cibles
Domaine des habitudes de vie et des maladies chroniques : 1. Réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans*. 2. Réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les adultes de 18 ans ou plus**. 3. Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire chez les personnes de tous les groupes d'âge.	Enfants de 4 ans et moins Jeunes de 5 à 17 ans Adultes de 18 ans et plus Enfants, jeunes, adultes et personnes âgées

* Contribue à l'atteinte de l'objectif du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale du PNSP qui vise à augmenter la proportion d'enfants âgés de 4 ans et moins qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).

** Contribue à l'atteinte de l'objectif du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale du PNSP qui vise à retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Activités privilégiées et principaux milieux d'intervention en fonction de chacune des populations cibles

Les activités retenues pour chacune des populations cibles sont rattachées à l'une ou l'autre des fonctions de santé publique, c'est-à-dire promotion de la santé et du bien-être, prévention des maladies, surveillance de l'état de santé de la population et protection de la santé. Les activités retenues visent à réduire les inégalités sociales associées, entre autres, à la carie dentaire. De plus, ces activités tiennent compte de l'ampleur ou de la gravité des problèmes de santé et de bien-être et elles sont reconnues par la communauté scientifique comme des interventions ou des mesures efficaces ou prometteuses.

Par ailleurs, notons que selon les résultats obtenus lors de l'évaluation périodique du PNSP, certaines activités pourront être modifiées ou interrompues et d'autres pourront être ajoutées si les objectifs visés ne sont pas atteints.

ENFANTS DE QUATRE ANS ET MOINS

Activités privilégiées pour les enfants de quatre ans et moins

On ne saurait trop insister sur l'importance d'intervenir tôt, soit avant que les problèmes surviennent. En effet, on ne peut attendre l'apparition des premières dents chez l'enfant pour favoriser l'acquisition de saines habitudes de santé buccodentaire. De même, les saines habitudes ne peuvent se développer et se maintenir que par la mise en place d'activités de promotion et d'éducation à la santé buccodentaire à l'intention des parents, offertes avant ou dès la naissance.

Le succès des interventions à réaliser auprès des enfants de quatre ans et moins repose essentiellement sur l'action des parents dans le développement et le maintien de

saines habitudes de vie. Ainsi, les intervenants du domaine de la santé et des services sociaux deviennent des agents multiplicateurs de changement en mettant en place des activités de sensibilisation et d'éducation des parents. Ces activités visent à promouvoir l'acquisition de saines habitudes alimentaires et de saines habitudes de santé buccodentaire. Elles comprennent, entre autres, l'utilisation de la débarbouillette pour nettoyer la bouche du nouveau-né, le brossage quotidien des dents avec un dentifrice fluoré, la consommation d'aliments sains et non cariogènes, l'utilisation optimale des fluorures, le counseling auprès des femmes enceintes concernant l'abandon du tabagisme, l'allaitement, etc.

Principaux milieux d'intervention en ce qui concerne les enfants de quatre ans et moins

En ce qui a trait aux enfants de quatre ans et moins, les principaux milieux d'intervention à privilégier sont :

- Les services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires :

Ces endroits représentent des milieux d'intervention de choix. Ainsi, on propose, entre autres, d'intégrer le counseling axé sur les soins de la bouche et le brossage des dents aux activités d'enseignement déjà offertes par les intervenants de ces milieux respectifs, lesquelles visent, entre autres, à augmenter les compétences, les connaissances et les habiletés des parents à prendre soin de leur bébé.

Ainsi, il est recommandé de sensibiliser et de familiariser les intervenants des centres hospitaliers et des maisons de

naissances en vue de leur permettre d'intégrer les soins de la bouche et des dents à l'enseignement se rapportant au bain et aux soins corporels du nouveau-né. En effet, l'heure du bain est un bon moment pour instituer cette routine d'hygiène. De plus, rappelons que les soins de la bouche du bébé sont une mesure recommandée par l'Association dentaire canadienne et l'Ordre des dentistes du Québec^{69,70}.

- Les cliniques de vaccination des CSSS :

Les cliniques de vaccination offertes par les CSSS représentent des occasions privilégiées d'intervenir auprès des parents et de leur(s) enfant(s) à des intervalles prédéterminés. Au Québec, les enfants ont accès aux cliniques de vaccination lorsqu'ils sont âgés de 2, 4, 6, 12 et 18 mois, puis lorsqu'ils sont âgés de 4 à 6 ans.

Le modèle d'intervention proposé suggère des activités de counseling de courte durée faisant appel à la répétition de certains éléments importants à véhiculer. En effet, les données actuelles semblent indiquer que le succès d'une activité éducative relève davantage de l'utilisation de la répétition que du type ou de la nature de l'intervention⁶⁰. Ainsi, le modèle propose quatre séances de counseling à l'intention des parents lors des cliniques de vaccination alors que leur enfant est âgé de 4, 6, 12 et 18 mois. Le contenu des messages proposés vise à augmenter les connaissances et les habiletés des parents sur les méthodes de prévention de la carie dentaire à privilégier, y compris les comportements à adopter afin d'éviter la transmission, du parent à l'enfant, des microorganismes présents dans la salive, lesquels sont associés à la carie dentaire.

TABLEAU 4

EXEMPLE D'UN MODÈLE D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER EN CLINIQUE DE VACCINATION

Séquence d'intervention	Nature du message
Intervention 1 : • Âge de l'enfant : 4 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de la transmission de salive entre les parents et leur(s) enfant(s). • Utilisation appropriée des dentifrices fluorés et démonstration des mesures d'hygiène buccodentaire.
Intervention 2 : • Âge de l'enfant : 6 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel des mesures d'hygiène, y compris l'utilisation des dentifrices fluorés. • Information sur le contenu des collations à privilégier, y compris sur l'effet des aliments sucrés dans l'étiologie de la carie dentaire.
Intervention 3 : • Âge de l'enfant : 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel des mesures d'hygiène. • Information sur les services dentaires assurés, y compris l'examen dentaire. • Accent sur les principes d'une bonne alimentation, y compris sur le contenu des collations.
Intervention 4 : • Âge de l'enfant : 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Retour sur les sujets discutés lors des rencontres précédentes.

Par ailleurs, il est important de tenir compte, lors du choix de ce milieu d'intervention, que le nombre d'utilisateurs des services de vaccination offert en CLSC varie de façon significative d'un CLSC à l'autre et, tout particulièrement, entre les régions. Le *Cinquième bilan des priorités nationales de santé publique 1997-2002* indique qu'en 2001, la proportion de vaccins qui ont été administrés dans le cadre des cliniques de vaccination offertes en CLSC variait de 15 % (région de Québec) à 100 % (huit régions périphériques)⁷¹.

Enfin, selon les résultats d'une étude réalisée en 1994-1995, 41 % des CLSC ont effectué des interventions en santé buccodentaire lors des cliniques de vaccination⁸. Cette observation est de bon augure en ce qui a trait à la faisabilité organisationnelle d'une intervention structurée dans le cadre des cliniques de vaccination en CSSS.

- Les centres de la petite enfance et les garderies :

Aujourd'hui, les enfants sont de plus en plus présents dans les milieux de garde. C'est pourquoi il devient important de favoriser la mise en place d'interventions visant à intégrer le counseling axé sur le brossage des dents aux activités éducatives déjà offertes par les intervenants de ces milieux.

Les services de garde doivent permettre aux enfants de bénéficier d'un encadrement qui favorise leur développement, de se familiariser progressivement avec un milieu d'apprentissage stimulant et d'acquérir des habiletés qui les placent en situation de réussite à l'école⁷². Un des objectifs du programme éducatif commun pour l'enfant est de favoriser la dimension physique et motrice de son développement global⁷³. Cet objectif vise à rendre l'enfant capable de manger seul, de se vêtir et autres ainsi qu'à favoriser chez lui l'acquisition de saines habitudes, notamment en lien avec l'hygiène et l'alimentation. Ainsi, le développement d'habiletés quant au brossage des dents et le contrôle des collations sucrées sont en lien avec cet objectif.

- La maternelle quatre ans :

La maternelle quatre ans n'est pas un service offert dans toutes les écoles par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). En fait, ce service est exclusivement réservé aux enfants handicapés et à ceux vivant dans un milieu socio-économique défavorisé⁷⁴.

Ainsi, la maternelle quatre ans est un milieu où l'on peut intervenir auprès de certains enfants qui sont très susceptibles d'être atteints ou encore de développer des problèmes de carie dentaire. C'est pourquoi les activités à privilégier doivent tenir compte de cette réalité et des caractéristiques particulières de cette clientèle. À cet effet, mentionnons que le counseling portant sur les pratiques cliniques préventives, dont le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, est une activité recommandée dans ces milieux.

Enfin, soulignons que la proportion d'enfants inscrits à la maternelle quatre ans, y compris ceux inscrits au programme d'animation Passe-Partout, est passée de 8 % en 1982-1983 à 19,2 % en 2001-2002⁷⁵. Notons que le programme d'animation Passe-Partout a notamment comme mission d'informer, de soutenir et d'outiller les parents de façon à leur donner confiance en leurs compétences d'éducateurs⁷⁶.

JEUNES DE 5 À 17 ANS

Activités privilégiées chez les jeunes de 5 à 17 ans

Les interventions à réaliser auprès des jeunes de 5 à 17 ans reposent essentiellement sur l'accessibilité à des services de prévention tels que l'application topique de fluorure et d'agents de scellement des puits et fissures, sur le renforcement des habitudes de vie propres à la santé buccodentaire et sur l'orientation vers le dentiste des jeunes ayant un BET. D'autres activités sont orientées vers les parents afin de les sensibiliser à l'importance de participer au développement de saines habitudes de santé buccodentaire chez leur(s) enfant(s).

En général, les activités de prévention recommandées sont rendues en milieu scolaire et s'adressent aux jeunes dits à risque de développer des problèmes de santé buccodentaire, alors que les interventions visant l'amélioration de la santé buccodentaire s'adressent à tous les jeunes. Par ailleurs, rappelons qu'avec les actions de promotion et de prévention, on cible les jeunes afin de favoriser chez eux l'acquisition de saines habitudes de vie et l'application sélective de mesures préventives efficaces qui leur assureront une santé buccodentaire optimale à l'âge adulte.

Avec le critère provincial de classification des enfants à risque, on vise à déterminer les enfants les plus susceptibles de développer des lésions carieuses. Élaboré au début des années 1990, ce critère est présentement appliqué dans toutes les régions du Québec. Il est un outil indispensable à l'application sélective des mesures de prévention proposées.

Rappelons que ce critère est basé sur les antécédents de carie dentaire chez les enfants de la maternelle. Il s'agit d'une version modifiée de la méthode de Grainger, laquelle précise le niveau de gravité de l'atteinte de carie dentaire selon le site et le nombre de surfaces dentaires atteintes⁷⁷.

Principal milieu d'intervention chez les jeunes de 5 à 17 ans

L'école représente le meilleur milieu d'intervention chez les jeunes de 5 à 17 ans. L'école constitue un lieu accessible, fréquenté par tous et bien ancré dans la réalité quotidienne des jeunes et de leur famille. Ainsi, il est de plus en plus considéré comme un lieu privilégié d'intervention⁷⁸.

Pour éviter de répondre de façon morcelée et discontinue aux besoins des jeunes, le MELs et le MSSS entendent soutenir la mise en œuvre d'un ensemble de services intégrés⁷⁸. Cet ensemble comprend, outre les services éducatifs, des services de promotion de la santé et du bien-être à l'intention de l'ensemble des jeunes, des services de prévention pour ceux qui présentent des risques de développer des problèmes, des services d'aide et de réadaptation pour les jeunes en difficulté, des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour ceux qui présentent des déficiences et des incapacités ainsi que des services de soutien et d'accompagnement pour les familles⁷⁸.

La santé dentaire fait partie intégrante de cet ensemble de services intégrés, et c'est dans ce contexte que s'inscrivent les activités proposées dans le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*.

ADULTES DE 18 ANS ET PLUS

Activités privilégiées pour les adultes de 18 ans et plus

Les activités privilégiées auprès des adultes de 18 ans et plus visent principalement à réduire les maladies

parodontales et à favoriser le maintien ou l'amélioration des habitudes de vie relatives à une bonne santé bucco-dentaire. Le counseling concernant les pratiques cliniques préventives, dont l'abandon du tabagisme, le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire, ainsi que la prophylaxie et le détartrage dentaire effectués par un professionnel sont parmi les activités proposées. La mise en place de ces activités repose en grande partie sur la concertation entre les professionnels du réseau de la santé publique ainsi que les dentistes et les omnipraticiens du secteur privé.

Des activités sont aussi proposées afin d'offrir des soins d'hygiène buccodentaire aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Principaux milieux d'intervention chez les adultes de 18 ans et plus

- Les cliniques dentaires et médicales :

Les cliniques dentaires et médicales sont des lieux de choix pour intervenir auprès des adultes, tenter de les responsabiliser quant à leur santé et faciliter chez eux le développement de comportements favorables à une bonne santé buccodentaire. Par ailleurs, il importe que les conseils donnés par les différents intervenants de ces milieux, tels que les dentistes et les omnipraticiens du secteur privé, soient en harmonie avec les recommandations véhiculées en santé publique, notamment en ce qui concerne les pratiques cliniques préventives.

- Les CHSLD :

Les CHSLD ont pour mission d'offrir, de façon permanente ou temporaire, des services d'hébergement, d'assistance et de soutien ainsi que des services infirmiers, médicaux, pharmaceutiques, psychosociaux et de réadaptation aux personnes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, même avec le soutien de leur entourage⁷⁹. C'est dans ce contexte que s'inscrivent les activités à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie.

Enfin, selon les données disponibles au MSSS, plus de 40 000 personnes étaient hébergées dans les CHSLD en 2003-2004⁸⁰.



Caractéristiques du plan d'action en fonction de chacun des objectifs

Cette section vise à présenter les interventions qui, dans le contexte québécois actuel, semblent les plus prometteuses afin de favoriser l'amélioration de la santé buccodentaire de la population. Ainsi, pour chacun des objectifs de santé buccodentaire retenus, les activités

privilegiées, les principales responsabilités associées aux niveaux national, régional et local, les milieux d'intervention, les résultats attendus et les indicateurs de réussite sont décrits sous la forme de tableaux.

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE GÉNÉRAL VISANT L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF

POPULATION CIBLE	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES DE SANTÉ LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1)	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS
Enfants de 4 ans et moins	<p>D'ici 2012, que l'indice caof (nombre de faces dentaires temporaires cariées, absentes ou obturées) soit de 2,4 chez les enfants de 5-6 ans (valeur de référence: indice caof de 3,9 en 1998-1999).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des enfants de 5-6 ans atteints de la carie dentaire soit inférieure à 30 % (valeur de référence [caof ≠ 0] : 42 % en 1998-1999).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des enfants de 5-6 ans ayant un besoin de traitement de la carie dentaire soit inférieure à 18 % (valeur de référence [c ≠ 0] : 23 % des enfants en 1998-1999).</p> <p>D'ici 2012, que l'indice CAOF (nombre de faces dentaires permanentes cariées, absentes ou obturées) soit de 1,9 chez les jeunes de 11-12 ans (valeur de référence: indice CAOF de 3,1 en 1996-1997).</p> <p>D'ici 2012, que l'indice SiC (<i>Significant Caries Index</i> – voir annexe F) soit de 3,0 ou moins chez les jeunes de 11-12 ans (valeur de référence: 4,4 en 1996-1997).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des jeunes de 13-14 ans atteints de la carie dentaire soit inférieure à 50 % (valeur de référence [CAOF ≠ 0] : 73 % en 1996-1997).</p>	<p>MSSS: Élaboration et mise à jour du plan d'action, coordination nationale et interrégionale, concertation entre les différents intervenants du réseau pour l'organisation des activités, évaluation et surveillance de l'état de santé buccodentaire de la population</p> <p>Institut national de santé publique du Québec (INSPQ): Participation à l'élaboration et à la mise à jour du plan d'action</p> <p>Direction de santé publique (DSP): Élaboration et mise à jour du plan d'action régional, mise en œuvre des activités</p> <p>CSSS: Élaboration et mise à jour du plan d'action local, mise en œuvre des activités</p> <p>RÉSUMÉ DES BIENFAITS, EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1</p> <p>Réduction des problèmes de santé tels que la malocclusion, l'édentation, les maladies parodontales ainsi que la douleur et les infections liées à la carie dentaire</p> <p>Réduction des conséquences socio-économiques telles que les journées d'école ou de travail manquées pour des raisons de douleur ou d'inconfort ainsi que les coûts associés au traitement de la carie dentaire et de ses conséquences</p> <p>Contribution au développement normal des enfants en favorisant une bonne mastication des aliments, une élocution adéquate et une bonne estime de soi (apparence et liens interpersonnels facilités)</p> <p>Contribution à la réduction des inégalités sociales liées à la carie dentaire en favorisant l'amélioration de la santé buccodentaire des personnes vivant en situation de pauvreté</p>
À noter		<p>Les activités privilégiées et précisées dans cette section peuvent aussi contribuer à l'atteinte de l'objectif 3, soit l'amélioration des habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire, et de l'objectif, du PNSP, lié au domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale et visant à augmenter la proportion d'enfants âgés de 4 ans et moins qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).</p>

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>POPULATION CIBLE : ENFANTS DE 4 ANS ET MOINS</p> <p>Promotion et application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie :</p> <p>Promotion de la fluoruration de l'eau potable*</p> <p>* <i>La promotion de la fluoruration de l'eau potable s'applique à tous les groupes d'âge. Voir annexe E pour information complémentaire.</i></p>	<p>MSSS : Soutien pour l'application de la Loi sur la santé publique, coordination nationale, normes et directives, contrôle de qualité</p> <p>INSPQ : Développement, mise à jour et diffusion des connaissances, formation des intervenants</p> <p>DSP : Coordination régionale et mise en œuvre des activités retenues</p>	<ul style="list-style-type: none"> Intervenir auprès des propriétaires des stations de traitement de l'eau potable des municipalités de 5 000 habitants et plus 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2008, que 100 % des propriétaires des stations de traitement de l'eau potable des municipalités de 5 000 habitants et plus soient contactés afin de les inviter à procéder à la fluoruration de l'eau potable selon les dispositions prévues dans la Loi sur la santé publique. <i>Indicateur : Proportion des municipalités contactées</i> D'ici 2012, que 50 % de la population du Québec aient accès à de l'eau potable dont la concentration en fluorure est optimale (valeur de référence : 8 % en 2004). <i>Indicateur : Proportion de la population ayant accès à de l'eau potable dont la concentration en fluorure est optimale</i>
<p>Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives :</p> <p>Counseling destiné à tous les enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents avec un dentifrice fluoré (élimination quotidienne de la plaque dentaire) la prise quotidienne de suppléments de fluorure 	<p>MSSS : Coordination nationale et soutien aux DSP pour l'implantation des mesures retenues</p> <p>INSPQ : Soutien par la recherche et l'expertise</p> <p>DSP : Coordination régionale, formation des intervenants des milieux d'intervention visés, mise en œuvre des activités privilégiées</p> <p>CSSS : Soutien local</p>	<p>Selon l'organisation régionale des services de santé et des services sociaux, intervenir dans au moins l'un des milieux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cliniques de vaccination des CSSS Centres de la petite enfance et garderies Maternelle 4 ans ou prématernelle 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2008, que 80 % des cliniques de vaccination des CSSS offrent aux parents des séances de counseling en lien avec les pratiques cliniques préventives. <i>Indicateur : Proportion des cliniques de vaccination</i> D'ici 2008, que 80 % des centres de la petite enfance et des garderies appliquent de saines habitudes alimentaires et le brossage des dents avec un dentifrice fluoré. <i>Indicateur : Proportion des milieux de garde</i> D'ici 2008, que 80 % des maternelles 4 ans transmettent aux parents de l'information sur les pratiques cliniques préventives, dont le brossage des dents avec dentifrice fluoré. <i>Indicateur : Proportion des maternelles 4 ans</i>
<p>Counseling destiné aux enfants à risque élevé de carie dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> les habitudes alimentaires, dont la réduction de la consommation d'aliments cariogènes l'application annuelle ou semestrielle d'un agent topique de fluorure effectuée par un professionnel 			

Nouvelle activité

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS (SUITE)

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>Contribution avec les intervenants du domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale à la réalisation des activités suivantes :</p> <p>Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives – Intégration du thème de la santé bucco-dentaire lors des activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> le counseling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes le counseling en matière d'allaitement maternel* <p>* <i>Counseling réalisé en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i></p>	<p>MSSS : Coordination nationale des travaux liés au développement du volet de santé dentaire, soutien aux DSP pour l'implantation des activités privilégiées</p> <p>INSPQ : Soutien par la recherche, formation des intervenants des milieux visés et expertise</p> <p>DSP : Coordination régionale, mise en œuvre des activités privilégiées</p> <p>CSSS : Soutien local</p>	<p>Intervenir dans les milieux suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires* <i>Activités réalisées en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i> <p>• Cliniques dentaires et médicales</p>	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2008, que 100 % des services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires offrent aux parents de nouveau-nés une séance d'information sur les mesures d'hygiène buccodentaire particulières aux nourrissons. <i>Indicateur : Proportion des services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires</i> D'ici 2008, que le thème de la santé buccodentaire soit intégré au réseau Amis des bébés. D'ici 2008, que 60 % des pédiatres et des omnipraticiens aient été rencontrés et informés sur les pratiques cliniques préventives à privilégier auprès des enfants de 4 ans et moins. <i>Indicateur : Proportion des pédiatres et des omnipraticiens rencontrés</i> D'ici 2008, que 100 % des dentistes aient été rencontrés et informés sur les pratiques cliniques préventives à privilégier auprès des enfants de 4 ans et moins. <i>Indicateur : Proportion des dentistes rencontrés</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Rencontres prénatales et postnatales données dans les CSSS 		<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2010, que 50 % des femmes qui participent à des rencontres prénatales et postnatales bénéficient lors d'un counseling concernant le tabagisme et l'allaitement maternel d'information pertinente sur la santé buccodentaire. <i>Indicateur : Proportion des femmes ayant bénéficié d'information pertinente en matière de santé buccodentaire lors d'un counseling</i>

Nouvelle activité

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40% LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS (SUITE)

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>Interventions par le biais des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité</p>		<p>• Visite à domicile</p>	<p>• D'ici 2008, que 75% des familles participant aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité bénéficieraient d'un counseling sur la santé buccodentaire du père, de la mère et de l'enfant. <i>Indicateur: Proportion des familles ayant bénéficié de counseling sur la santé buccodentaire</i></p>
<p>POPULATION CIBLE: JEUNES DE 5 À 17 ANS</p> <p>Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives:</p> <p>Counseling destiné à tous les enfants:</p> <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents avec un dentifrice fluoré et l'utilisation de la soie dentaire (élimination quotidienne de la plaque dentaire) la prise quotidienne de suppléments fluorés <p>Counseling destiné aux enfants à risque élevé de carie dentaire:</p> <ul style="list-style-type: none"> les habitudes alimentaires, dont la réduction de la consommation d'aliments cariogènes l'application semestrielle d'un agent topique de fluorure effectuée par un professionnel l'utilisation d'un rinçage-bouche fluoré 	<p>MSSS: Coordination nationale et interrégionale, concertation entre les différents intervenants du réseau pour l'organisation des activités, maintien et développement des ressources et évaluation des résultats attendus</p> <p>INSPO: Soutien à la recherche, à la mise à jour des activités et à la formation des intervenants, expertise</p> <p>DSP: Coordination régionale, mise en œuvre des activités, soutien et formation et évaluation des résultats attendus</p> <p>CSSS: Collaboration à l'élaboration, à la mise en œuvre, à l'évaluation et à la mise à jour des activités et application des mesures retenues</p>	<p>Milieu scolaire:</p> <p>A: Chez les enfants de la maternelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère provincial de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste des enfants ayant un BET de la carie dentaire et diffusion d'information aux parents <p>B: Chez les enfants à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification – Suivi préventif individualisé réalisé 2 fois l'an, de la maternelle à la deuxième année:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents 	<p>• D'ici 2008, que 100% des enfants de la maternelle bénéficieraient d'un dépistage systématique (classification des enfants à risque et évaluation du BET de la carie dentaire). <i>Indicateur: Proportion des enfants dépistés</i></p> <p>• D'ici 2008, que 100% des parents des enfants avec un BET de la carie dentaire soient informés des résultats du test de dépistage, des services dentaires assurés par la RAMQ, des bénéfices des agents de scellement sur les dents permanentes et de l'importance de consulter un dentiste. <i>Indicateur: Proportion des parents informés</i></p> <p>• D'ici 2008, que 90% des enfants à risque élevé de carie bénéficieraient d'un suivi préventif individualisé comprenant 2 applications topiques de fluorure par année, de la maternelle à la 2^e année*, d'activités d'éducation à la santé buccodentaire et d'une application d'agents de scellement sur les premières molaires permanentes. <i>Indicateurs: Proportion des enfants à risque élevé de carie dentaire ayant reçu 2 applications de fluorure par année et dentaire ayant reçu 2 applications de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé buccodentaire et d'une application d'agents de scellement sur les premières molaires permanentes.</i></p>

Nouvelle activité

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS (SUITE)

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>Suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2^e année qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de 2 applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé dentaire</p>	<p>Approche d'éducation à la santé avec la participation souhaitée des parents : évaluation des habitudes d'hygiène buccodentaire (indice de débris OHIS), enseignement et promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire (brossage des dents, contenu des collations, etc.)</p>	<p>Application de mesures de prévention* : application topique de fluorure et d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes</p> <p>* Activités réalisées sous la direction d'un dentiste</p>	<p>proportion des enfants à risque élevé de carie dentaire ayant reçu des agents de scellement</p> <p>* Il est recommandé de cesser le suivi préventif individualisé en 2^e année plutôt qu'en 3^e année comme on le propose dans le PNSP.</p> <p>• D'ici 2008, que 85 % des enfants suivis individuellement et présentant un BET de la carie dentaire consultent un dentiste.</p> <p><i>Indicateur : Proportion des enfants avec un BET de la carie dentaire ayant consulté un dentiste</i></p>
<p>Application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons</p>	<p>• Application de mesures de prévention* : application topique de fluorure et d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes</p> <p>* Activités réalisées sous la direction d'un dentiste</p>	<p>C : Chez les enfants de la deuxième année :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage systématique du BET de la carie dentaire et du besoin de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes • Orientation vers le dentiste des enfants ayant un BET de la carie dentaire et diffusion d'information aux parents • Application d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes* <p>* Activité réalisée sous la direction d'un dentiste</p>	<p><i>Indicateur : Proportion des parents informés</i></p> <p>• D'ici 2008, que 100 % des parents des enfants suivis individuellement reçoivent, au moins 1 fois par année, de l'information concernant l'évolution de la santé buccodentaire de leur(s) enfant(s) et, selon le cas, sur les fluorures (systémiques et topiques), les dentifrices fluorés, le xylitol, les agents de scellement et les aliments cariogènes.</p>
			<p><i>Indicateur : Proportion des parents dépités</i></p> <p>• D'ici 2008, que 100 % des enfants de la 2^e année bénéficient d'un dépistage systématique.</p> <p>• D'ici 2008, que 100 % des parents des enfants ayant un BET de la carie dentaire et/ou présentant un besoin de scellement soient informés des résultats du test de dépistage, des services dentaires assurés par la RAMQ et de l'importance de consulter un dentiste.</p> <p><i>Indicateur : Proportion des parents informés</i></p> <p>• D'ici 2008, que 90 % des enfants de la deuxième année étant à risque de carie dentaire et ayant un besoin d'agents de scellement bénéficient de la mesure sur les premières molaires permanentes.</p> <p><i>Indicateur : Proportion des enfants, étant à risque de carie dentaire et ayant un besoin d'agents de scellement, ayant reçu un agent de scellement sur les premières molaires permanentes</i></p>

Nouvelle activité

Objectif 1

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS (SUITE)

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>Promotion et prévention en ce qui concerne l'acquisition de saines habitudes de vie dans les milieux de vie :</p> <p>Intervention par le biais de l'approche École en santé</p>	<p>MSSS : Actions intersectorielles (MSSS-MELS), coordination nationale</p> <p>INSPQ : Soutien à la recherche, formation et expertise</p> <p>DSP : Coordination régionale</p> <p>CSSS : Soutien local et personnel ressource</p>	<p>D : Chez les élèves de la 2^e secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage systématique du BET de la carie dentaire et du besoin de scellement des puits et fissures sur les deuxièmes molaires permanentes • Orientation vers le dentiste des enfants ayant un BET de la carie dentaire et diffusion d'information aux parents • Application d'agents de scellement des puits et fissures sur les deuxièmes molaires permanentes* <p>* <i>Activité réalisée sous la direction d'un dentiste</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2008, que 100 % des jeunes de la 2^e secondaire bénéficient d'un dépistage systématique. <i>Indicateur : Proportion des jeunes ayant été dépistés</i> • D'ici 2008, que 100 % des parents des jeunes ayant été dépistés soient informés des résultats du test de dépistage, du BET de la carie dentaire, du besoin de scellement, des services dentaires assurés par la RAMQ et de l'importance de consulter un dentiste. <i>Indicateur : Proportion des parents informés</i> • D'ici 2008, que 80 % des jeunes de la 2^e secondaire étant à risque de carie dentaire et ayant un besoin d'agents de scellement bénéficient de la mesure sur les deuxièmes molaires permanentes. <i>Indicateur : Proportion des enfants, étant à risque de carie dentaire et ayant un besoin d'agents de scellement, ayant reçu un agent de scellement sur les deuxièmes molaires permanentes</i>
	<p>Milieu scolaire et ses partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services dentaires préventifs aux enfants à risque de carie dentaire (voir les activités à réaliser en milieu scolaire - objectif 1) • Réalisation d'activités spécifiques de promotion et de prévention d'une saine hygiène dentaire lors d'événements spéciaux tels que le Mois de la santé buccodentaire • Intégration de messages éducatifs en santé buccodentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise 	<p>Milieu scolaire et ses partenaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services dentaires préventifs aux enfants à risque de carie dentaire (voir les activités à réaliser en milieu scolaire - objectif 1) • Réalisation d'activités spécifiques de promotion et de prévention d'une saine hygiène dentaire lors d'événements spéciaux tels que le Mois de la santé buccodentaire • Intégration de messages éducatifs en santé buccodentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise 	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2008, que 100 % des intervenants locaux (hygiénistes dentaires) œuvrant dans les écoles engagées dans l'approche École en santé aient participé à une formation sur l'intervention globale et concertée de promotion et de prévention (École en santé). <i>Indicateur : Proportion des intervenants ayant reçu la formation sur l'approche École en santé</i> • D'ici 2008, que 75 % des écoles engagées dans l'approche École en santé aient réalisé au moins 1 activité sur le thème de la santé buccodentaire. <i>Indicateur : Proportion des écoles engagées dans l'approche École en santé qui ont réalisé au moins 1 activité sur le thème de la santé buccodentaire</i> • D'ici 2008, que 75 % des écoles engagées dans l'approche École en santé aient intégré des messages éducatifs sur le thème de la santé buccodentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise. <i>Indicateur : Proportion des écoles engagées dans l'approche intégrée des messages éducatifs sur le thème de la santé buccodentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise</i>

Nouvelle activité

Objectif 2

RÉDUIRE DE 40 % LE NOMBRE MOYEN DE FACES DENTAIRES CARIÉES, ABSENTES OU OBTURÉES CHEZ LES JEUNES DE MOINS DE 18 ANS
CONTEXTE GÉNÉRAL VISANT L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF

POPULATION CIBLE	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES DE SANTÉ LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1)	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS
Adultes de 18 ans ou plus	<p>D'ici 2012, que la proportion des personnes de 35 à 44 ans ayant besoin d'un traitement parodontal soit inférieure à 75 % (valeur de référence : 89 % en 1994-1995).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des personnes de 35 à 44 ayant soit du tartre sur au moins 1 dent, soit une poche parodontale de 4 à 5 mm, sans toutefois avoir de dents avec une poche parodontale de 6 mm et plus, soit inférieure à 57 % (valeur de référence : 67 % en 1994-1995).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des personnes de 35 à 44 ans ayant au moins 1 dent avec une poche parodontale de 6 mm et plus soit inférieure à 18 % (valeur de référence : 21 % en 1994-1995).</p>	<p>MSSS : Élaboration et mise à jour du plan d'action, coordination nationale et interrégionale, concertation entre les différents intervenants du réseau pour l'organisation des activités, évaluation et surveillance de l'état de santé buccodentaire de la population</p> <p>INSPQ : Contribution à l'élaboration et à la mise à jour du plan d'action</p> <p>DSP : Élaboration et mise à jour du plan d'action régional, mise en œuvre des activités</p> <p>CSSS : Élaboration et mise à jour du plan d'action local, mise en œuvre des activités</p> <p>RÉSUMÉ DES BIENFAITS, EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1</p> <p>Réduction de l'édentation chez l'adulte, des problèmes de mastication (malocclusions) ainsi que de la douleur et des abcès (infections) liés aux affections parodontales</p> <p>Contribution à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population, compte tenu de l'association reconnue entre les maladies parodontales et certaines maladies systémiques, telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète, ainsi que les naissances prématurées et les bébés de petit poids</p> <p>Contribution à une santé buccodentaire optimale contribuant à renforcer l'esthétique, l'estime de soi et les interactions sociales</p> <p>Contribution à la diminution des cancers buccaux et au retard de la perte d'autonomie chez les personnes âgées</p>
<p>À noter</p> <p>Les activités privilégiées et précisées dans cette section peuvent contribuer à l'atteinte de l'objectif 3, soit l'amélioration des habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire, et de l'objectif, du PNSP, lié au domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale et visant à retarder la perte d'autonomie chez les personnes âgées.</p>		

Objectif 2

RÉDUIRE LA PRÉVALENCE DES MALADIES PARODONTALES (GINGIVITE ET MALADIES PARODONTALES DESTRUCTIVES) CHEZ LES ADULTES DE 18 ANS OU PLUS
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>POPULATION CIBLE : ADULTES DE 18 ANS OU PLUS</p> <p>Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives :</p> <p>Counseling concernant l'abandon du tabagisme*</p> <p>* <i>Contribue aussi à réduire le risque de cancers buccaux</i></p>	<p>MSSS : Soutien aux DSP pour l'implantation de cette mesure</p> <p>INSPQ : Soutien par la recherche, soutien à la formation, expertise</p> <p>DSP : Coordination régionale, formation des intervenants des milieux visés, mise en œuvre de l'activité privilégiée</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cabinets dentaires : actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients en matière d'abandon du tabagisme* <p>* <i>Actions réalisées en conformité avec les objectifs du Plan québécois d'abandon du tabagisme</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2010, que 75 % des dentistes offrent à leurs patients des activités individualisées en matière d'abandon du tabagisme. <i>Indicateur : Proportion des dentistes qui offrent des activités individualisées en matière d'abandon du tabagisme</i>
<p>Counseling destiné à tous les adultes :</p> <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire (élimination quotidienne de la plaque) la prophylaxie dentaire effectuée par un professionnel 	<p>MSSS : Soutien aux DSP pour l'implantation des mesures</p> <p>INSPQ : Soutien par la recherche, soutien à la formation, expertise</p> <p>DSP : Coordination régionale, formation des intervenants des milieux visés, mise en œuvre des activités privilégiées</p>	<ul style="list-style-type: none"> Cliniques médicales : actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients pour lutter contre les maladies parodontales CHSLD (publics et privés conventionnés) : implantation de pratiques cliniques préventives dans une approche de soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et de bien-être des bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> D'ici 2010, que 60 % des omnipraticiens aient été rencontrés et informés sur les pratiques cliniques préventives efficaces pour lutter contre les maladies parodontales. <i>Indicateur : Proportion des omnipraticiens rencontrés</i> D'ici 2012, que 100 % des CHSLD publics et privés conventionnés offrent des soins quotidiens d'hygiène buccodentaire (pratiques cliniques préventives). <i>Indicateur : Proportion des CHSLD offrant des soins quotidiens d'hygiène buccodentaire</i>
<p>Counseling destiné aux adultes à risque de maladies parodontales :</p> <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents avec dentifrices anti-tartre le détartrage dentaire effectué par un professionnel l'utilisation du rinçage-bouche Listerine^{MC} ou d'un rinçage-bouche à la chlorhexidine 			

Nouvelle activité

Objectif 3

AMÉLIORER LES HABITUDES DE VIE RELATIVES À L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE CHEZ LES PERSONNES DE TOUS LES GROUPES D'ÂGE
CONTEXTE GÉNÉRAL VISANT L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF

POPULATION CIBLE	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES DE SANTÉ LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1)	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS
Jeunes de 0 à 17 ans	<p>D'ici 2012, que la proportion d'enfants qui se brossent les dents au moins 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré soit supérieure à 80% (valeurs de référence: 48% à l'âge de 29 mois en 2000, 59% à l'âge de 5-6 ans en 1998-1999, 63% à l'âge de 11-12 ans en 1996-1997).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion d'enfants, de 6 à 12 mois, dont les dents sont brossées avec un dentifrice fluoré soit supérieure à 70% (valeur de référence: 58% en 2000).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion d'enfants prenant 2 collations cariogènes ou plus par jour soit inférieure à 15% (valeur de référence: 29% à l'âge de 5-6 ans en 1998-1999).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion d'enfants prenant une collation cariogène avant le coucher soit inférieure à 15% (valeurs de référence: 29% à l'âge de 5-6 ans en 1998-1999 et 29% à l'âge de 11-12 ans en 1996-1997).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion d'enfants âgés de moins de 4 ans ayant visité le dentiste soit supérieure à 50% (valeur de référence: 19% en 2003).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des personnes âgées de 35 à 44 ans qui se brossent les dents au moins 2 fois par jour soit supérieure à 85% (valeur de référence: 67% en 1994-1995).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des personnes âgées de 35 à 44 ans utilisant la soie dentaire au moins 1 fois par jour soit supérieure à 32% (valeur de référence: 24% en 1994-1995).</p>	<p>MSSS: Élaboration et mise à jour du plan d'action, coordination nationale et interrégionale, concertation entre les différents intervenants du réseau pour l'organisation des activités, évaluation et surveillance de l'état de santé buccodentaire de la population</p> <p>INSPQ: Contribution à l'élaboration et à la mise à jour du plan d'action</p> <p>DSP: Élaboration et mise à jour du plan d'action régional, mise en œuvre des activités</p> <p>CSSS: Élaboration et mise à jour du plan d'action local, mise en œuvre des activités</p> <p>RÉSUMÉ DES BIENFAITS, EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1</p> <p>Contribution au maintien et à l'amélioration de la santé buccodentaire de la population par l'acquisition de comportements favorables à la santé et au bien-être</p> <p>Contribution à la diminution de la carie dentaire, des maladies parodontales, des cancers buccaux, des malocclusions (suction du pouce, utilisation inappropriée des tétines, etc.) et du tabagisme</p>
Adultes de 18 ans ou plus		

Objectif 3

AMÉLIORER LES HABITUDES DE VIE RELATIVES À L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE CHEZ LES PERSONNES DE TOUS LES GROUPES D'ÂGE
CONTEXTE GÉNÉRAL VISANT L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF (SUITE)

POPULATION CIBLE	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES DE SANTÉ LIÉS À L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF 1)
	<p>D'ici 2012, que la proportion des personnes de 35 à 44 ans ayant visité le dentiste au cours de la dernière année soit augmentée à 75 % (valeur de référence : 69 % en 1994-1995).</p> <p>D'ici 2012, que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ayant visité le dentiste ou le denturologiste au cours de la dernière année soit augmentée à 50 % (valeur de référence : 32 % en 1995).</p>

À noter

Les activités privilégiées et précisées dans cette section peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs 1 et 2, soit la réduction de la prévalence de la carie dentaire et la réduction de la prévalence des maladies parodontales. De plus, elles peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs, du PNSP, liés au domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale et visant à réduire la perte d'autonomie chez les personnes âgées et à augmenter la proportion d'enfants âgés de 4 ans et moins qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social).

Objectif 3

AMÉLIORER LES HABITUDES DE VIE RELATIVES À L'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE CHEZ LES PERSONNES DE TOUS LES GROUPES D'ÂGE
CONTEXTE PARTICULIER SE RAPPORTANT À LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS

ACTIVITÉS PRIVILÉGIÉES	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RÉSULTATS ATTENDUS (INDICES LIÉS À L'IMPLANTATION DES ACTIVITÉS)
<p>Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie :</p> <p>Intégration du thème de la santé buccodentaire dans les campagnes nationales de communication prévues dans le cadre du PNSP</p> <p>Activités régionales ou locales de soutien aux campagnes nationales de communication</p>	<p>MSSS : Coordination nationale des travaux et mise en œuvre des campagnes de communication</p> <p>INSPQ : Contribution à l'élaboration des campagnes de communication</p> <p>DSP : Coordination régionale et mise en œuvre des activités de communication</p>	<p>Thèmes à privilégier :</p> <p>Tous les groupes d'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance des conséquences de la santé dentaire sur la santé en général. • Utilisation optimale des fluorures : eau fluorée, brossage des dents 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré • Importance de réduire la consommation de boissons et d'aliments cariogènes • Utilisation optimale des services dentaires • Prévention des blessures à la bouche et aux dents • Efficacité des agents de scellement dans la prévention de la carie dentaire <p>Enfants de 4 ans et moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance de la santé dentaire dans le développement des tout-petits • Hygiène buccodentaire de la nouvelle maman et du nouveau-né • Changements buccodentaires associés à la croissance <p>Jeunes de 5 à 17 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme (effets sur la santé buccale et abandon du tabagisme) • Hygiène buccodentaire (brossage, soie dentaire, etc.) <p>Adultes de 18 ans ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme (effets sur la santé buccale et abandon du tabagisme) • Hygiène buccodentaire (brossage, soie dentaire, soins des prothèses, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2007, que le thème du brossage des dents avec fluorure soit intégré à au moins 1 campagne de communication. <p><i>Indicateur : Nombre de campagnes nationales et régionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2012, que le thème du brossage des dents avec fluorure soit reconduit dans au moins 1 campagne de communication. <p><i>Indicateur : Nombre de campagnes nationales et régionales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'ici 2012, qu'un ou plusieurs autres thèmes retenus soient intégrés à au moins 1 campagne de communication portant sur les habitudes de vie, la santé buccodentaire et l'alimentation. <p><i>Indicateur : Nombre de thèmes intégrés et nombre de campagnes nationales et régionales</i></p>

Nouvelle activité

SECTION **4**

IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION



L'implantation du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* nécessite l'étroite collaboration des autorités et des professionnels œuvrant en santé dentaire publique. Puisqu'il est en continuité avec les actions menées jusqu'à ce jour, le présent plan d'action est exigeant sans être trop ambitieux. Son implantation nécessitera des changements importants, lesquels ne pourront s'opérer que de façon graduelle et selon les ressources disponibles. De plus, certains travaux visant à préciser les mécanismes d'évaluation et les voies de recherche à privilégier seront entrepris afin de faciliter le développement des connaissances préalables à l'élaboration et à la mise en œuvre des activités proposées. Ces travaux seront réalisés selon les mécanismes de travail déjà prévus à cet effet dans le PNSP.

Par ailleurs, rappelons que le plan d'action précise les indicateurs recommandés pour mesurer l'atteinte des résultats attendus. Le suivi périodique de ces indicateurs est essentiel. Il sera effectué selon certaines modalités, lesquelles seront déterminées en collaboration avec les partenaires concernés.

Le succès de l'implantation du plan d'action repose aussi sur la présence de conditions facilitant la mise en œuvre et le succès des activités proposées. À cet effet, mentionnons les éléments suivants :

1. Assurer, en fonction des priorités d'action et de la capacité financière du MSSS, le financement nécessaire à la mise en œuvre des nouvelles activités proposées. À titre d'exemple, mentionnons l'application d'agents de scellement dentaire chez les élèves de la 2^e année du primaire et de la 2^e secondaire ainsi que la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives chez les enfants de quatre ans et moins.
2. Mettre en place des mécanismes de travail nécessaires à l'évaluation et à la surveillance de l'état de santé buccodentaire de la population, à l'implantation des activités retenues et à la mise à jour des connaissances.

TABLEAU 5

**SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DE LA POPULATION
ET DE SES FACTEURS DÉTERMINANTS – CLIENTÈLES ET TYPES DE DONNÉES À PRIVILÉGIER***

Niveau scolaire, groupe d'âge	Données régionales	Données nationales
Enfants de la maternelle		X
Jeunes de la 2 ^e année du primaire	X	X
Jeunes de la 6 ^e année du primaire	X	X
Adultes de 35-44 ans		X
Personnes âgées de 65 ans et plus		X

* Voir indicateurs de santé retenus, objectifs 1, 2 et 3.

3. Assurer aux intervenants locaux l'accès à :

- des outils ou du matériel visant à assurer la mise en œuvre des activités retenues comme celles se rapportant aux agents de scellement des puits et des fissures et à soutenir leurs actions (p. ex., guides cliniques d'intervention standardisés et validés sur les plans professionnel, clinique et scientifique) ;
- des séances de formation en lien avec la mise en œuvre des activités proposées (p. ex., agents de scellements, fluorures, etc.) ;

- des lieux propices à la confidentialité et à l'application des mesures de prévention des infections : espaces réservés pour les instruments souillés, accès à un lavabo, espaces réservés pour le matériel propre et stérile, etc. ;
- des politiques et des procédures concernant le nettoyage et la stérilisation du matériel, l'entretien, les contrôles bactériologiques de routine et la gestion des déchets biomédicaux ;
- du matériel en quantité suffisante et en bon état de manière à leur permettre de prodiguer les soins requis.



Conclusion

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* décrit l'ensemble des activités du réseau de la santé dentaire publique à privilégier jusqu'en 2012. Il propose des activités visant à favoriser l'acquisition de saines habitudes de vie et l'application sélective de mesures préventives efficaces. Alors que la majorité de ces activités concernent les enfants à risque élevé de carie dentaire, certaines visent les tout-petits, les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Toutes ces activités tiennent compte de l'importance des problèmes de santé buccodentaires chez ces clientèles et des conséquences du vieillissement de la

population québécoise sur l'organisation des services préventifs en santé publique. Les activités proposées représentent l'ensemble des services communs à toutes les régions du Québec.

On peut escompter que l'expérience que nous acquerrons par la mise en œuvre de ces activités, de même que l'expérience que nous avons acquise avec les actions menées à ce jour, contribuera à l'évolution du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*.

Références

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 126 p.
- 2 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 148 p. (Collection analyses et surveillance n° 11).
- 3 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 151 p. (Collection analyses et surveillance n° 18).
- 4 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p. (Collection analyses et surveillance n° 8).
- 5 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme public de services dentaires préventifs – Révision 1990*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990, 30 p.
- 6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, deuxième édition, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 192 p.
- 7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Critères d'appréciation de la condition bucco-dentaire des élèves du primaire: Cahier de formation des équipes régionales*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994.
- 8 DUROCHER, J., et J.M. BRODEUR. *Évaluation de l'application du programme public de services dentaires préventifs*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 172 p. (Collection analyses et surveillance n° 7).
- 9 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, 308 p.
- 10 VARGAS, C.M., J.J. CRALL et D.A. SCHNEIDER. « Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994 », *Journal of the American Dental Association*, vol. 129, n° 9, 1998, p. 1229-1238.
- 11 SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA. *Enquête promotion de la santé Canada 1990: rapport technique*, Ottawa, ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1993, 360 p.
- 12 VEILLEUX, G., M. GÉNÉREUX et J. DUROCHER. *Comportements parentaux à l'égard de la santé buccodentaire des enfants: Étude longitudinale du développement des enfants du Québec 1998-2002*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, n° 6, 2002, 50 p. (Collection La santé et le bien-être).
- 13 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de maternelle et de deuxième année, résultats détaillés de la région de Montréal-Centre et comparaisons avec l'ensemble du Québec*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 2000, 43 p.
- 14 RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. *Les services dentaires*, [En ligne], [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/statistiques/documents/2003/services_dentaires_2003.pdf] (page consultée le 2 juin 2005).
- 15 BRODEUR, J.M., et al. *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995, 75 p.
- 16 ASSOCIATION DES CHIRURGIENS DENTISTES DU QUÉBEC. « Sondage sur la santé dentaire et la perception qu'a la population québécoise des dentistes », *Le Point de contact*, mai-juin 2003, p. 9-12.
- 17 LÉVY, M. *La carie de la petite enfance: perspective de santé publique*. Données présentées lors des Journées dentaires du Québec, mai 1998.
- 18 LEWIS, W., et A.I. ISMAIL. « Periodic health examination, 1995 update: 2. Prevention of dental caries », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 152, n° 6, 1998, p. 836-846.
- 19 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendance des dépenses nationales de santé de 1975 à 2003*, 2003, 172 p.
- 20 ACS, G., et al. « Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population », *Pediatric Dentistry*, vol. 14, n° 5, septembre-octobre 1992, p. 302-305.
- 21 AYHAN, H., E. SUSKAN et S. YILDIRIM. « The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference », *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, vol. 20, n° 3, 1996, p. 209-212.
- 22 HOLLISTER, M.C., et J.A. WEINTRAUB. « The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity », *Journal of Dental Education*, vol. 57, n° 12, 1993, p. 901-912.
- 23 REISINE, S.T., et M. LITT. « Social and psychological theories and their use for dental practice », *International Dental Journal*, vol. 43, n° 3, 1993, p. 279-287.
- 24 AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. *Chronic periodontal disease may be risk factor for diabetes*, [En ligne], [pplgroup.com/dg/1f87be.htm] (page consultée le 3 juin 2005).
- 25 CHANG, H.H., et H. CHEN. « Periodontal disease as a risk factor for cardiovascular disease », *Oral Health*, vol. 90, n° 12, 2000, p. 41-44.

- 26 MATTHEWS, D.C. «Periodontal medicine: A new paradigm », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 66, n° 9, 2000, p. 488-491.
- 27 BECK, J.D., *et al.* «Periodontitis: A risk factor for coronary heart disease? », *Annals of Periodontology*, vol. 3, n° 1, 1998, p. 127-141.
- 28 GENCO, R.J. «Periodontal disease and risk for myocardial infarction and cardiovascular disease », *Cardiovascular Reviews and Reports*, vol. 19, n° 3, 1998, p. 34-40.
- 29 SLAVKIN, H.C. «Does the mouth put the heart at risk? », *Journal of the American Dental Association*, vol. 130, n° 1, 1999, p. 109-113.
- 30 DESVARIÉUX, M., *et al.* «Relationship between periodontal disease, tooth loss, and carotid artery plaque: The oral infections and vascular disease epidemiology study (INVEST) », *Stroke*, vol. 34, n° 9, 2003, p. 2120-2125.
- 31 DASANAYAKE, A.P. «Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight », *Annals of Periodontology*, vol. 3, n° 1, 1998, p. 206-212.
- 32 OFFENBACHER, S., *et al.* «Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight », *Journal of Periodontology*, vol. 67, suppl. 10, 1996, p. 1103-1113.
- 33 DAVENPORT, E.S., *et al.* «The East London study of maternal chronic periodontal disease and preterm low birth weight infants: Study design and prevalence data », *Annals of Periodontology*, vol. 3, n° 1, 1998, p. 213-221.
- 34 STEINBERG, B.J. «Women's oral health issues », *Oral Health*, vol. 90, n° 10, 2000, p. 53-61.
- 35 BURT, B.A., *et* S.A. EKLUND. *Dentistry, Dental Practice, and the Community*, cinquième édition, Philadelphie (PA), WB Saunders Co., 1999.
- 36 BRODEUR, J.M., *et* P.L. SIMARD. *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes âgées complètement édentées sans prothèses fonctionnelles – Rapport final*, Québec, Université Laval, 1990, 55 p.
- 37 JOSHIPURA, K.J., W.C. WILLETT *et* C.W. DOUGLASS. «The impact of edentulousness on food and nutrient intake », *Journal of the American Dental Association*, vol. 127, n° 4, 1996, p. 459-467.
- 38 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Fichier des tumeurs du Québec*, [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/tumeurs.html] (page consultée le 3 juin 2005).
- 39 CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Preventing and Controlling Oral and Pharyngeal Cancer Recommendations from a National Strategic Planning Conference*, [En ligne], [www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4714.pdf] (page consultée le 2 juin 2005).
- 40 HAWKINS, R.J., *et al.* «Soins de santé préventifs bilan 1999: Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 65, n° 11, décembre 1999, p. 617.
- 41 INSTITUT NATIONAL DU CANCER DU CANADA. *Statistiques canadiennes sur le cancer 2003*, Toronto, 2003, 108 p.
- 42 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2010*, deuxième édition, Washington (DC), U.S. Government Printing Office, 2000, 43 p.
- 43 ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. *Protecteur buccal*, [En ligne], [www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/public/protecteur_fr.html] (page consultée le 1^{er} juin 2005).
- 44 ISMAIL, A.I. «Prevention of early childhood caries », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, suppl. 1, 1998, p. 49-61.
- 45 TINANOFF, N. «Introduction to the early childhood caries conference: Initial description and current understanding », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 26, suppl. 1, 1998, p. 5-7.
- 46 WEINSTEIN, P. «Research recommendations: pleas for enhanced research efforts to impact the epidemic of dental disease in infants », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 56, n° 1, p. 55-60.
- 47 AL-SHALAN, T.A., P.R. ERICKSON *et* N.A. HARDIE. «Primary incisor decay before age 4 as a risk factor for future dental caries », *Pediatric Dentistry*, vol. 19, n° 1, 1997, p. 37-41.
- 48 BADER, J.D., *et al.* «Identifying children who will experience high caries increments », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 14, n° 4, 1986, p. 198-201.
- 49 NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT STATEMENT, MARCH 26-28, 2001. «Diagnosis and management of dental caries throughout life », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, octobre, 2001, p. 1162-1168.
- 50 KAY, E.J., *et* D. LOCKER. «Is dental health education effective? A systematic review of current evidence », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 24, n° 4, 1996, p. 231-235.
- 51 KAY, E.J., *et* D. LOCKER. «A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health », *Community Dental Health*, vol. 15, 1998, p. 132-144.
- 52 LEVY, G.F. «A survey of preschool oral health education programs », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 44, n° 1, 1984, p. 10-18.
- 53 KOWASH, M.B., *et al.* «Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children », *British Dental Journal*, vol. 188, n° 4, 2000, p. 201-205.
- 54 LITT, M., S. REISINE *et* N. TINANOFF. «Multidimensional causal model of dental caries development in low-income preschool children », *Public Health Reports*, vol. 110, n° 5, 1995, p. 607-617.
- 55 PINE, C.M., *et al.* «An intervention to establish regular toothbrushing: Understanding parents' beliefs and motivating children », *International Dental Journal*, vol. 50, 2000, p. 312-323.

- 56 MOYSES, S.T., *et al.* « Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil », *Health Promotion International*, vol. 18, n° 3, 2003, p. 209-218.
- 57 TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations on selected interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, suppl. 1, 2002, p. 16-20.
- 58 O'MULLANE, D.M. « Introduction and rationale for the use of fluoride for caries prevention », *International Dental Journal*, vol. 44, 1994, p. 257-261.
- 59 STAMM, J.W. « The value of dentifrices and mouthrinses in caries prevention », *International Dental Journal*, vol. 43, 1993, p. 517-527.
- 60 ROZIER, R.G. « Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1063-1072.
- 61 HAYES, C. « The effect of non-cariogenic sweeteners on the prevention of dental caries: A review of the evidence », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1106-1109.
- 62 NEWBRUN, E. « Topical fluorides in caries prevention and management: A North American perspective », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1078-1083.
- 63 WEINTRAUB, J.A. « Pit and fissure sealants in high-caries-risk individuals », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1084-1090.
- 64 WHELTON, H., et D. O'MULLANE. « The use of combinations of caries preventive procedures », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1110-1113.
- 65 LOE, H., *et al.* « The natural history of periodontal disease in man: The rate of periodontal destruction before 40 years of age », *Journal of Periodontology*, vol. 49, n° 12, 1978, p. 607-620.
- 66 LOE, H., *et al.* « Natural history of periodontal disease in man: Rapid, moderate, and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age », *Journal of Clinical Periodontology*, vol. 13, n° 5, 1986, p. 431-445.
- 67 GRAVES, R.C., J.A. DISNEY et J.W. STAMM. « Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding », *Journal of Periodontology*, vol. 60, n° 5, 1989, p. 243-247.
- 68 BROTHWELL, D.J. « Les cabinets dentaires devraient-ils promouvoir les produits de désaccoutumance au tabac?: Un rapport fondé sur les faits », *Journal of the Canadian Dental Association*, vol. 67, n° 3, mars 2001, p.149-155.
- 69 ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE. *Première visite chez le dentiste de votre enfant*, [En ligne], [www.cda-adc.ca/french/your_oral_health/caring_teeth/info_for_parents_teachers/first_visit.asp] (page consultée le 2 juin 2005).
- 70 ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. *Soins préventifs chez les enfants*, [En ligne], [ordredesdentistes-quebec.qc.ca/index_p.html?section=public&form=premiere_visite_fr.html&m=soins] (page consultée le 2 juin 2005).
- 71 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Couverture vaccinale des enfants de 2 ans », *Priorités nationales de santé publique 1997-2002: Vers l'atteinte des résultats attendus: 5^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 77-87.
- 72 MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF. *Nouvelles dispositions de la politique familiale: Les enfants au cœur de nos choix*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 40 p.
- 73 MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE. *Programme éducatif des centres de la petite enfance*, Québec, gouvernement du Québec, 1997, 38 p.
- 74 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. Les services à la petite enfance, [En ligne], [www.mels.gouv.qc.ca/rems/banque/fiches/f61.htm] (page consultée le 2 juin 2005).
- 75 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT. *Les activités: L'accès à la préscolarisation*, [En ligne], [www.mels.gouv.qc.ca/stat/indic03/indic03/if03202.pdf] (page consultée le 2 juin 2005).
- 76 FÉDÉRATION DES COMMISSIONS SCOLAIRES DU QUÉBEC. « L'animation Passe-Partout, 20 ans aux côtés des parents », *Savoir*, vol. 3, n° 4, 1998, p. 18.
- 77 POULSEN, S., et H.S. HOROWITZ. « An evaluation of a hierarchical method of describing the pattern of dental caries attack », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 2, 1974, p. 7-11.
- 78 MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes – Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation, 2003, 34 p.
- 79 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lexiques*, [En ligne], [wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/m02/M02Lexique.asp#Missions] (page consultée le 2 juin 2005).
- 80 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services de santé et les services sociaux*, [En ligne], [www.msss.gouv.qc.ca/reseau/survol.html] (page consultée le 2 juin 2005).

ANNEXES



Annexe A

ÉVOLUTION DES POSTES ET DES DÉPENSES EN HYGIÈNE DENTAIRE (CSSS)

RÉGION SOCIO-SANITAIRE	DONNÉES DE RÉFÉRENCE				SITUATION ATTENDUE		SITUATION ACTUELLE		VARIATION	
	POSTES 31 MARS 1993	DÉPENSES ¹ 31 MARS 1993	BUDGET ADDITIONNEL (ALLOUÉ EN 1994)	AU 31 MARS 1995		POSTES 31 MARS 2004	DÉPENSES ² 31 MARS 2004	POSTES DE 1995 À 2004	DÉPENSES DE 1995 À 2004	
				POSTES	DÉPENSES					
01 Bas-Saint-Laurent	8,1	390 279 \$	80 000 \$	10,0	470 279 \$	7,8	468 990 \$	- 2,2	- 0,27 %	
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	8,0	336 728 \$	120 000 \$	11,0	456 728 \$	11,6	560 809 \$	+ 0,6	+ 22,79 %	
03 Québec	15,8	463 857 \$	424 000 \$	26,4	887 857 \$	19,4	1 112 502 \$	- 7,0	+ 25,30 %	
04 Mauricie-Centre-du-Québec	13,7	603 898 \$	232 000 \$	19,1	835 898 \$	19,0	1 107 163 \$	- 0,1	+ 32,45 %	
05 Estrie	10,8	402 365 \$	60 000 \$	12,3	462 365 \$	10,4	600 048 \$	- 1,9	+ 29,78 %	
06 Montréal-Centre	35,3	1 387 771 \$	1 064 000 \$	61,9	2 446 771 \$	44,0	2 700 223 \$	- 17,9	+ 10,36 %	
07 Outaouais	11,1	419 484 \$	60 000 \$	12,5	479 484 \$	11,9	691 117 \$	- 0,6	+ 44,14 %	
08 Abitibi-Témiscamingue	4,0	191 806 \$	104 000 \$	6,5	295 806 \$	6,1	337 615 \$	- 0,4	+ 14,13 %	
09 Côte-Nord	5,0	141 725 \$	60 000 \$	6,4	201 725 \$	5,6	292 240 \$	- 0,8	+ 44,87 %	
10 Nord-du-Québec	0,0	—	100 000 \$	2,5	100 000 \$	2,4	76 428 \$	- 0,1	- 23,57 %	
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5,0	207 905 \$	60 000 \$	6,5	267 905 \$	5,5	270 122 \$	- 1,0	+ 0,83 %	
12 Chaudière-Appalaches	13,1	556 367 \$	224 000 \$	18,7	780 367 \$	15,9	1 023 941 \$	- 2,8	+ 31,21 %	
13 Laval	2,7	131 290 \$	256 000 \$	8,8	387 290 \$	4,0	218 228 \$	- 4,8	- 43,65 %	
14 Lanaudière	8,8	366 111 \$	168 000 \$	12,8	534 111 \$	10,5	665 088 \$	- 2,3	+ 24,52 %	
15 Laurentides	11,5	521 643 \$	200 000 \$	16,3	721 643 \$	13,0	756 619 \$	- 3,3	+ 4,85 %	
16 Montérégie	26,9	1 261 125 \$	708 000 \$	44,6	1 969 125 \$	38,6	2 374 190 \$	- 6,0	+ 20,57 %	
17 Nunavik	1,0	—	—	—	—	2,0	155 637 \$	—	—	
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	2,0	—	—	—	—	2,0	147 483 \$	—	—	
TOTAL	182,8	7 382 354 \$	3 920 000 \$	276,3	11 302 354 \$	229,7	13 558 443 \$	- 46,6	+ 19,96 %	

Références

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de gestion financière – Centre d'activité 6540*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, année financière 1992-1993.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Manuel de gestion financière – Centre d'activité 6540*, Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec, année financière 2003-2004.

Annexe B

LISTE DES PRINCIPALES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS

INTERVENTIONS		EFFICACITÉ		RECOMMANDATIONS	
PRÉVENTION DE LA CARIE DENTAIRE ²				DÉTAILS	
				CLASSIFICATION ¹	
<ul style="list-style-type: none"> Fluoruration de l'eau potable 	<ul style="list-style-type: none"> Administration quotidienne de suppléments de fluorure 	<ul style="list-style-type: none"> Des baisses de l'ordre de 20 à 40 % du taux de carie dentaire ont été signalées. 	<ul style="list-style-type: none"> On a fait état chez les enfants de diminutions du taux de carie analogues à celles associées à la fluoruration de l'eau, mais les parents oublient souvent d'administrer quotidiennement les suppléments. 	A*	<ul style="list-style-type: none"> Sont suffisantes les données attestant que la fluoruration de l'eau demeure la mesure la plus efficace, la plus équitable et la plus efficiente de prévention de la carie coronaire et radiculaire. Sont suffisantes les données attestant que le respect scrupuleux de la posologie indiquée contribue à réduire l'incidence de la carie. Toutefois, la prescription de quantités excessives de suppléments de fluorure est le principal facteur ayant contribué aux augmentations récentes de l'incidence de la fluorose.
<ul style="list-style-type: none"> Application annuelle ou semestrielle par un professionnel de topiques fluorés tels que le gel de fluorophosphate acidulé 			<ul style="list-style-type: none"> Ce traitement qui prend beaucoup de temps et qui est coûteux n'est pas efficace ni rentable pour la plupart des patients dans les collectivités approuvées en eau fluorée ou non fluorée. Cette mesure est efficace à condition d'être sélective. 	A*	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont suffisantes pour recommander une telle mesure dans le cas des personnes qui présentent des caries très actives ou qui sont à haut risque de carie, étant donné que dans ces groupes, les taux de carie rappellent ceux observés dans l'ensemble de la population avant la baisse de l'incidence de la carie.
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de rince-bouche fluorés (contenant 0,20 % de fluorure de sodium pour usage hebdomadaire ou 0,05 % de fluorure de sodium pour usage quotidien) 			<ul style="list-style-type: none"> Comme l'incidence de la carie continue de décliner, l'efficacité de cette mesure est mise en doute. 	A*	<ul style="list-style-type: none"> Sont suffisantes les données démontrant l'utilité de cette mesure dans le cas de ceux qui présentent des caries très actives ou qui sont à haut risque de carie.
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation individuelle de dentifrices fluorés 			<ul style="list-style-type: none"> Leur utilisation quotidienne s'accompagne d'une baisse statistiquement significative de l'incidence de la carie ; il s'agit d'une source importante de fluorure pour application individuelle, étant donné qu'environ 90 % des dentifrices vendus contiennent du fluorure. 	A*	<ul style="list-style-type: none"> Tout le monde devrait utiliser quotidiennement un dentifrice fluoré dans le cadre d'une hygiène buccodentaire régulière ; il faudrait prendre soin d'éviter d'avaler une quantité excessive de dentifrice et surveiller l'usage de dentifrice par les enfants.

Classification des recommandations

A : Les données sont suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

B : Les données sont acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

C : Les données sont insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.

* Pratique clinique préventive retenue et incluse dans le plan d'action

Références

- 1 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « L'examen médical périodique, mise à jour 1992, annexe 1 », *Union médicale canadienne*, vol. 122, n° 3, 1993, p. 200.
- 2 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1995-1998 - Mise à jour 1995*; 2. *Prévention de la carie dentaire*, [En ligne] [www.ctfphic.org] (page consultée le 2 juin 2005).
- 3 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Santé Canada, 1994.
- 4 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1999-2004 - 22. Soins de santé préventifs, bilan 1999 : Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche*, [En ligne], [www.ctfphic.org] (page consultée le 2 juin 2005).

Annexe B

LISTE DES PRINCIPALES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (SUITE)

INTERVENTIONS	EFFICACITÉ	RECOMMANDATIONS	
		CLASSIFICATION ¹	DÉTAILS
<ul style="list-style-type: none"> Élimination quotidienne de la plaque par le brossage et l'utilisation de la soie dentaire Nettoyage durant les examens dentaires périodiques Agents de scellement des puits et fissures Counseling afin de réduire la consommation d'aliments cariogènes Counseling afin de réduire l'utilisation nocturne ou prolongée de biberons contenant des liquides autres que l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> Même si le brossage et l'utilisation de la soie dentaire tous les jours n'aident pas à prévenir la carie, ils font partie des bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire et aident à lutter contre les gingivopathies. Le nettoyage dentaire classique n'est pas un moyen efficace pour prévenir la carie, mais peut servir à éliminer les taches ou le tartre. Une hygiène buccodentaire quotidienne (brossage et utilisation de la soie dentaire) peut prévenir les taches et l'accumulation de tartre. L'utilisation sélective d'agents de scellement entraîne une baisse significative sur les plans statistique et clinique de la carie dans les puits et fissures. Contrairement aux premières études, les données récentes donnent à penser que la consommation de sucres alimentaires n'influe pas de façon importante sur le taux de carie. L'alimentation prolongée au moyen d'un biberon contenant des liquides sucrés constitue la principale cause de la carie du nourrisson. Toutefois, on n'a pas encore évalué dans quelle mesure le counseling réussissait à modifier cette pratique. 	<p>A*</p> <p>C</p> <p>A*</p> <p>C*</p> <p>C</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont insuffisantes pour recommander cette intervention à des fins strictement de prévention de la carie; toutefois, le brossage est essentiel pour l'auto-application de dentifrice fluoré. Les données sont insuffisantes pour inclure le nettoyage lors des consultations dentaires de rappel dans le seul but de prévenir la carie, mais cette mesure peut être recommandée à certains patients pour d'autres raisons. Sont suffisantes les données démontrant l'efficacité de l'emploi sélectif d'agents de scellement sur les molaires permanentes dans les 3 mois qui suivent leur éruption chez les enfants à haut risque de carie. Sont insuffisantes les données démontrant l'efficacité d'un changement dans les habitudes alimentaires de l'ensemble de la population ainsi que l'efficacité des conseils donnés par le dentiste afin d'inciter les patients à modifier leur régime alimentaire. Toutefois, cette mesure est recommandée dans le cas des patients à haut risque de carie. Il est recommandé de conseiller aux patients de modifier leurs méthodes d'alimentation du nourrisson afin de prévenir la carie.
<p>PRÉVENTION DES MALADIES PARODONTALES³</p> <ul style="list-style-type: none"> Brossage des dents et utilisation de la soie dentaire 	<ul style="list-style-type: none"> Le brossage des dents aide à prévenir la gingivite. Les patients non motivés ou malhabiles peuvent ne pas respecter cette recommandation. 	<p>B*</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont acceptables pour recommander le brossage des dents afin de prévenir la gingivite.

Annexe B

LISTE DES PRINCIPALES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (SUITE)

INTERVENTIONS	EFFICACITÉ	RECOMMANDATIONS	
		CLASSIFICATION ¹	DÉTAILS
<ul style="list-style-type: none"> Détartrage et prophylaxie par un professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> La soie dentaire n'aide pas à prévenir la gingivite chez les enfants. La soie dentaire aide à prévenir la gingivite chez les adultes. L'usage combiné de la brosse à dents et de la soie dentaire peut prévenir la parodontite. Chez le groupe à risque, aucune donnée ne montre que l'usage de la brosse à dents ou de la soie dentaire est efficace. 	C*	<ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé d'utiliser la soie dentaire afin d'apprendre à maîtriser cette technique et d'acquies de bonnes habitudes, mais les données sont insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion de cette intervention. Les données sont suffisantes pour recommander l'utilisation de la soie dentaire par les adultes.
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'un rinçage-bouche à la chlorhexidine 	<ul style="list-style-type: none"> Chez les patients au parodonte sain, une prophylaxie buccodentaire intensive par un professionnel prévient la gingivite et la parodontite chroniques. Toutefois, un détartrage annuel n'apporte rien de plus aux patients au parodonte sain qui maintiennent une bonne hygiène buccodentaire. Le rinçage-bouche à la chlorhexidine aide à prévenir la gingivite et est efficace comme agent antimicrobien. Il réduit le taux de plaque supragingivale, mais stimule la formation de tartre supragingival. Il a une saveur désagréable et tache les dents. 	A*	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont suffisantes pour recommander l'utilisation 2 fois par jour d'un rinçage-bouche à 0,12 % de chlorhexidine chez les patients qui ont de la difficulté à se brosser les dents (p. ex., handicapés, cancéreux).
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation du rinçage-bouche Listerine^{MC} 	<ul style="list-style-type: none"> Le rinçage-bouche Listerine^{MC} est moins efficace que celui à la chlorhexidine. Son usage prolongé (6 mois ou plus) aide à prévenir la gingivite. Il a une saveur désagréable et laisse une sensation de brûlure dans la bouche. 	B*	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont acceptables pour recommander son utilisation par les patients atteints d'une gingivite sévère.
<ul style="list-style-type: none"> Brossage des dents avec dentifrices anti-tartre 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée n'atteste que ces dentifrices aident à prévenir la gingivite. Ils aident par contre à réduire le tartre supragingival. Leurs avantages à long terme n'ont pas été évalués. 	C	<ul style="list-style-type: none"> Aucune donnée ne permet de recommander leur usage à l'ensemble de la population.
		B*	<ul style="list-style-type: none"> Sont acceptables les données permettant de recommander ces dentifrices dans le cas des patients qui risquent d'avoir du tartre.

Classification des recommandations

- A: Les données sont suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
 B: Les données sont acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
 C: Les données sont insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
 * Pratique clinique préventive retenue et incluse dans le plan d'action

Références

- 1 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « L'examen médical périodique, mise à jour 1992, annexe I, partie 1 ». *Union médicale canadienne*, vol. 122, n° 3, 1993, p. 200.
- 2 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1995-1998 – Mise à jour 1995; 2. Prévention de la carie dentaire*. [En ligne]. [www.ctfphbc.org] (page consultée le 2 juin 2005).
- 3 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Santé Canada, 1994.
- 4 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1999-2004 – 22. Soins de santé préventifs, bilan 1999: Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche*. [En ligne]. [www.ctfphbc.org] (page consultée le 2 juin 2005).

Annexe B

LISTE DES PRINCIPALES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (SUITE)

INTERVENTIONS	EFFICACITÉ	RECOMMANDATIONS	
		CLASSIFICATION ¹	DÉTAILS
<ul style="list-style-type: none"> Abandon du tabac Dépistage des parodontopathies par les médecins (signallement des saignements gingivaux durant le brossage) 	<ul style="list-style-type: none"> L'abandon du tabac élimine le risque accru de parodontopathies attribuables au tabac. Cette intervention n'a pas été évaluée. 	<p>B*</p> <p>C</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sont acceptables les données permettant de recommander l'abandon du tabac pour prévenir les parodontopathies. Les données sont insuffisantes pour évaluer l'utilité de cette intervention, mais elle est recommandée dans les régions où il n'y a pas de services dentaires.
<p>PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DE LA BOUCHE⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> Counseling pour encourager le renoncement au tabac Dépistage par examen clinique 	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions multiples et les initiatives de renforcement ont augmenté les taux de désaccoutumance de 6 mois et 1 an. Il a été prouvé que le renoncement au tabac réduisait le risque de cancer de la bouche. Les programmes d'intervention ont réduit l'incidence des lésions précancéreuses. L'utilité du dépistage est limitée par la prévalence et l'incidence peu élevées de la maladie, le risque de faux positifs et le manque de conformité aux mesures de suivi recommandées. Aucune étude n'a démontré que les programmes de dépistage réduisent la mortalité et la morbidité attribuables au cancer de la bouche. 	<p>A*</p> <p>C</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont suffisantes pour considérer expressément le counseling visant à encourager le renoncement au tabac lors d'un examen de santé périodique. Le counseling devrait être assuré par des professionnels de la santé formés à cet effet. Les données sont insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion du dépistage du cancer de la bouche par examen clinique chez des patients asymptomatiques lors d'un examen de santé périodique (dépistage opportuniste). Pour les patients à risque, un examen annuel par un médecin ou un dentiste devrait être considéré. Les principaux facteurs de risque sont des antécédents de tabagisme et une consommation excessive d'alcool. Les données sont acceptables pour exclure le dépistage de masse du cancer de la bouche par examen clinique.

Classification des recommandations

- A : Les données sont suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
 B : Les données sont acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
 C : Les données sont insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.
 * Pratique clinique préventive retenue et incluse dans le plan d'action

Références

- 1 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. « L'examen médical périodique, mise à jour 1992, annexe 1 », *Union médicale canadienne*, vol. 122, n° 3, 1993, p. 200.
- 2 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1995-1998 - Mise à jour 1995*; 2. *Prévention de la carie dentaire*. [En ligne]. [www.ctfpbhc.org] (page consultée le 2 juin 2005).
- 3 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Santé Canada, 1994.
- 4 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1999-2004 - 22. Soins de santé préventifs, bilan 1999 : Prévention de la mortalité associée au cancer de la bouche*. [En ligne]. [www.ctfpbhc.org] (page consultée le 2 juin 2005).

Annexe C

TABLEAU SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS À RÉALISER SELON LA CLIENTÈLE VISÉE

ENFANTS DE 4 ANS ET MOINS	ACTIVITÉS		MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RESPONSABLES
	DÉTAILS	STATUT		
<p>Réduire la prévalence de la carie dentaire et améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • le counseling destiné à tous les enfants : <ul style="list-style-type: none"> – le brossage des dents avec un dentifrice fluoré (élimination quotidienne de la plaque dentaire) – la prise quotidienne de suppléments de fluorure • le counseling destiné aux enfants à risque élevé de carie dentaire: <ul style="list-style-type: none"> – les habitudes alimentaires, dont la réduction de la consommation d'aliments cariogènes – l'application annuelle ou semestrielle d'un agent topique de fluorure effectuée par un professionnel 	Nouvelle activité	<ul style="list-style-type: none"> • Cliniques de vaccination des CSSS, centres de la petite enfance et garderies, maternelles 4 ans * * <i>Intervenir dans au moins 1 des milieux proposés selon l'organisation régionale des services de santé et des services sociaux</i> • Services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires* * <i>Counseling réalisé en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i> • Cliniques dentaires et médicales 	CSSS	
<p>Contribuer à augmenter la proportion d'enfants qui ont un développement normal (moteur, langagier, cognitif et social)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • le counseling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes • le counseling en matière d'allaitement maternel* * <i>Counseling réalisé en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i> • Interventions par le biais des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité 	Nouvelle activité	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres prénatales et postnatales données dans les CSSS 	CSSS	
<p>JEUNES DE 5 À 17 ANS</p> <p>Réduire la prévalence de la carie dentaire et améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • le counseling destiné à tous les enfants : <ul style="list-style-type: none"> – le brossage des dents avec un dentifrice fluoré et l'utilisation de la soie dentaire (élimination quotidienne de la plaque dentaire) – la prise quotidienne de suppléments fluorés 	Activité existante à consolider	<p>Milieu scolaire:</p> <p>A : Chez les enfants de la maternelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection des enfants à risque élevé de carie dentaire (critère provincial de classification) • Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents 	CSSS CSSS	

Annexe C

TABLEAU SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS À RÉALISER SELON LA CLIENTÈLE VISÉE (SUITE)

ACTIVITÉS	STATUT		MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RESPONSABLES
	DÉTAILS			
<ul style="list-style-type: none"> le counseling destiné aux enfants à risque élevé de caries dentaires : <ul style="list-style-type: none"> les habitudes alimentaires, dont la réduction de la consommation d'aliments cariogènes l'application semestrielle d'un agent topique de fluorure effectuée par un professionnel l'utilisation d'un rinçage-bouche fluoré le suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la 2^e année qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire puissent bénéficier de 2 applications topiques de fluorure par année et participer à des activités d'éducation à la santé dentaire 		Activité existante à consolider	<p>B : Chez les enfants à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification :</p> <p>Suivi préventif individualisé réalisé 2 fois l'an, de la maternelle à la deuxième année, comprenant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents Évaluation des habiletés d'hygiène bucco-dentaire (indice de débris OHIS), enseignement et promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire Application topique de fluorure et d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes* <p>* Activités réalisées sous la direction d'un dentiste</p>	CSSS CSSS CSSS et DSP
<ul style="list-style-type: none"> l'application d'agents de scellement dentaire afin que les enfants de 5 à 15 ans qui répondent aux critères concernant le risque de carie dentaire reçoivent des agents de scellement sur les faces des molaires permanentes présentant des fosses et des sillons 		Nouvelle activité	<p>C : Chez les enfants de la deuxième année :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique du BET de la carie dentaire et du besoin de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes Orientation vers le dentiste des enfants ayant un BET de la carie dentaire et diffusion d'information aux parents Application d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes* <p>* Activité réalisée sous la direction d'un dentiste</p> <p>D : Chez les élèves de la deuxième secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage systématique du BET de la carie dentaire et du besoin de scellement des puits et fissures sur les deuxième molaires permanentes Orientation vers le dentiste des enfants ayant un BET de la carie dentaire et diffusion d'information aux parents (suite) ▼ 	CSSS et DSP CSSS CSSS et DSP CSSS et DSP CSSS

Annexe C

TABLEAU SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS À RÉALISER SELON LA CLIENTÈLE VISÉE (SUITE)

ACTIVITÉS DÉTAILS	STATUT		MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> Promotion et prévention en ce qui concerne l'acquisition de saines habitudes de vie dans les milieux de vie: <ul style="list-style-type: none"> l'intégration de la santé dentaire dans l'approche École en santé 	Activité existante à consolider		<ul style="list-style-type: none"> Application d'agents de scellement des puits et fissures sur les deuxième molaires permanentes* <ul style="list-style-type: none"> * <i>Activité réalisée sous la direction d'un dentiste</i> Offre de services dentaires préventifs aux enfants à risque de carie dentaire Réalisation d'activités spécifiques de promotion et de prévention d'une saine hygiène dentaire lors d'événements spéciaux tels que le Mois de la santé dentaire Intégration de messages éducatifs en santé dentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise 	CSSS et DSP CSSS CSSS MSSS et DSP
ADULTES DE 18 ANS OU PLUS				
<p>Réduire la prévalence des maladies parodontales et améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> le counseling destiné à tous les adultes: <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire (élimination quotidienne de la plaque) la prophylaxie dentaire effectuée par un professionnel le counseling destiné aux adultes à risque de maladies parodontales: <ul style="list-style-type: none"> le brossage des dents avec dentifrices anti-tartre le détartrage dentaire effectué par un professionnel l'utilisation du rinçage-bouche Listerine^{MC} ou d'un rinçage-bouche à la chlorhexidine le counseling concernant l'abandon du tabagisme* <p>* <i>Contribue aussi à réduire le risque de cancers buccaux</i></p>	Nouvelle activité		<ul style="list-style-type: none"> Cliniques médicales: actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients pour lutter contre les maladies parodontales CHSLD (publics et privés conventionnés): implantation de pratiques cliniques préventives dans une approche de soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et de bien-être des bénéficiaires Cabinets dentaires: actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients en matière d'abandon du tabagisme 	DSP DSP DSP

Annexe C

TABLEAU SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS À RÉALISER SELON LA CLIENTÈLE VISÉE (SUITE)

ACTIVITÉS		STATUT	MILIEUX ET CONTEXTE D'INTERVENTION	RESPONSABLES
DÉTAILS				
<p>TOUS LES GROUPES D'ÂGE (jeunes de 0 à 17 ans et adultes de 18 ans ou plus)</p> <p>Améliorer les habitudes de vie relatives à l'hygiène buccodentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la fluoration de l'eau potable • Organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie : <ul style="list-style-type: none"> • l'intégration du thème de la santé buccodentaire dans les campagnes de communication prévues dans le cadre du PNSP • les activités régionales ou locales de soutien aux campagnes nationales de communication 	<p>Activité existante à consolider</p> <p>Nouvelle activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propriétaires des stations de traitement de l'eau potable des municipalités de 5 000 habitants et plus <p>Thèmes à privilégier :</p> <p>A : Tous les groupes d'âge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance des conséquences de la santé dentaire sur la santé en général • Utilisation optimale des fluorures : eau fluorée, brossage des dents 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré • Importance de réduire la consommation de boissons et d'aliments cariogènes • Utilisation optimale des services dentaires • Prévention des blessures à la bouche et aux dents • Efficacité des agents de scellement dans la prévention de la carie dentaire <p>B : Enfants de 4 ans et moins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance de la santé dentaire dans le développement des tout-petits • Hygiène buccodentaire de la nouvelle maman et du nouveau-né • Changements buccodentaires associés à la croissance <p>C : Jeunes de 5 à 17 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme (effets sur la santé buccale et abandon du tabagisme) • Hygiène buccodentaire (brossage, soie dentaire, etc.) <p>D : Adultes de 18 ans ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme (effets sur la santé buccale et abandon du tabagisme) • Hygiène buccodentaire (brossage, soie dentaire, soins des prothèses, etc.) 	<p>DSP et MSSS</p> <p>MSSS et DSP</p> <p>MSSS et DSP</p> <p>MSSS et DSP</p> <p>MSSS et DSP</p>	

Annexe D

ACTIVITÉS À PRIVILÉGIER SELON LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES CYCLES DU PNSP

ACTIVITÉS À MAINTENIR, À CONSOLIDER OU À METTRE EN PLACE		
SELON LES RESSOURCES ACTUELLES (VOIR ANNEXE A)	RESPONSABLES	SELON L'AJOUT DES RESSOURCES
ACTIVITÉS À DÉPLOYER EN 2005-2007	RESPONSABLES	ACTIVITÉS À DÉPLOYER EN 2005-2007
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi préventif individualisé en milieu scolaire (de la maternelle à la 2^e année): <p>Chez les enfants de la maternelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection des enfants à risque élevé de carie dentaire (critère provincial de classification) • Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents <p>Chez les enfants à risque élevé de carie dentaire selon le critère provincial de classification :</p> <p>Suivi préventif individualisé réalisé 2 fois l'an, de la maternelle à la deuxième année, comprenant les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage systématique du BET de la carie dentaire, orientation vers le dentiste et diffusion d'information aux parents • Évaluation des habiletés d'hygiène buccodentaire (indice de débris OHIS), enseignement et promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire • Application topique de fluorure • Application d'agents de scellement des puits et fissures sur les premières molaires permanentes sous la forme d'un projet pilote régional* <p><i>*Il est recommandé d'entreprendre l'application des agents de scellement sous la forme d'un ou de quelques projets pilotes régionaux.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la fluoration de l'eau potable auprès des propriétaires des stations de traitement de l'eau potable des municipalités de 5 000 habitants et plus • Intégration de la santé dentaire dans l'approche École en santé: <ul style="list-style-type: none"> • Offre de services dentaires préventifs aux enfants à risque de carie dentaire • Réalisation d'activités spécifiques de promotion et de prévention d'une saine hygiène dentaire lors d'événements spéciaux tels que le Mois de la santé dentaire 	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS et DSP</p> <p>DSP et MSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p>	<p>CSSS et DSP</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS et DSP</p> <p>CSSS et DSP</p>
ACTIVITÉS À DÉPLOYER EN 2007-2010	RESPONSABLES	ACTIVITÉS À DÉPLOYER EN 2010-2012
<p>Suivi préventif individualisé en milieu scolaire : scellement des puits et fissures des premières molaires permanentes des enfants bénéficiant d'un suivi individualisé (de la maternelle à la 2^e année)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 4 ans et moins dans au moins 1 des milieux d'intervention suivants : cliniques de vaccination des CSSS, centres de la petite enfance et garderies, maternelles 4 ans ou prématernelles 	<p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS et DSP</p>	<p>CSSS et DSP</p> <p>CSSS et DSP</p>

Annexe D

ACTIVITÉS À PRIVILÉGIER SELON LES RESSOURCES DISPONIBLES ET LES CYCLES DU PNSP (SUITE)

ACTIVITÉS À MAINTENIR, À CONSOLIDER OU À METTRE EN PLACE			RESPONSABLES
SELON LES RESSOURCES ACTUELLES (VOIR ANNEXE A)	RESPONSABLES	SELON L'AJOUT DES RESSOURCES	
<ul style="list-style-type: none"> Intégration de messages éducatifs en santé dentaire dans le cadre du Programme de formation de l'école québécoise Interventions par le biais des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité Intégration du thème de la santé buccodentaire dans les campagnes de communication prévues dans le cadre du PNSP (y compris les activités régionales ou locales de soutien aux campagnes nationales de communication) 	<p>MSSS et DSP</p> <p>CSSS</p> <p>MSSS et DSP</p>		
ACTIVITÉS À DÉPLOYER EN 2007-2010			
<ul style="list-style-type: none"> Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives destinées aux adultes de 18 ans ou plus selon les modalités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Cabinets dentaires : actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients en matière d'abandon du tabagisme Cliniques médicales : actions à privilégier afin d'intervenir efficacement auprès des patients pour lutter contre les maladies parodontales CHSLD (publics et privés conventionnés) : implantation de pratiques cliniques préventives dans une approche de soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et de bien-être des bénéficiaires Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives suivantes et rendues dans le cadre des rencontres prénatales et postnatales données dans les CSSS : <ul style="list-style-type: none"> Counseling concernant le tabagisme auprès des femmes enceintes Counseling en matière d'allaitement maternel* 	<p>DSP</p> <p>DSP</p> <p>DSP</p> <p>CSSS</p> <p>CSSS</p> <p>DSP</p>		
<p>* <i>Counseling réalisé en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i></p>			
<ul style="list-style-type: none"> Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 4 ans et moins et rendues dans les milieux d'intervention suivants : services de maternité des CSSS et des centres hospitaliers universitaires* de même que cliniques dentaires et médicales 			
<p>* <i>Activités réalisées en conformité avec les objectifs et la mission du réseau Amis des bébés</i></p>			

Annexe E : PROMOTION DE LA FLUORATION DE L'EAU POTABLE

Après plus d'une cinquantaine d'années d'expérimentation, la fluoration de l'eau potable est considérée comme une mesure de prévention de la carie dentaire sûre, efficace et économique¹⁻⁷. Selon les preuves scientifiques, la fluoration de l'eau représente la mesure de santé publique la plus efficace pour prévenir la carie dentaire, peu importe l'âge ou la situation socio-économique des utilisateurs¹⁻⁷. À ce jour, son utilisation n'a pas d'effets néfastes connus sur l'environnement⁷.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs rapporte des réductions de l'incidence de la carie de 20 % à 40 %⁸. Il existe des preuves factuelles selon

lesquelles la fluoration de l'eau est la mesure la plus efficace, équitable et efficiente pour prévenir la carie dentaire. Au Québec, moins de 10 % de la population bénéficie de l'eau fluorée, par rapport à 62 % aux États-Unis³ et à 64 % en Ontario⁹.

Au Québec, la promotion de la fluoration de l'eau potable exige la collaboration des autorités municipales et des autorités de santé publique. Ainsi, tous les propriétaires de stations de traitement de l'eau potable dans les municipalités de 5 000 habitants et plus seront informés et invités à instaurer la fluoration selon les dispositions de la Loi sur la santé publique, adoptée en décembre 2001¹⁰.

Loi sur la santé publique

Section II –

Fluoration de l'eau potable

Surveillance.

57. Tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui procède à la fluoration de l'eau qu'il distribue doit surveiller la qualité de cette fluoration de manière à ce qu'elle atteigne la concentration optimale en fluor fixée par règlement du ministre pour prévenir la carie dentaire.

2001, c. 60, a. 57.

Normes.

58. Le ministre peut, par règlement, fixer des normes sur la façon de surveiller la qualité de la fluoration de l'eau potable.

2001, c. 60, a. 58.

Programme national.

59. Le programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau.

2001, c. 60, a. 59.

Subvention.

60. Le ministre peut, dans la mesure qu'il estime appropriée, verser une subvention à tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui lui en fait la demande, afin de couvrir les coûts d'achat, d'aménagement, d'installation ou de réparation d'un appareil de fluoration, de même que le coût du fluorure utilisé.

Conditions.

Il peut assujettir l'octroi de cette subvention aux conditions qu'il estime appropriées.

2001, c. 60, a. 60.

Références

- 1 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Oral Health in America: A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000, 308 p.
- 2 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998, 159 p. (Collection analyses et surveillance n° 8).
- 3 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Healthy People 2010*, deuxième édition, Washington (DC), U.S. Government Printing Office, 2000, 43 p.
- 4 SPROD, A.J., R. ANDERSON et E.T. TREASURE. *Effective Oral Health Promotion: Literature Review*, Health Promotion Wales, 1996 (Collection Technical Report n° 20).
- 5 TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations on selected interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, suppl. 1, 2002, p.16-20.
- 6 NEWBRUN, E. « Topical fluorides in caries prevention and management: A North American perspective », *Journal of Dental Education*, vol. 65, n° 10, 2001, p. 1078-1083.
- 7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du groupe de travail sur la fluoration de l'eau de consommation au Québec – Rapport final*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2000, 73 p.
- 8 GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS. *Les rapports du Groupe d'étude canadien des années 1995-1998 – Mise à jour 1995 : 2. Prévention de la carie dentaire*, [En ligne], [www.ctfpbc.org] (page consultée le 2 juin 2005).
- 9 MCFARLANE, D.J., et D.N. KLOOZ. *Communal water fluoridation in Ontario: A status report*, Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, 1992.
- 10 QUÉBEC. *Loi sur la santé publique: L.R.Q. chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} mai 2005*, [En ligne], [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html] (page consultée le 2 juin 2005).

Annexe F: INDICE SIC (*Significant Caries Index*)

En 1979, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fixait comme objectif pour l'an 2000 que le CAOD moyen des enfants de 12 ans ne dépasse pas 3. Le Québec a atteint cet objectif, puisque le CAOD moyen s'établissait à 2,10 lors de l'étude, menée en 1996-1997, sur la santé bucco-dentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans¹. Parmi les 13 régions du Québec ayant participé à cette étude, seulement 2 n'avaient pas atteint cet objectif, soit le Nord-du-Québec et la Côte-Nord.

Cependant, une analyse détaillée des résultats montre que la distribution de la carie dentaire est fortement asymétrique. Ainsi, une proportion des enfants présente encore des indices CAOD qualifiés d'élevés et de très élevés, et cela, même si une proportion très grande d'enfants est exempte de carie dentaire (CAOD = 0). Donc, la moyenne arithmétique d'une distribution fort asymétrique

peut donner à penser que la carie dentaire est bien contrôlée dans l'ensemble de la population, alors qu'en réalité, plusieurs individus en sont sérieusement atteints.

Un nouvel indice, le SiC, a été proposé afin de pallier cette lacune². De cette façon, le tiers de la population ayant les indices CAOD les plus élevés est regroupé, et son indice CAOD moyen est calculé. Ainsi, à partir des données de l'étude québécoise de 1996-1997, le CAOD moyen pour ce tiers (34,8 %) des enfants de 11-12 ans est de 4,4. Donc, ce sous-groupe de la population n'atteint pas l'objectif d'un CAOD inférieur à 3 tel qu'il a été fixé par l'OMS, en 1979, pour toute la population. L'indice SiC permet de suivre les actions plus spécifiques se rapportant à ce sous-groupe de la population ainsi que la réduction des inégalités en matière de santé dans la population.

Références

- 1 BRODEUR, J.M., et al. *Étude 1996-1997 sur la santé bucco-dentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999, 148 p. (Collection analyses et surveillance n° 11).
- 2 BRATTHALL, D. « Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds », *International Dental Journal*, vol. 50, n° 6, 2000, p. 378-384.

www.msss.gouv.qc.ca