



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Rapport d'évaluation  
Plan d'action de santé dentaire  
publique du Québec  
2005-2015**

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Publications**

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN : 978-2-550-78692-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2017

## **Auteurs du rapport**

Élise Bertrand, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Émilie Dionne, B. Sc., M. Sc., analyste-conseil  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Bernard Laporte, B. Sc., D.M.D., dentiste-conseil et responsable national de santé dentaire publique  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

## **Sous-groupe de travail**

Élise Bertrand, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Renée Brissette, agente administrative  
Émilie Dionne, B. Sc., M. Sc., analyste-conseil  
Bernard Laporte, B. Sc., D.M.D., dentiste-conseil et responsable national de santé dentaire publique  
Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Christian Fortin, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

René Larouche, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

## **Relecteurs**

Christian Fortin, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

René Larouche, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

## **Collaborateurs**

### ***Préexpérimentation du questionnaire pour les Centres de santé et de services sociaux***

Hygiénistes dentaires  
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Hygiénistes dentaires  
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Hygiénistes dentaires  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

***Comité scientifique des Journées de santé dentaire publique du Québec***

Murielle Béland, technicienne en hygiène dentaire indépendante

Élise Bertrand, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction du développement des individus et des communautés  
Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Gagnon, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Jean-François Lortie, hygiéniste dentaire, enseignant collégial  
Cégep de St-Hyacinthe

Nancy Wassef, D.M.D., M. Sc., dentiste-conseil  
Direction du développement des individus et des communautés  
Institut national de santé publique

***Animation des ateliers des Journées de santé dentaire publique du Québec***

Françoise Guénette  
Animatrice et journaliste indépendante

Tahina Lavoie  
Karine Lehoux  
Jean Nadeau  
Eklosion – Firme d’animation professionnelle

***Collaboration à la consultation sommaire de 2012 sur les tâches des hygiénistes dentaires***

Lucienne Bolduc, hygiéniste dentaire  
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie

Caroline Chabot, hygiéniste dentaire  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie

André Lavallée, technicien en hygiène dentaire indépendant

André Lavallière, D.M.D., dentiste-conseil  
Direction de santé publique  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l’Estrie –  
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

## Résumé<sup>1</sup>

Les résultats de l'évaluation du Plan d'action de santé dentaire publique du Québec 2005-2015 (PASDP) présentés dans ce document reposent sur trois démarches distinctes, essentiellement menées au printemps 2015, dans le but de documenter le niveau d'implantation, l'organisation des services, les enjeux, les principales tâches des hygiénistes dentaires de santé publique, la diversité des activités réalisées ainsi que leur conformité au plan d'action selon les paliers régional et local. La première démarche porte plus précisément sur le niveau d'implantation du PASDP [résultats tirés des questionnaires d'évaluation remplis par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS)], la deuxième concerne l'organisation des services [information provenant des ateliers tenus lors du 13<sup>e</sup> rendez-vous des Journées de santé dentaire publique du Québec (JSDPQ)] et la troisième porte sur les principales tâches des hygiénistes dentaires de santé publique (information tirée de la consultation sommaire effectuée en 2012 auprès des hygiénistes dentaires des CSSS).

Plus particulièrement, l'information recueillie et les résultats obtenus découlent de groupes de discussion et des questionnaires utilisés auprès des hygiénistes dentaires des CSSS et des dentistes-conseils des directions de santé publique des ASSS. En ce qui concerne l'évaluation du niveau d'implantation du PASDP, la période de référence était l'année scolaire 2013-2014.

Parmi les résultats obtenus, mentionnons que le manque d'hygiénistes dentaires ressort comme le principal facteur qui aurait influencé la capacité des établissements à mettre en œuvre le PASDP comme il avait été prévu. La mise en place d'un partenariat étroit entre les ASSS, les CSSS, les commissions scolaires, les écoles et les autres acteurs régionaux ou locaux aurait été, pour sa part, la clé de l'implantation du PASDP.

En 2013-2014, le suivi dentaire préventif de la maternelle à la deuxième année du primaire était bien implanté partout au Québec. Malgré certaines disparités régionales, ce service était offert de façon uniforme et conformément aux directives du PASDP. L'application de scellant dentaire à l'école primaire était, quant à elle, une activité de prévention de la carie dentaire implantée à des degrés variables sur l'ensemble du territoire québécois alors que son introduction à l'école secondaire était encore lacunaire, et ce, dans la majorité des régions.

Par ailleurs, près de 70 % des CSSS et 47 % des ASSS ont mentionné faire des activités auprès des enfants de 4 ans et moins une fois par année au minimum. Néanmoins, seulement quelques régions sont intervenues auprès de la clientèle adulte. Enfin, de multiples activités non prévues au PASDP ont aussi été conçues et réalisées par les CSSS et les ASSS.

---

<sup>1</sup> À noter que la révision du Plan d'action de santé dentaire publique du Québec a été effectuée avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales ainsi qu'avant l'adoption du nouveau Programme national de santé publique 2015-2025 et des plans d'action thématiques tripartites qui en découlent. C'est pourquoi le nom des établissements « Agence de santé et de services sociaux (ASSS) » et « Centre de santé et de services sociaux (CSSS) » est utilisé dans ce rapport.

À la lumière des résultats obtenus, on peut se demander si le PASDP n'a pas été trop ambitieux, principalement en raison des ressources humaines et financières limitées. On peut aussi se demander si la diversité des activités réalisées par les régions était justifiée et cohérente avec l'esprit du Programme national de santé publique 2003-2015 (PNSP) et la Loi sur la santé publique. À l'avenir, des efforts devraient porter sur les activités les plus efficaces à mettre en place dans l'ensemble du territoire québécois.

## Table des matières

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | Introduction.....  | 1  |
| 2     | Évaluation de l'implantation du Plan d'action de santé dentaire publique.....  | 2  |
| 2.1   | Contexte .....   | 2  |
| 2.2   | Objectifs de l'évaluation .....  | 2  |
| 2.3   | Méthodologie .....   | 3  |
| 2.3.1 | Population cible .....   | 3  |
| 2.3.2 | Construction des questionnaires.....   | 3  |
| 2.3.3 | Première préexpérimentation des questionnaires .....   | 3  |
| 2.3.4 | Seconde préexpérimentation du questionnaire pour les centres de santé et de services sociaux.....                        | 4  |
| 2.3.5 | Mode d'administration des questionnaires .....   | 4  |
| 2.3.6 | Analyse .....  | 4  |
| 2.4   | Résultats des questionnaires d'évaluation.....   | 5  |
| 2.4.1 | Taux de réponse .....  | 5  |
| 2.4.2 | Centres de santé et de services sociaux .....  | 5  |
| 2.4.3 | Agences de santé et de services sociaux.....   | 27 |
| 2.5   | Discussion .....   | 41 |
| 2.5.1 | Précautions à prendre dans l'analyse et l'interprétation des résultats .....   | 42 |
| 2.5.2 | Interprétation des données.....  | 42 |
| 3     | Compte rendu des ateliers du 13 <sup>e</sup> rendez-vous des Journées de santé dentaire publique du Québec .....         | 46 |
| 3.1   | Mise en contexte .....   | 46 |
| 3.2   | Méthodologie .....   | 46 |
| 3.3   | Résultats des ateliers.....  | 47 |
| 3.3.1 | Les enjeux transversaux .....  | 47 |
| 3.3.2 | Brossage des dents en service de garde et milieu scolaire : collaboration et réalisation.....                            | 48 |
| 3.3.3 | Suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire : optimisation de l'organisation et performance .....          | 49 |
| 3.3.4 | Application de scellant dentaire en milieu scolaire : qualité et efficience.....   | 50 |
| 3.3.5 | Services dentaires préventifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée : formation et défi d'intégration..... | 51 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4     | Consultation sommaire effectuée en 2012 auprès des centres de santé et de services sociaux sur les tâches des hygiénistes dentaires en santé publique au Québec ..... | 52 |
| 4.1   | Mise en contexte .....  | 52 |
| 4.2   | Résultats de la consultation de 2012 .....  | 52 |
| 4.2.1 | Participation .....   | 52 |
| 4.2.2 | Ressources humaines .....   | 52 |
| 4.2.3 | Suivis dentaires préventifs et application de scellant dentaire.....  | 53 |
| 4.2.4 | Autres activités du Plan d'action de santé dentaire publique et activités non prévues au Plan d'action de santé dentaire publique .....                               | 55 |
| 4.2.5 | Les tâches administratives.....   | 56 |
| 4.2.6 | La période estivale.....  | 56 |
| 4.2.7 | Les limites à l'implantation du Plan d'action de santé dentaire publique .....  | 57 |
| 5     | Réflexion et conclusion.....  | 58 |
|       | Bibliographie.....  | 59 |

## Liste des figures et tableaux

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Figure 1 :  | Nombre de CSSS avec un ou plusieurs hygiénistes par région administrative .....  | 6  |
| Figure 2 :  | Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où les hygiénistes avaient accès à des locaux adéquats .....  | 7  |
| Figure 3 :  | Pourcentage de CSSS où les hygiénistes parcouraient plus de 30 km ou consacraient plus de 30 minutes pour se rendre dans au moins la moitié des écoles par région administrative ..... | 8  |
| Figure 4 :  | Répartition des CSSS selon l'influence des coûts liés au transport de l'équipement portatif sur l'implantation du PASDP.....   | 9  |
| Figure 5 :  | Répartition des CSSS selon la qualité de la collaboration qu'avaient les hygiénistes dentaires avec d'autres professionnels .....  | 10 |
| Figure 6 :  | Pourcentage de CSSS selon les éléments qui auraient facilité l'implantation du PASDP.....  | 11 |
| Figure 7 :  | Pourcentage de CSSS selon les éléments qui auraient nuï à l'implantation du PASDP.....   | 12 |
| Figure 8 :  | Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où ont été réalisés les suivis dentaires préventifs individualisés.....   | 13 |
| Figure 9 :  | Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où a été appliqué le scellant dentaire.....   | 14 |
| Figure 10 : | Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles secondaires où a été appliqué le scellant dentaire.....   | 14 |
| Figure 11 : | Pourcentage de CSSS qui ont fait l'application de scellant dentaire dans plus de 90 % des écoles primaires et secondaires par région administrative .....                              | 15 |
| Figure 12 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans les cliniques de vaccination .....   | 17 |
| Figure 13 : | Pourcentage de CSSS qui ont réalisé des activités de promotion et de soutien selon les différents types de services de garde.....  | 18 |
| Figure 14 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans le cadre des services de garde .....   | 19 |
| Figure 15 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans les prématernelles ou les maternelles 4 ans .....                                      | 20 |
| Figure 16 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des rencontres prénatales .....  | 21 |
| Figure 17 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des rencontres postnatales.....  | 22 |
| Figure 18 : | Pourcentage de CSSS selon les différents thèmes qui ont été traités dans le cadre des rencontres prénatales .....  | 23 |
| Figure 19 : | Pourcentage de CSSS selon les différents thèmes traités dans le cadre des rencontres postnatales.....  | 24 |
| Figure 20 : | Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des SIPPE.....   | 25 |
| Figure 21 : | Pourcentage de CSSS qui ont réalisé des activités non prévues au PASDP .....   | 26 |
| Figure 22 : | Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui ont influencé l'implantation du PASDP en lien avec les travaux du groupe de travail des répondants de santé dentaire publique.....           | 28 |
| Figure 23 : | Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui auraient facilité l'implantation du PASDP.....   | 29 |

|             |  |    |
|-------------|--|----|
| Figure 24 : | Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui auraient nui à l'implantation du PASDP .....   | 30 |
| Figure 25 : | Répartition des ASSS selon la qualité de la collaboration des dentistes-conseils avec d'autres professionnels des ASSS.....  | 31 |
| Figure 26 : | Répartition des ASSS selon la qualité de la collaboration des dentistes-conseils avec les professionnels des CSSS.....   | 32 |
| Figure 27 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des services de maternité .....  | 33 |
| Figure 28 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans des cliniques médicales .....   | 34 |
| Figure 29 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des cliniques dentaires .....  | 35 |
| Figure 30 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des SIPPE.....   | 36 |
| Figure 31 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'abandon du tabagisme dans les cliniques dentaires .....   | 37 |
| Figure 32 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'hygiène buccodentaire dans les cliniques médicales.....   | 38 |
| Figure 33 : | Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'hygiène buccodentaire dans les CHSLD.....   | 39 |
| Figure 34 : | Répartition des ASSS selon le nombre de campagnes de communication effectuées sur différents thèmes au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation ..... | 40 |
| Figure 35 : | Pourcentage d'ASSS qui ont réalisé certaines activités non prévues au PASDP au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation .....                         | 41 |
| Tableau 1 : | Caractéristiques des activités de suivi dentaire préventif individualisé et d'application de scellant dentaire en milieu scolaire pour l'année 2011-2012.....                                      | 53 |
| Tableau 2 : | Écarts par rapport aux règles d'application de scellant dentaire et de suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire .....   | 54 |

## Liste des annexes

|  |    |
|--|----|
| Annexe 1 : Modèle logique du PASDP .....   | 60 |
| Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation adressé aux CSSS (région 1) .....  | 61 |
| Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation adressé aux ASSS .....   | 71 |
| Annexe 4 : Figure du pourcentage de CSSS dont les équipements sont disponibles en quantité suffisante .....                        | 79 |
| Annexe 5 : Exemple de formulaire utilisé dans les ateliers à l'occasion des Journées de santé dentaire<br>publique du Québec ..... | 80 |

# Rapport d'évaluation :

## Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015

---

### 1 Introduction

---

Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP) semble avoir permis la bonification et l'uniformisation de l'offre de service dentaire préventif ainsi que la sensibilisation de différents partenaires à l'importance de la santé buccodentaire. Son implantation dans l'ensemble du territoire québécois a été tributaire de nombreux enjeux, comme les ressources humaines, financières et matérielles ainsi que le contexte organisationnel et réglementaire. De plus, malgré une appréciation généralement favorable des différents acteurs et partenaires au regard du PASDP, plusieurs questions sont encore soulevées en lien avec la conformité et l'étendue de son implantation.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaitait, avant la fin de la période d'application du PASDP, documenter son niveau d'implantation, les différents enjeux, les activités réalisées ainsi que leur conformité aux directives du plan d'action selon les paliers régional et local.

Pour ce faire, trois démarches évaluatives distinctes ont été retenues et menées essentiellement au printemps 2015. La première a porté plus particulièrement sur le niveau d'implantation du PASDP documenté par l'intermédiaire de questionnaires d'évaluation qui ont été remplis par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS). La deuxième a porté sur l'organisation des services dont l'information présentée dans ce document découle des ateliers tenus lors du 13<sup>e</sup> rendez-vous des Journées de santé dentaire publique du Québec (JSDPQ). Finalement, la troisième démarche a porté sur les principales tâches effectuées par les hygiénistes dentaires de santé publique, lesquelles ont été documentées par la consultation sommaire effectuée en 2012 auprès des CSSS.

Bien que ces trois démarches aient été réalisées à des moments différents, leurs données et leurs résultats respectifs sont complémentaires sous plusieurs aspects. Elles permettent non seulement d'entreprendre une réflexion globale, mais aussi de dégager les principaux enjeux du PASDP.

Enfin, mentionnons que cette évaluation du PASDP a été effectuée avant l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales de santé et de services sociaux. C'est pourquoi on trouve les appellations « Agence de santé et de services sociaux (ASSS) » et « Centre de santé et de services sociaux (CSSS) » dans ce rapport. De plus, depuis l'adoption et la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 et des plans d'action thématiques tripartites (PATT), le PASDP est périmé.

## 2 Évaluation de l'implantation du Plan d'action de santé dentaire publique

---

### 2.1 Contexte

Le PASDP découlait du Programme national de santé publique du Québec 2003-2015 (PNSP). Il succédait à l'objectif dentaire de la Politique de la santé et du bien-être (1992) et au Programme public de services dentaires préventifs (1990).

Le PASDP soutenait les activités nationales, régionales et locales de prévention et de promotion contribuant à l'amélioration de la santé buccodentaire de la population de tous âges. Il décrivait les objectifs à atteindre, les activités privilégiées à implanter selon les populations cibles, les milieux d'intervention, le partage des responsabilités ainsi que les résultats attendus et les indicateurs. Certaines activités concernaient directement la santé buccodentaire et d'autres permettaient une approche interdisciplinaire.

Les principaux acteurs en santé dentaire publique sont les hygiénistes dentaires des CSSS et les dentistes-conseils des directions de santé publique des ASSS. On trouve les intervenants de santé dentaire publique à l'échelle nationale, régionale et locale. Le dentiste-conseil qui travaille au sein du ministère s'assure de coordonner et de soutenir l'implantation du PASDP, veille à la concertation entre les différents intervenants du réseau et s'investit dans les actions intersectorielles. À l'Institut national de santé publique du Québec, les dentistes-conseils s'assurent du développement, de la mise à jour et de la diffusion des connaissances et contribuent à la surveillance de l'état de la santé buccodentaire de la population. À l'échelle régionale, les dentistes-conseils voient à la coordination et à la mise en œuvre d'activités du PASDP ainsi qu'à la formation et à l'encadrement professionnels nécessaires auprès des intervenants locaux. Finalement, à l'échelle locale, les hygiénistes dentaires assurent les services auprès de la population locale.

Depuis la publication du PASDP, les activités ont été implantées à des degrés variables, compte tenu des disparités régionales. Ces variations s'observent surtout par rapport à la proportion de la clientèle, mais elles concernent aussi le type d'activités implantées et la manière de les implanter. L'implantation du PASDP a été complexifiée par différents enjeux, comme les ressources humaines, financières et matérielles, l'organisation des services et l'encadrement professionnel des hygiénistes dentaires.

### 2.2 Objectifs de l'évaluation

- Documenter le niveau d'implantation des activités, leur diversité et leur conformité au PASDP selon les paliers régional et local.
- Documenter les enjeux et les choix des établissements régionaux et locaux à l'égard du déploiement des activités du PASDP.

## 2.3 Méthodologie

En premier lieu, un modèle logique du PASDP a été créé (annexe 1) pour représenter la situation initiale, les objectifs, les intrants, les activités, les extrants, les résultats, les partenaires et les enjeux. À la suite de l'analyse de ce modèle et d'une compréhension approfondie du programme, une démarche de suivi de l'implantation a été établie. Ainsi, les activités effectuées dans le réseau sont comparées aux activités prévues au PASDP par l'entremise de la mesure des extrants. Un plan d'évaluation a par la suite été produit. Une évaluation descriptive et analytique du PASDP a été mise en avant, y compris un portrait de l'implantation et une explication des données recueillies.

La méthode retenue pour accomplir cette évaluation est la génération d'information par une interaction entre l'évaluateur et le sujet au moyen d'un questionnaire. La finalité de cette évaluation est formative; elle permet de connaître le niveau d'implantation du PASDP.

### 2.3.1 Population cible

Tous les CSSS et les ASSS du Québec ont été ciblés par cette évaluation. Les répondants attendus étaient, pour les CSSS, les hygiénistes dentaires ou leur supérieur immédiat et, pour les ASSS, les dentistes-conseils ou leur supérieur immédiat. Les répondants étaient autorisés à répondre en groupe ou non. Néanmoins, un seul questionnaire devait être répondu par les CSSS et par les ASSS.

### 2.3.2 Construction des questionnaires

Les questionnaires (annexes 2 et 3) servent à déterminer le niveau d'implantation de toutes les activités du PASDP pour l'année scolaire 2013-2014 non déjà mesurées par la banque de données I-CLSC, à l'exception de la fluoruration de l'eau potable. De plus, des questions relatives aux enjeux et aux contextes local et régional ont été ajoutées aux questionnaires.

Le comité d'évaluation a fait le choix de simplifier les questions pour les intervenants en ne recherchant pas de données quantitatives précises. La décision a été prise d'améliorer plutôt la richesse des réponses en permettant aux participants d'insérer des commentaires à toutes les questions qui s'y prêtaient.

La plupart des questions sont fermées : la majorité est à échelle d'évaluation de type Likert, d'autres sont à choix de réponses ou dichotomiques. Toutes les questions fermées ont une zone pour les commentaires. De plus, quelques questions sont ouvertes. L'information collectée est qualitative et quantitative.

### 2.3.3 Première préexpérimentation des questionnaires

Les questionnaires pour les CSSS et les ASSS ont été préexpérimentés de façon participative auprès de plusieurs dentistes-conseils régionaux. Pour ce faire, la démarche évaluative et les indicateurs ont été présentés lors d'une rencontre en présentiel. Les dentistes-conseils ont été consultés sur la pertinence, l'exhaustivité et la composition des indicateurs. Plusieurs modifications ont été apportées par la suite, particulièrement en ce qui a trait à la complexité de l'information demandée.

Par la suite, un groupe de discussion, constitué de cinq hygiénistes dentaires des Laurentides, a été organisé. Ce groupe a préexpérimenté le questionnaire pour les CSSS. Conséquemment, plusieurs changements ont été apportés, notamment à l'égard de la forme du questionnaire et, encore une fois, la complexité de l'information demandée.

### **2.3.4 Seconde préexpérimentation du questionnaire pour les centres de santé et de services sociaux**

La version quasi finale du questionnaire pour les CSSS a été préexpérimentée une deuxième fois auprès d'hygiénistes dentaires de trois régions administratives : les Laurentides, la Chaudière-Appalaches et le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Quelques commentaires ont été faits et le questionnaire a été ajusté en conséquence.

### **2.3.5 Mode d'administration des questionnaires**

Les questionnaires faisant référence à l'année scolaire 2013-2014 ont été construits sur le site web Survey Monkey. Pour améliorer le taux de réponse, des questionnaires clairs et simples ainsi qu'un courriel explicatif de l'étude ont été envoyés par le directeur national de santé publique aux établissements concernés et un rappel par courriel a été fait quelques semaines après le premier envoi. Un contact final a été fait subséquemment auprès des CSSS et des ASSS qui n'avaient pas répondu à la suite des deux premiers envois.

Initialement, la période allouée pour remplir le questionnaire était du 5 au 30 mars 2015, mais pour obtenir le plus grand nombre de réponses possibles, la période a été prolongée jusqu'au 14 avril 2015. Par ailleurs, quatre questionnaires livrés entre le 15 avril et le 1<sup>er</sup> mai ont été retenus dans l'analyse.

### **2.3.6 Analyse**

Les données collectées ont été compilées dans une base de données Excel, laquelle a été nettoyée afin de supprimer les données aberrantes, c'est-à-dire les questionnaires qui ont été seulement ouverts et pour lesquels aucune réponse n'a été transmise ainsi que les questionnaires qui n'ont été remplis que partiellement. Finalement, les doublons ont été supprimés.

Lorsque deux répondants du même établissement avaient répondu au questionnaire, celui qui était le plus complet a été conservé. S'il était difficile d'établir lequel était le plus complet, le plus récent était préconisé. Une fois cette opération réalisée, 90 des 175 questionnaires reçus des CSSS ont été conservés pour analyse, y compris celui d'une clinique communautaire d'un CSSS qu'on a retenu en raison du caractère particulier de l'établissement, et 17 des 41 questionnaires reçus des ASSS ont été conservés pour analyse.

La validation globale de cohérence de toutes les réponses obtenues a été effectuée et, sur cette base, nous avons exclu trois CSSS pour la question 20, portant sur les activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans des services de garde, puisque ces répondants avaient sélectionné deux choix de réponses contradictoires.

L'analyse du contenu qualitatif s'est effectuée par codage manuel avec le logiciel Excel par une seule personne en premier lieu, et le codage a été vérifié par une deuxième personne par après. Les commentaires écrits ont été analysés un par un en vue de faire ressortir l'ensemble des idées contenues. Pour chaque question, toutes les idées différentes ont été notées de même que le nombre de fois où chaque idée a été émise. Le contenu latent a été étudié et les éléments non pertinents ont été exclus du codage.

## 2.4 Résultats des questionnaires d'évaluation

Cette section présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse des réponses des CSSS et des ASSS. En premier lieu, des données portant sur le taux de réponse au sondage sont présentées. Ensuite, pour les établissements locaux et régionaux, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont révélés pour chacune des sections des questionnaires. De même, les différentes activités et les enjeux auxquels font référence ces résultats sont exposés.

### 2.4.1 Taux de réponse

À l'échelle locale, 93 % des CSSS ont rempli le questionnaire (90 CSSS sur un total potentiel de 97) y compris une clinique communautaire d'un CSSS qui a été retenue en raison du caractère particulier de l'établissement. Ainsi, 90 questionnaires ont été considérés lors des analyses. Les CSSS qui n'ont pas rempli le questionnaire provenaient des régions suivantes : Outaouais, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Montérégie et Nunavik.

À l'échelle régionale, 94 % des ASSS ont participé au sondage (17 ASSS sur un total potentiel de 18). La seule région non-répondante est celle du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (région 18).

Compte tenu de la forte participation des établissements locaux et régionaux, nous pouvons compter sur des données représentatives pour l'ensemble du Québec.

### 2.4.2 Centres de santé et de services sociaux

#### 2.4.2.1 Ressources humaines

##### **Contexte**

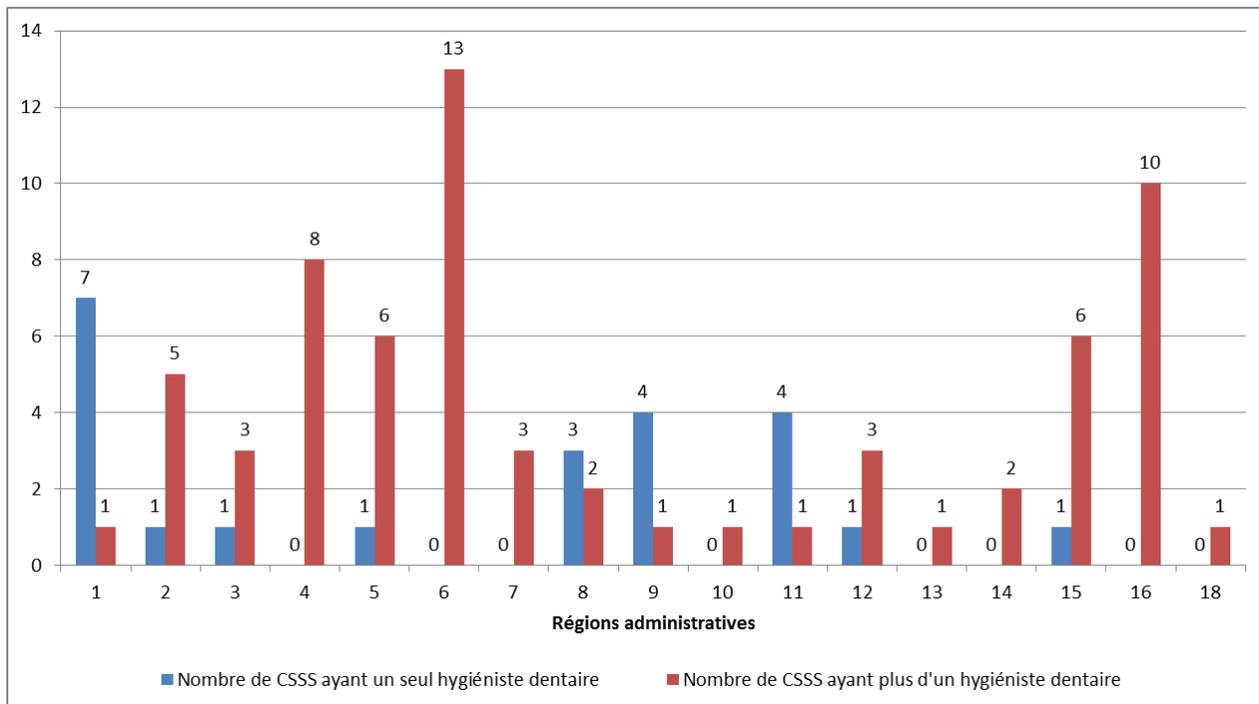
Selon les résultats obtenus, on observe que le nombre d'hygiénistes dentaires en poste en 2013-2014 influençait grandement la mise en œuvre du PADSP. En effet, la proportion d'hygiénistes dentaires par rapport à la population desservie peut grandement handicaper une région dans sa capacité à réaliser toutes les activités prévues au PADSP. Effectivement, les CSSS qui n'ont qu'un seul poste d'hygiéniste dentaire peuvent avoir de la difficulté à exercer certaines activités, comme l'application de scellant dentaire. Ces établissements doivent donc prévoir des solutions de rechange, comme s'assurer de la présence d'une deuxième personne pour assister l'hygiéniste dentaire ou convenir d'une entente de collaboration avec un CSSS voisin, ce qui n'est pas toujours possible.

## Données

Les données collectées montrent qu'en 2013-2014, environ 280 hygiénistes dentaires étaient en poste dans les CSSS participants. De ces postes, 91 % étaient permanents et 64 % étaient de plus de 30 heures par semaine.

La figure 1 montre que la plupart des régions administratives comprenaient des CSSS qui n'avaient qu'un poste d'hygiéniste dentaire (9 régions sur 17). Les régions les plus touchées étaient le Bas-Saint-Laurent (88 %), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (80 %), la Côte-Nord (80 %) et l'Abitibi-Témiscamingue (60 %).

**Figure 1 : Nombre de CSSS avec un ou plusieurs hygiénistes par région administrative**



### 2.4.2.2 Contexte organisationnel

#### Contexte

Compte tenu des disparités régionales sur le plan démographique et des besoins particuliers de certains groupes de la population, on observe que l'implantation du PASDP a été complexifiée par différents enjeux liés au contexte organisationnel et juridique.

En effet, rappelons que la Loi sur la santé publique prévoyait que les ASSS devaient, en concertation avec les établissements qui exploitaient un centre local de services communautaires (CLSC) à même leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. Ce plan d'action devait être conforme aux prescriptions du PNSP et il devait tenir compte des spécificités de la population du territoire de l'ASSS. Les établissements de santé et de services sociaux qui exploitaient un centre local de services communautaires devaient aussi élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. Ce dernier devait notamment être fait en concertation avec les organismes communautaires concernés et être conforme aux prescriptions du PNSP.

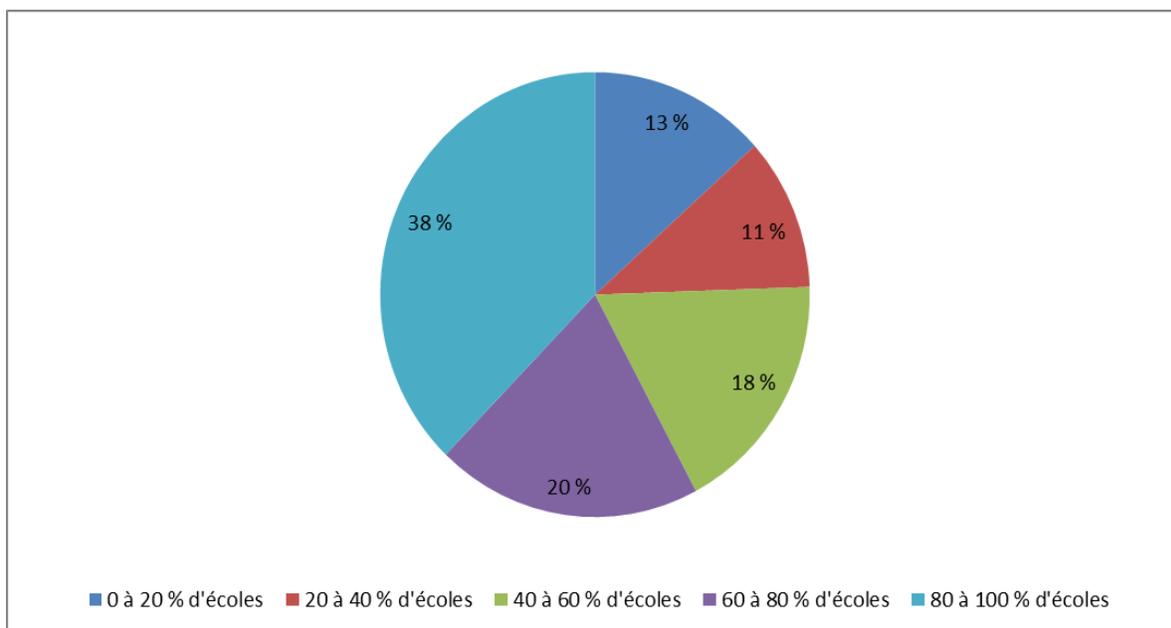
Ainsi, chaque région et chaque CSSS devaient élaborer son propre plan d'action en tenant compte du PNSP, mais aussi en fonction des besoins de sa population. Ainsi, même si les plans d'action régional et local découlaient du PNSP, on observe une certaine diversité dans l'organisation et la mise en œuvre des services qui ont pu, dans certains cas, influencer l'efficacité des services rendus.

Par ailleurs, on observe que la diversité des secteurs géographiques (étendue et densité de population), la disponibilité de locaux adéquats dans les écoles ainsi que l'ouverture des directions d'école à l'accueil des hygiénistes dentaires dans leurs locaux sont aussi des facteurs qui ont pu influencer et complexifier l'organisation des activités en milieu scolaire. De même, la collaboration des différents partenaires a pu influencer l'implantation des activités. Enfin, la mise en œuvre du PASDP a nécessité la disponibilité d'un nombre suffisant d'équipements dentaires portatifs adéquats, leur entretien régulier, leur renouvellement et leur transport sécuritaire.

### Données

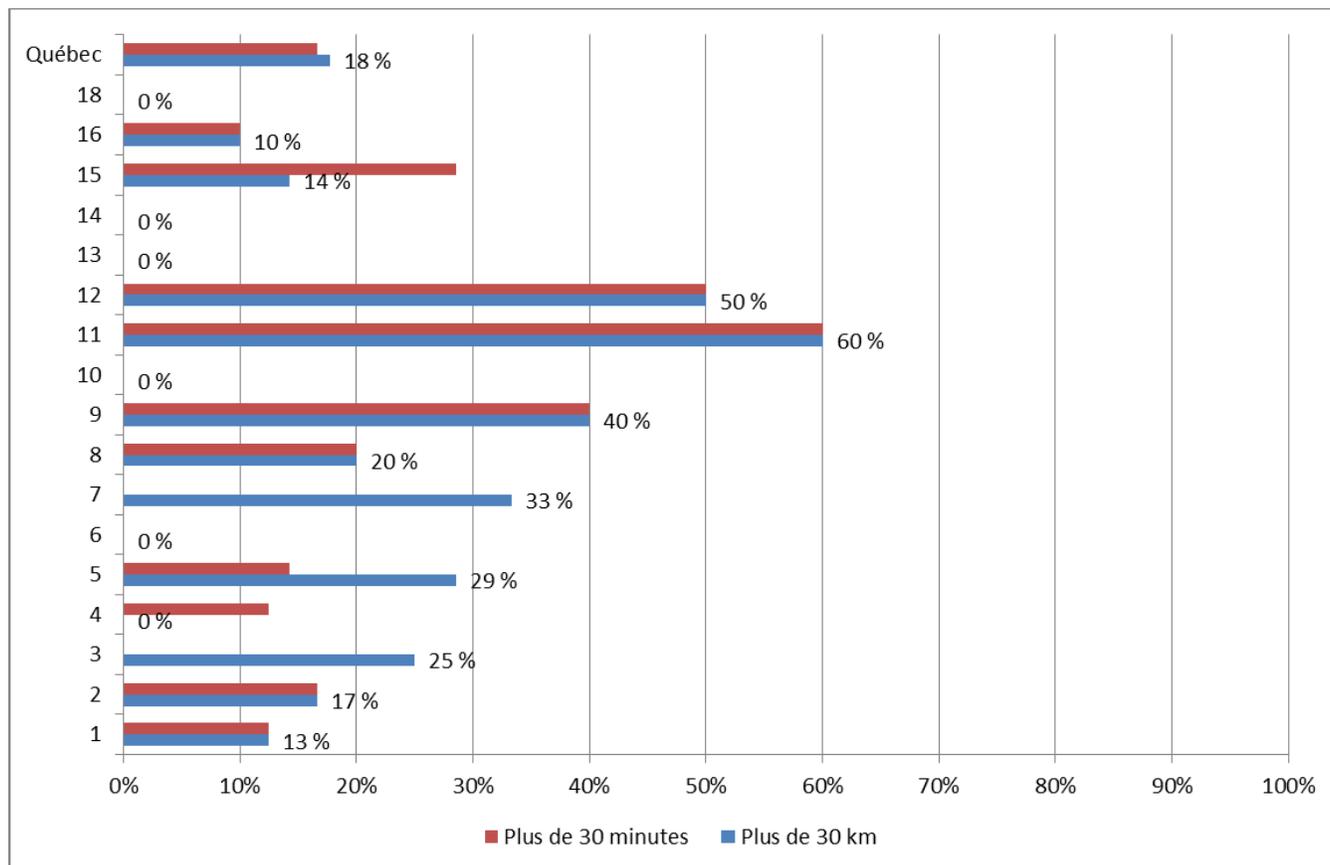
Dans la figure 2, on observe que 38 % des CSSS mentionnent avoir eu accès à des locaux adéquats dans plus de 80 % de leurs écoles, alors que les autres CSSS étaient répartis entre 0 et 80 % d'écoles avec des locaux adéquats. Il est important de noter que 13 % des CSSS avaient accès à des locaux adéquats dans moins de 20 % de leurs écoles seulement. Ce problème était variable d'une région à l'autre. Selon les commentaires recueillis, l'absence d'un lavabo dans les locaux semblait être le problème le plus fréquent, suivi par la petitesse des locaux, leur malpropreté, leur non-disponibilité et le manque d'aération.

**Figure 2 : Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où les hygiénistes avaient accès à des locaux adéquats**



La figure 3 montre que les hygiénistes dentaires de plusieurs CSSS devaient, pour se rendre dans au moins la moitié de leurs écoles, parcourir plus de 30 km ou prendre plus de 30 minutes de leur temps. Les hygiénistes dentaires les plus touchés travaillaient dans les CSSS des régions de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Chaudière-Appalaches, de la Côte-Nord et de l'Outaouais.

**Figure 3 : Pourcentage de CSSS où les hygiénistes parcouraient plus de 30 km ou consacraient plus de 30 minutes pour se rendre dans au moins la moitié des écoles par région administrative**

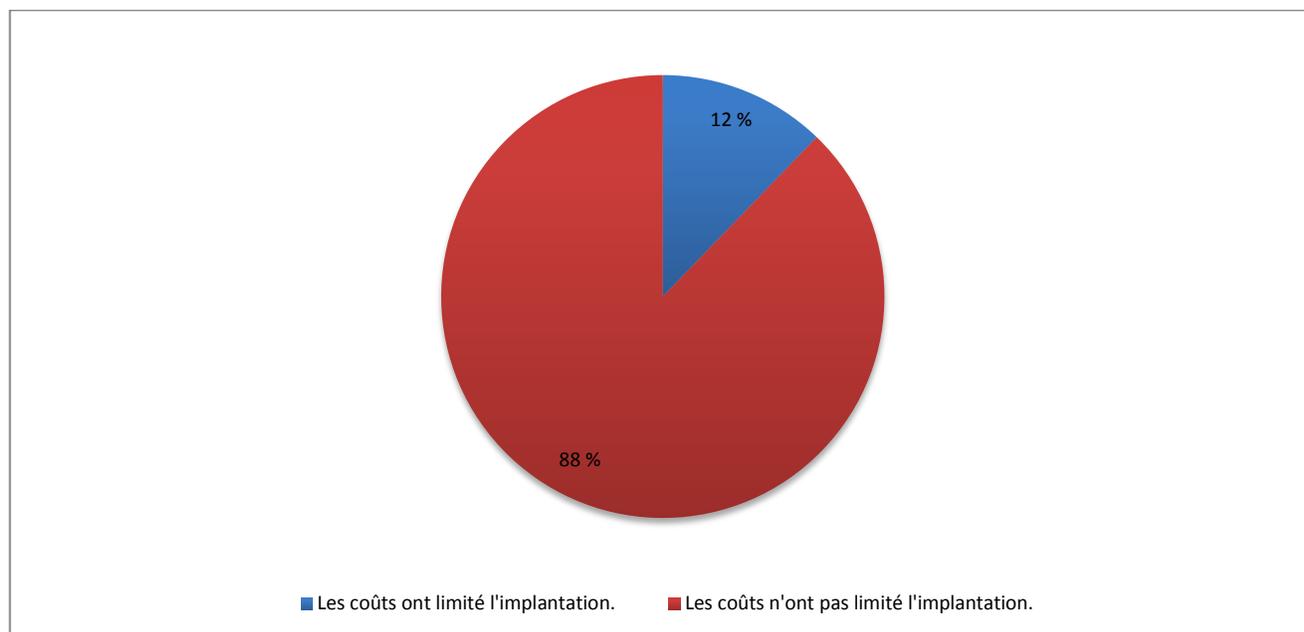


Par ailleurs, selon l'information complémentaire recueillie, mentionnons que la disponibilité des équipements portatifs semblait être excellente pour tous les facteurs évalués dans toutes les régions du Québec, sauf pour deux régions. Dans la première région, seuls 30 % des CSSS considéraient avoir les équipements suivants en quantité suffisante : unités dentaires portatives, chaises dentaires portatives, lampes dentaires, lampes à polymériser, pièces à main et petits instruments. Dans la deuxième, plus de 70 % des CSSS considéraient avoir les équipements suivants en quantité insuffisante : unités dentaires portatives, chaises dentaires portatives, lampes dentaires et lampes à polymériser (voir l'annexe 4 : Figure du pourcentage de CSSS ayant des équipements disponibles en quantité suffisante).

Dans les commentaires collectés, on note que quelques CSSS ont éprouvé des limitations liées au partage de l'équipement avec un autre CSSS. De plus, certains CSSS ont eu des bris d'équipement et des problèmes avec la stérilisation du matériel. Enfin, d'autres ont mentionné l'important rôle qu'ont les responsables de la gestion et de l'achat d'équipement.

La figure 4 montre que 88 % des CSSS n'étaient pas limités dans l'implantation des activités du PASDP en raison des coûts de transport de l'équipement portatif. Par ailleurs, selon l'information complémentaire recueillie, les régions les plus affectées par les coûts de transport sont Montréal, l'Outaouais, la Côte-Nord, les Laurentides et la Montérégie, et ce, malgré le fait que les hygiénistes dentaires des régions de Montréal et de la Montérégie parcouraient des distances inférieures à 30 km et consacraient moins de 30 minutes pour se rendre dans leurs écoles, comme l'illustre la figure 3.

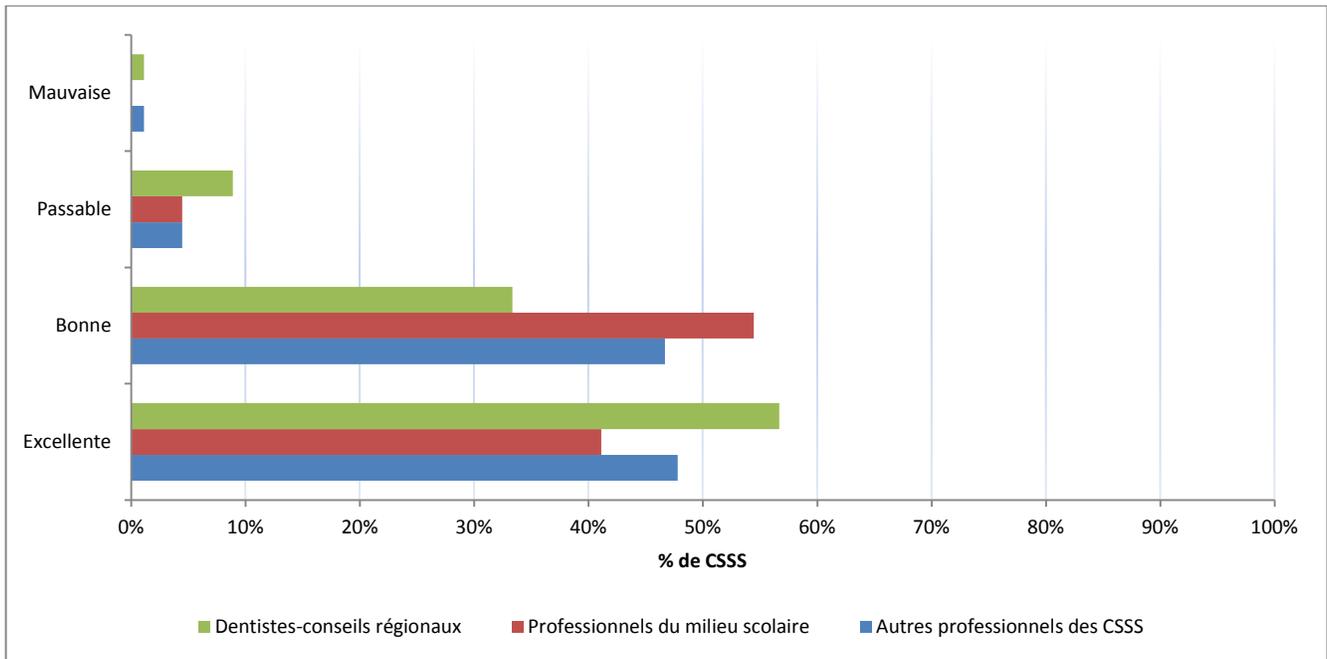
**Figure 4 : Répartition des CSSS selon l'influence des coûts liés au transport de l'équipement portatif sur l'implantation du PASDP**



Selon les commentaires recueillis, plusieurs CSSS considéraient devoir optimiser leurs déplacements et leur calendrier afin de limiter les coûts. D'autres ont mentionné que le transport d'équipement était assumé par des employés de leur établissement, par l'hygiéniste dentaire ou par le dentiste-conseil, ce qui permettait de limiter les coûts. Quelques CSSS considèrent que les coûts de déplacement pouvaient limiter leurs activités.

En ce qui a trait à la qualité de collaboration avec d'autres professionnels (figure 5), mentionnons que la grande majorité des hygiénistes dentaires entretenait de bonnes ou d'excellentes relations avec les autres professionnels, que ce soit dans leur CSSS, en milieu scolaire ou avec les dentistes-conseils régionaux.

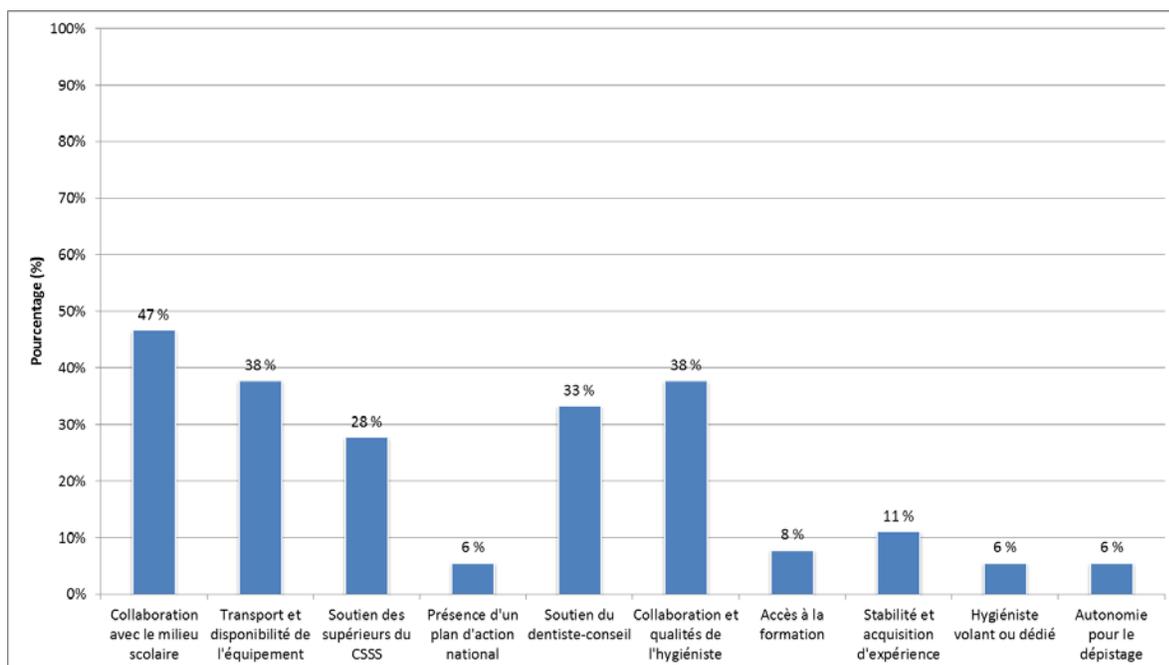
**Figure 5 : Répartition des CSSS selon la qualité de la collaboration qu'avaient les hygiénistes dentaires avec d'autres professionnels**



Quelques CSSS ont noté toutefois que les hygiénistes dentaires étaient peu sollicités par les autres professionnels de leur CSSS et peu intégrés aux autres équipes. Plusieurs CSSS considéraient aussi avoir de la difficulté à obtenir la collaboration d'une minorité de milieux scolaires plus réticents à accueillir les hygiénistes dentaires. De plus, certains CSSS ont mentionné que les hygiénistes dentaires devaient s'ajuster à l'horaire imposé par le milieu scolaire et qu'ils devaient faire preuve de rigueur dans l'emploi du temps qui leur était alloué. Enfin, le contexte organisationnel lié à la relation avec les dentistes-conseils semblait plus difficile dans certaines régions.

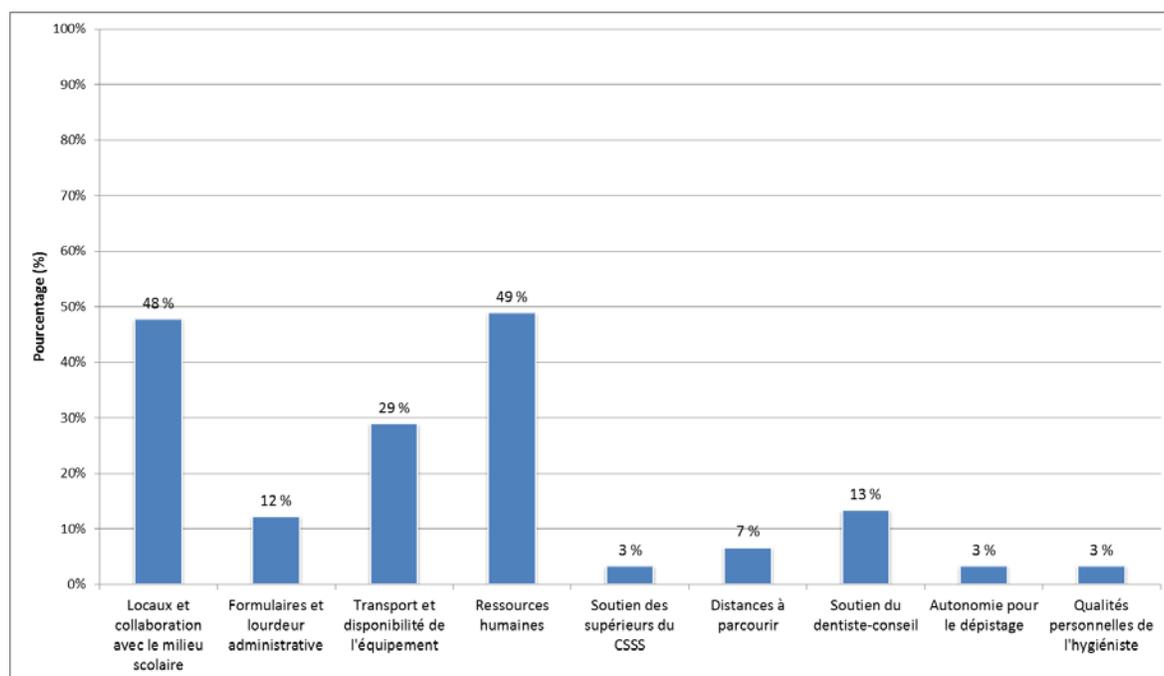
La figure 6 permet de constater que près de la moitié des CSSS répondants considèrent que la collaboration du milieu scolaire a facilité l'implantation du PASDP. Les points suivants auraient aussi influencé favorablement la mise en œuvre du PASDP pour certains CSSS : le transport et la disponibilité de l'équipement (38 %), la collaboration et les qualités personnelles de l'hygiéniste dentaire (38 %), le soutien des dentistes-conseils régionaux (33 %), le soutien des supérieurs des CSSS (28 %), la stabilité et l'acquisition d'expérience des hygiénistes dentaires (11 %), et l'accès à la formation (8 %). Quelques CSSS ont aussi mentionné que la présence d'hygiénistes dentaires dédiés à l'application de scellant dentaire, l'accroissement de l'autonomie des hygiénistes dentaires et la présence d'un plan d'action de santé dentaire publique avaient facilité la tâche.

**Figure 6 : Pourcentage de CSSS selon les éléments qui auraient facilité l'implantation du PASDP**



À l’opposé, la figure 7 montre que près de la moitié des CSSS répondants considèrent que le manque de ressources humaines, de locaux adéquats et de collaboration du milieu scolaire ont nui à l’implantation du PASDP. Certains facteurs auraient aussi influencé négativement la mise en œuvre du PASDP pour certains CSSS comme les difficultés liées au transport et le manque de disponibilité de l’équipement (29 %), le manque de soutien des dentistes-conseils (13 %) ainsi que la gestion des formulaires et la lourdeur administrative (12 %). Quelques CSSS ont également mentionné que le manque de soutien des supérieurs de leur établissement, les longues distances à parcourir, le manque d’autonomie pour le dépistage du besoin de scellant dentaire et les qualités personnelles de certains hygiénistes dentaires ont nui à l’implantation du PASDP.

**Figure 7 : Pourcentage de CSSS selon les éléments qui auraient nui à l’implantation du PASDP**



### 2.4.2.3 Suivi dentaire préventif et application de scellant dentaire<sup>2</sup>

#### Contexte

L’activité de suivi dentaire préventif individualisé est en cours depuis de nombreuses années au Québec. Cette activité est reprise dans le PNSP 2015-2025 et nécessite un minimum de deux séances d’éducation et de promotion de la santé buccodentaire par année, des applications topiques de fluorure et, selon le cas, l’application de scellant dentaire. Ces séances ont lieu en milieu scolaire, de la maternelle à la deuxième année, pour les enfants à risque élevé de carie dentaire. Les enfants dits à risque élevé sont ceux qui, à la maternelle, présentent au moins une face cariée, absente ou obturée parmi les faces buccales et proximales des dents antérieures (à l’exception de la face distale des canines), ou au moins deux faces proximales des dents postérieures (y compris la face distale des canines). Le dépistage du risque de carie dentaire est effectué par les hygiénistes dentaires, qui procèdent aussi au dépistage des enfants avec un besoin évident de traitement (BET) et, le cas échéant, qui orientent ces enfants vers une clinique dentaire privée pour recevoir les soins curatifs nécessaires.

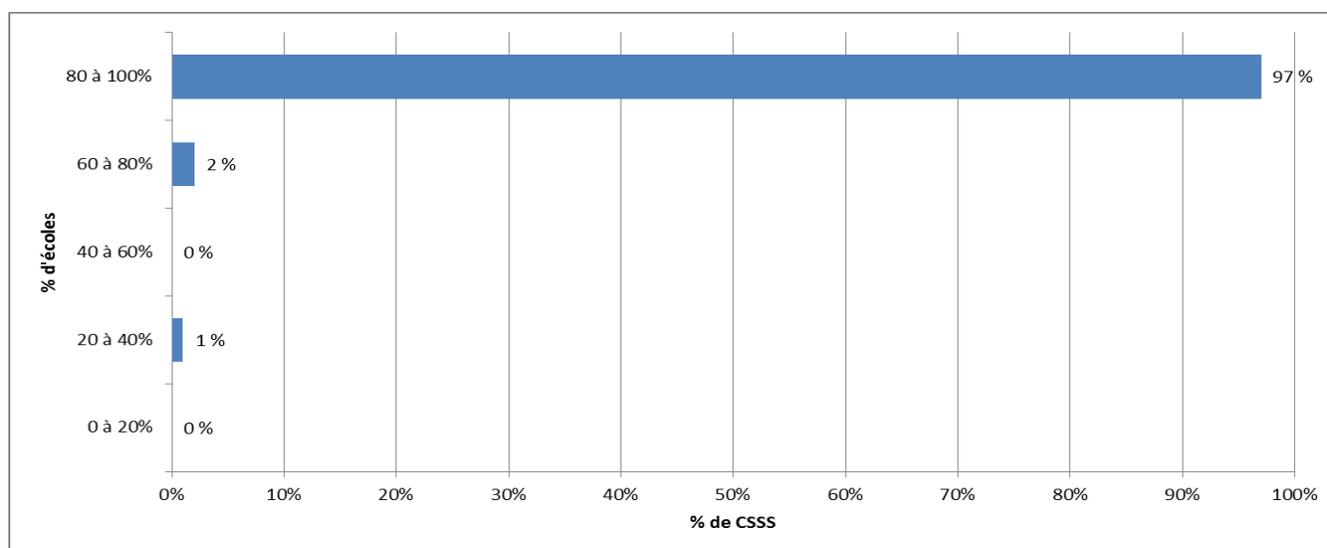
<sup>2</sup> La période de référence est l’année scolaire 2013-2014.

L'application d'agent de scellement en milieu scolaire est une mesure implantée de façon variable et inscrite dans le PNSP 2015-2025. Le dépistage du besoin de scellant dentaire est effectué principalement chez les élèves de la deuxième année du primaire et de la deuxième année du secondaire, selon la présence de certains facteurs de risque. Les dents admissibles au scellant dentaire en milieu scolaire sont les premières et les deuxièmes molaires permanentes des enfants. L'application de scellant dentaire se fait à quatre mains, c'est-à-dire par deux hygiénistes dentaires.

### Données

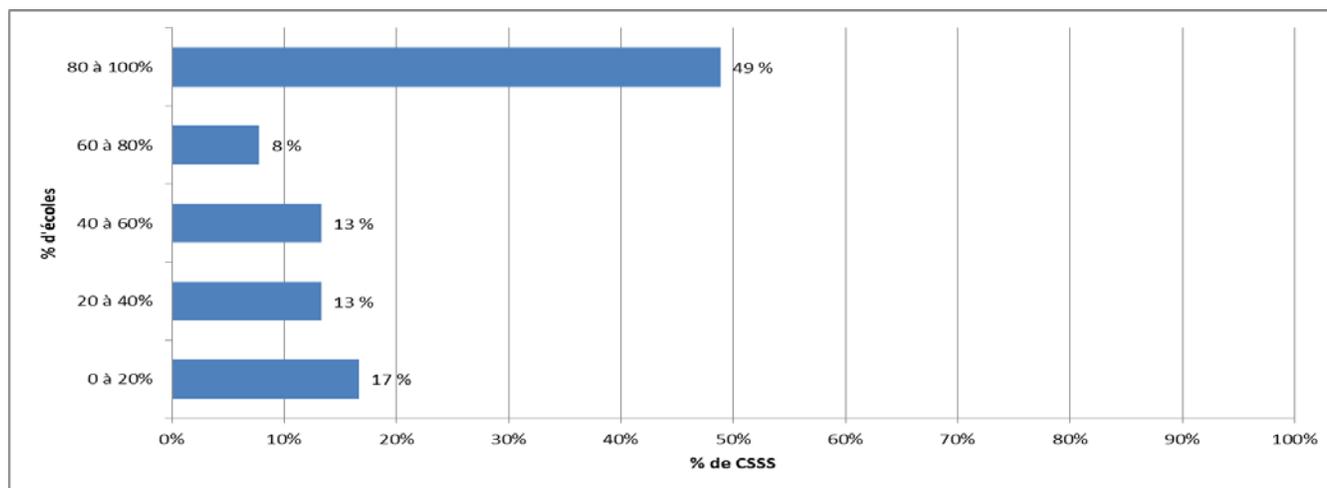
La quasi-totalité des CSSS (97 %) ont réalisé des suivis dentaires préventifs individualisés dans plus de 80 % de leurs écoles primaires qui comportaient un premier cycle (figure 8).

**Figure 8 : Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où ont été réalisés les suivis dentaires préventifs individualisés**



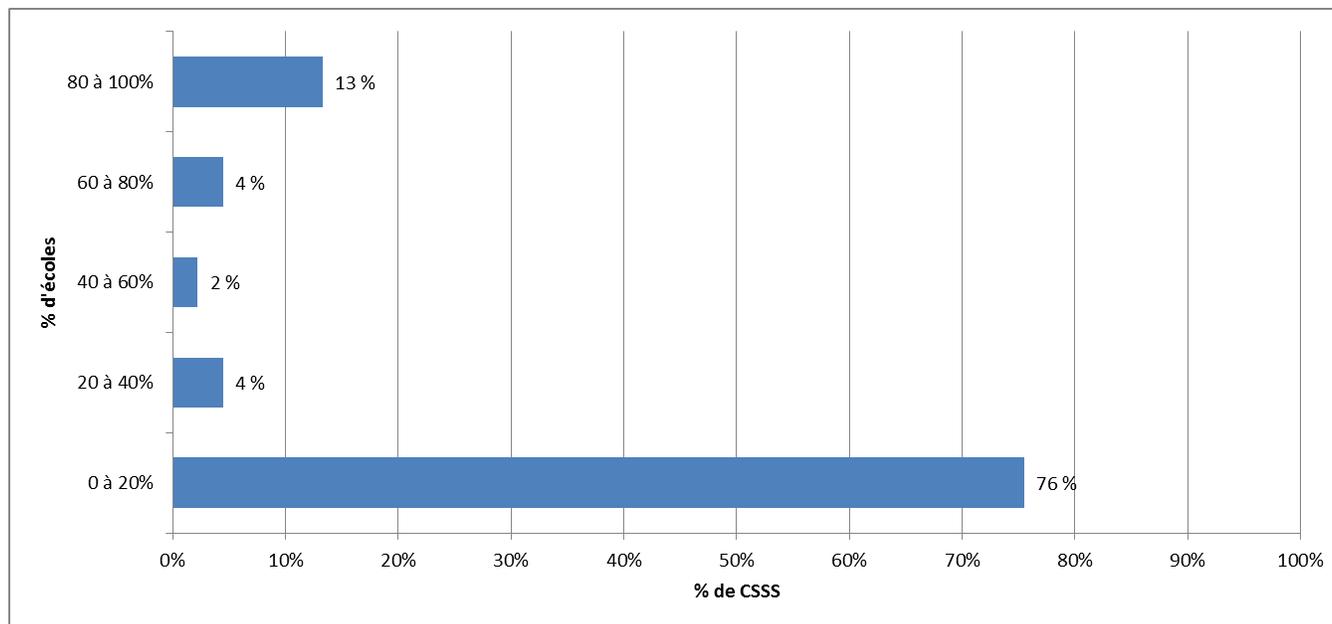
En ce qui a trait à l'application de scellant dentaire, la figure 9 montre que la moitié des CSSS ont réalisé cette mesure de prévention de la carie dentaire dans plus de 80 % de leurs écoles primaires. L'autre moitié des CSSS ont réalisé l'application de scellant dentaire dans moins de 80 % des écoles situées à l'intérieur de leur territoire, et ce, répartis relativement équitablement selon les statistiques suivantes : de 0 à 20 % (17 %), de 20 à 40 % (13 %), de 40 à 60 % (13 %) et enfin de 60 à 80 % (8 %).

**Figure 9 : Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles primaires où a été appliqué le scellant dentaire**



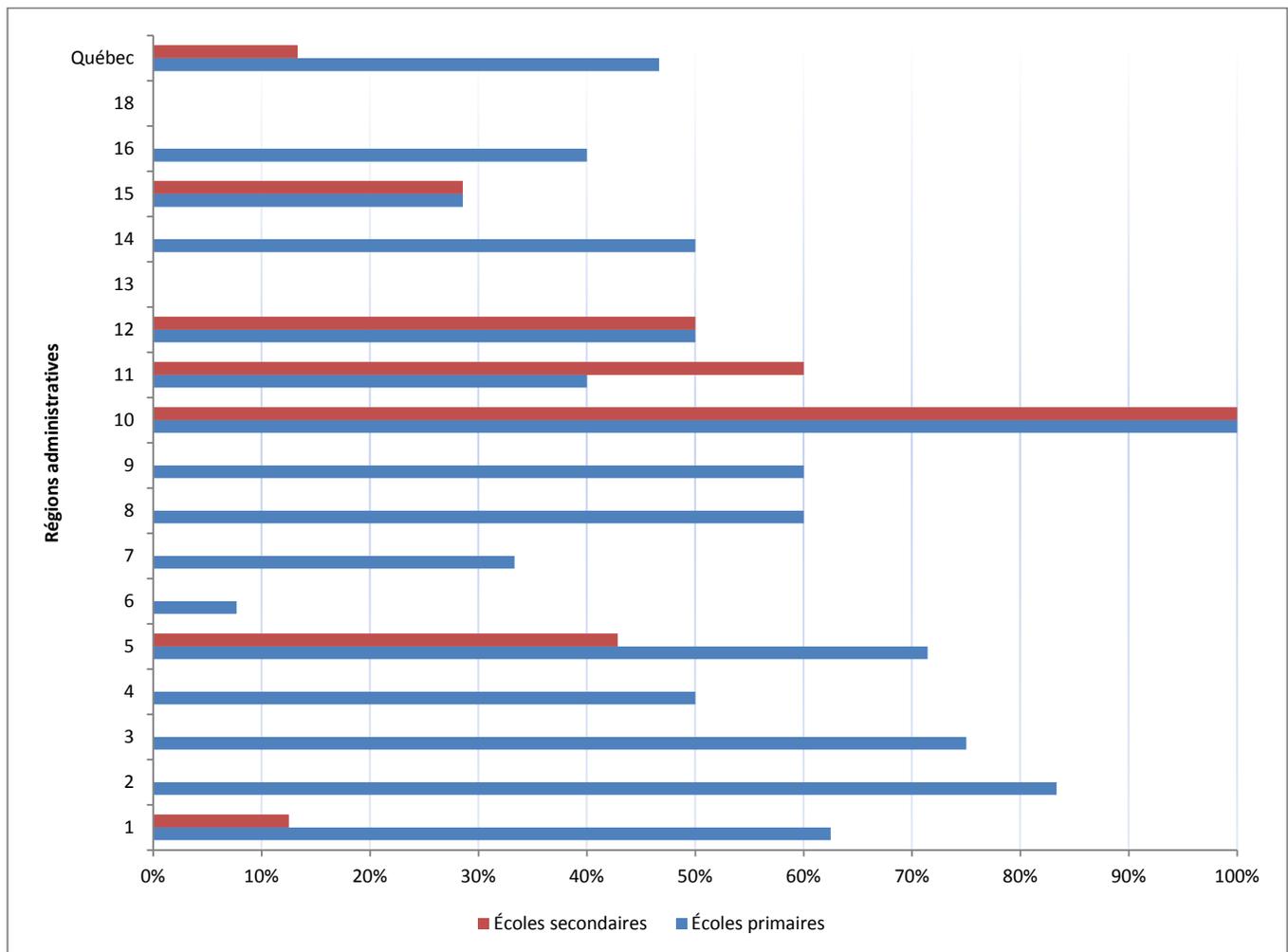
Dans les écoles secondaires, près des trois quarts des CSSS ont effectué cette activité dans moins de 20 % de leurs écoles secondaires (figure 10). Seulement 13 % des CSSS ont implanté l'application de scellant dentaire dans plus de 80 % des écoles secondaires.

**Figure 10 : Répartition des CSSS selon le pourcentage d'écoles secondaires où a été appliqué le scellant dentaire**



Quant à la figure 11, elle illustre bien la différence du niveau d'implantation d'une région à l'autre, particulièrement dans les écoles secondaires.

**Figure 11 : Pourcentage de CSSS qui ont fait l'application de scellant dentaire dans plus de 90 % des écoles primaires et secondaires par région administrative**



Selon les commentaires recueillis, le pourcentage d'écoles où a été appliqué le scellant dentaire dépendait beaucoup de la proportion d'hygiénistes dentaires en poste par rapport à la population. Plusieurs CSSS ont mentionné le manque de ressources humaines pour accomplir ces activités. Aussi, quelques CSSS ont mentionné que les écoles privées n'étaient pas contactées pour les activités de suivi dentaire préventif et d'application de scellant dentaire. En ce qui a trait à l'application de scellant dentaire, quelques CSSS ont mentionné offrir ce service uniquement aux deux ans dans certaines écoles étant donné que ces dernières comportaient peu d'enfants qui avaient besoin de scellant dentaire ou encore qu'elles ne voyaient que les enfants déjà admissibles au suivi dentaire préventif individualisé.

#### 2.4.2.4 *Implantation des activités auprès des enfants de 4 ans et moins*<sup>3</sup>

Plusieurs activités auprès des enfants de 4 ans et moins étaient proposées dans le PASDP. L'objectif de ces activités était de permettre aux enfants d'acquérir de bonnes habitudes en matière d'alimentation et d'hygiène buccodentaire. Plus particulièrement, on visait la diminution de l'indice caof (nombre de faces dentaires cariées, absentes ou obturées en dentition temporaire), de la proportion d'enfants qui avaient une expérience de carie et de la proportion d'enfants qui présentaient des besoins évidents de traitement (BET). Il était suggéré, notamment, que les hygiénistes dentaires agissent auprès des parents ou encore servent d'agent multiplicateur auprès d'autres intervenants pour atteindre les populations visées par les activités proposées.

Plusieurs milieux d'intervention étaient ciblés par le PASDP. Le niveau d'implantation des activités réalisées dans chacun de ces milieux fait partie de la présente évaluation. La description de ces milieux d'intervention ainsi que les résultats obtenus sont présentés dans les sections qui suivent.

##### 2.4.2.4.1 Cliniques de vaccination

###### **Contexte**

Comme il a été mentionné dans le PASDP, les cliniques de vaccination sont une occasion privilégiée pour intervenir auprès des parents et de leurs enfants 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 à 4 et à 6 ans. Ces cliniques permettent d'effectuer des interventions répétées de courte durée afin d'améliorer les habiletés et les connaissances des parents à l'égard de la prévention de la carie dentaire et des comportements à éviter. Plus particulièrement, les interventions recommandées dans le PASDP comprenaient le *counseling* sur le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, la prise de suppléments de fluorure, les habitudes alimentaires et l'application topique de fluorure.

En plus d'intervenir directement auprès de cette clientèle, les intervenants de santé dentaire étaient invités à sensibiliser et à former les autres professionnels pour qu'ils puissent intégrer la santé buccodentaire dans leurs actions auprès des parents lors des cliniques de vaccination.

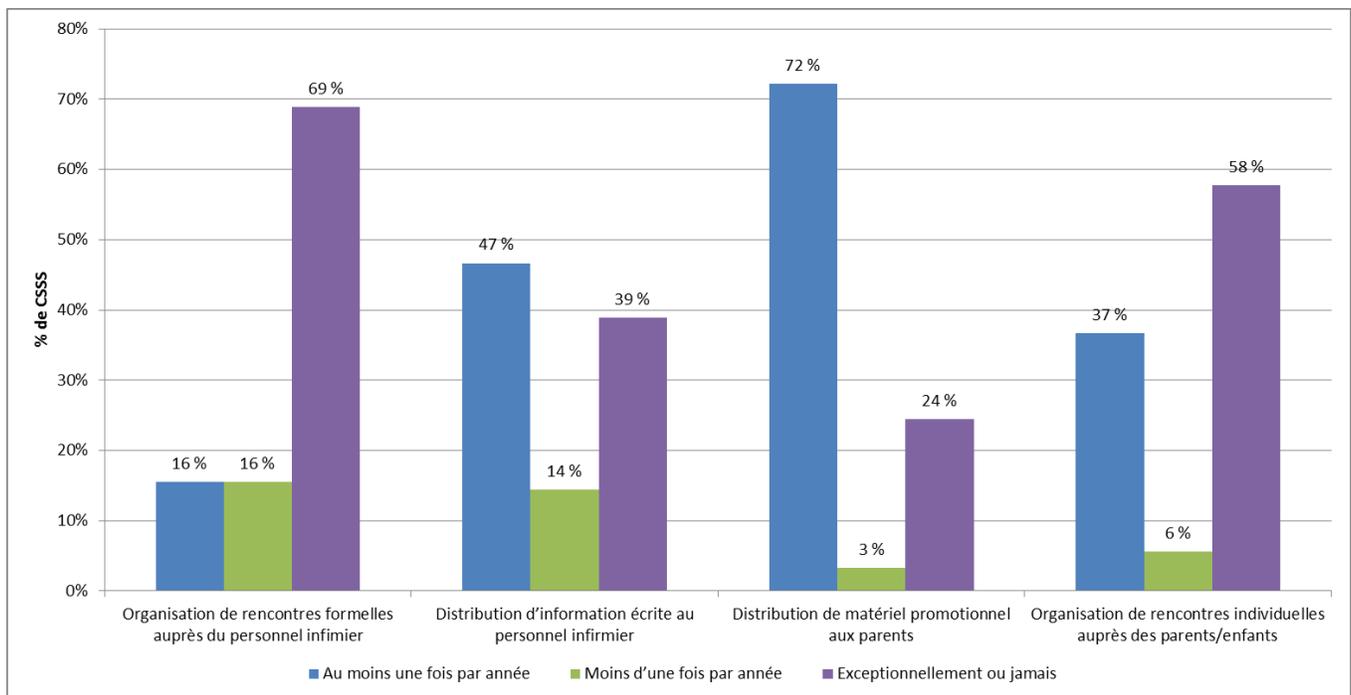
---

<sup>3</sup> La période de référence se rapporte aux années 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014.

## Données

La figure 12 montre que la plupart des CSSS n'ont jamais organisé ou ont organisé uniquement de façon exceptionnelle des rencontres formelles auprès du personnel infirmier. Par contre, près de 50 % des CSSS ont assuré la distribution d'information écrite au personnel infirmier au moins une fois par année. L'activité la plus fréquente était la distribution de matériel promotionnel aux parents (72 % des CSSS faisaient la distribution au moins une fois par année) alors que seulement 37 % des CSSS organisaient des rencontres individuelles auprès des parents ou des enfants au moins une fois par année. Globalement, au moins 70 % des CSSS sont intervenus au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des cliniques de vaccination des CSSS.

**Figure 12 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans les cliniques de vaccination**



Parmi les commentaires reçus, quelques CSSS ont mentionné qu'ils collaboraient à la réalisation de certains projets locaux (cliniques bébé-dents, halte allaitement, ateliers de stimulation) et avec des organismes communautaires pour prendre contact avec cette clientèle. Quelques CSSS ont aussi mentionné qu'ils faisaient des dépistages ou des applications topiques de fluorure dans le cadre des cliniques de vaccination.

#### 2.4.2.4.2 Services de garde

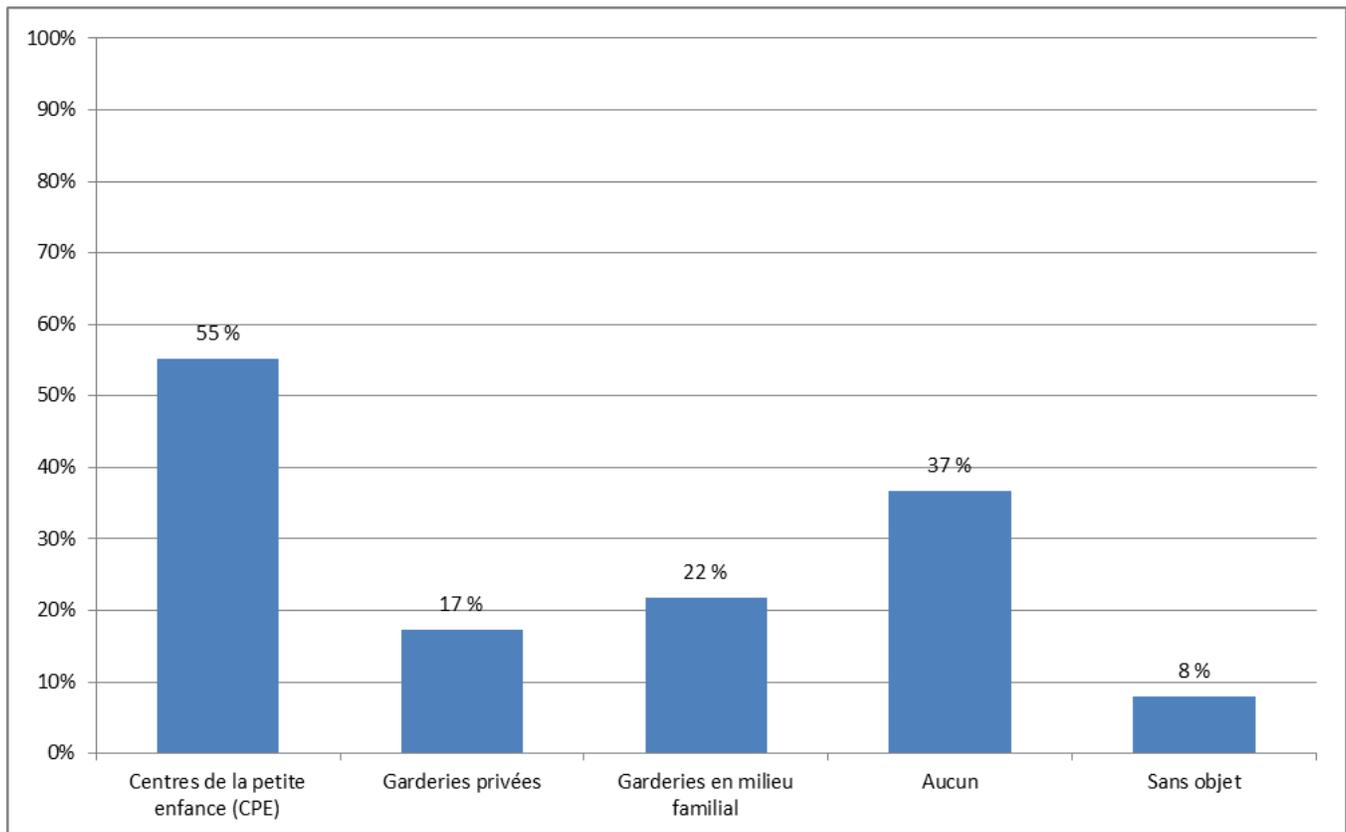
##### Contexte

Selon le PASDP, les services de garde sont des milieux de choix pour rencontrer la population d'enfants de 4 ans et moins. Ces rencontres favorisent le développement d'habiletés quant au brossage des dents et offrent une solution de rechange aux collations cariogènes. Tout comme dans les cliniques de vaccination, les interventions recommandées dans le PASDP comprenaient le *counseling* sur le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, la prise de suppléments de fluorure, les habitudes alimentaires et l'application topique de fluorure. De plus, les intervenants de santé dentaire étaient invités à réaliser des activités de sensibilisation et de formation des éducateurs en matière de santé buccodentaire ainsi que des activités de promotion de la santé buccodentaire auprès de la clientèle visée (enfants et parents).

##### Données

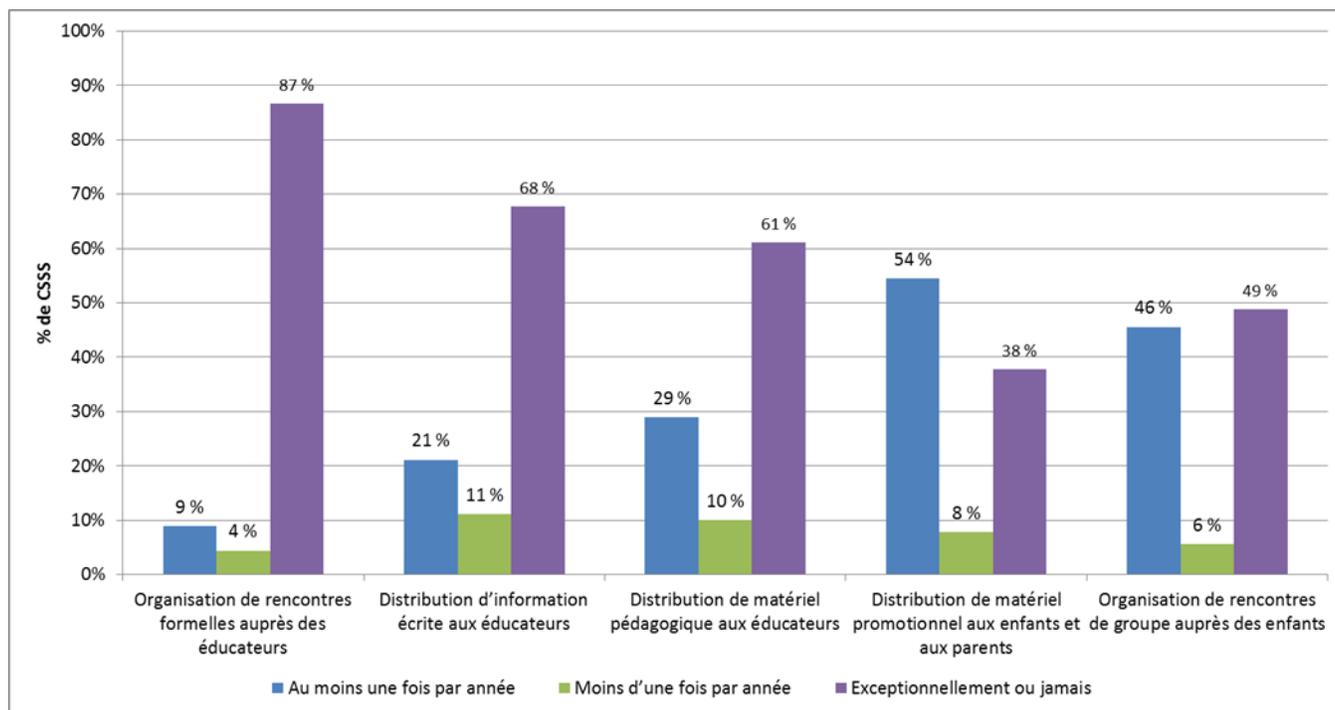
Les services de garde privilégiés par les intervenants n'étaient pas les mêmes d'un territoire à l'autre : 55 % des CSSS ont intervenus dans les centres de la petite enfance, 17 %, au sein des garderies privées et 22 %, dans les garderies en milieu familial. Enfin, 37 % des CSSS ont dit n'établir de contact avec aucun type de service de garde (figure 13).

**Figure 13 : Pourcentage de CSSS qui ont réalisé des activités de promotion et de soutien selon les différents types de services de garde**



En ce qui concerne les activités de promotion et de soutien offertes dans les services de garde, la figure 14 montre que la grande majorité des CSSS n’a jamais, ou a exceptionnellement, organisé des rencontres formelles auprès des éducateurs et que peu de CSSS leur ont distribué de l’information écrite. De même, peu de matériel pédagogique a été distribué aux éducateurs. La distribution de matériel promotionnel aux enfants ou aux parents a été plus fréquente (plus de la moitié en ont distribué au moins une fois par année) et près de la moitié des CSSS ont organisé des rencontres de groupe auprès des enfants au moins une fois par année. Globalement, au moins 54 % des CSSS sont intervenus au moins une fois par année dans l’une ou l’autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des services de garde.

**Figure 14 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans le cadre des services de garde**



Selon les commentaires recueillis, certains CSSS ont collaboré avec les cégeps pour ces activités et d’autres ont fait des dépistages dans les services de garde.

#### 2.4.2.4.3 Prématernelles et maternelles 4 ans

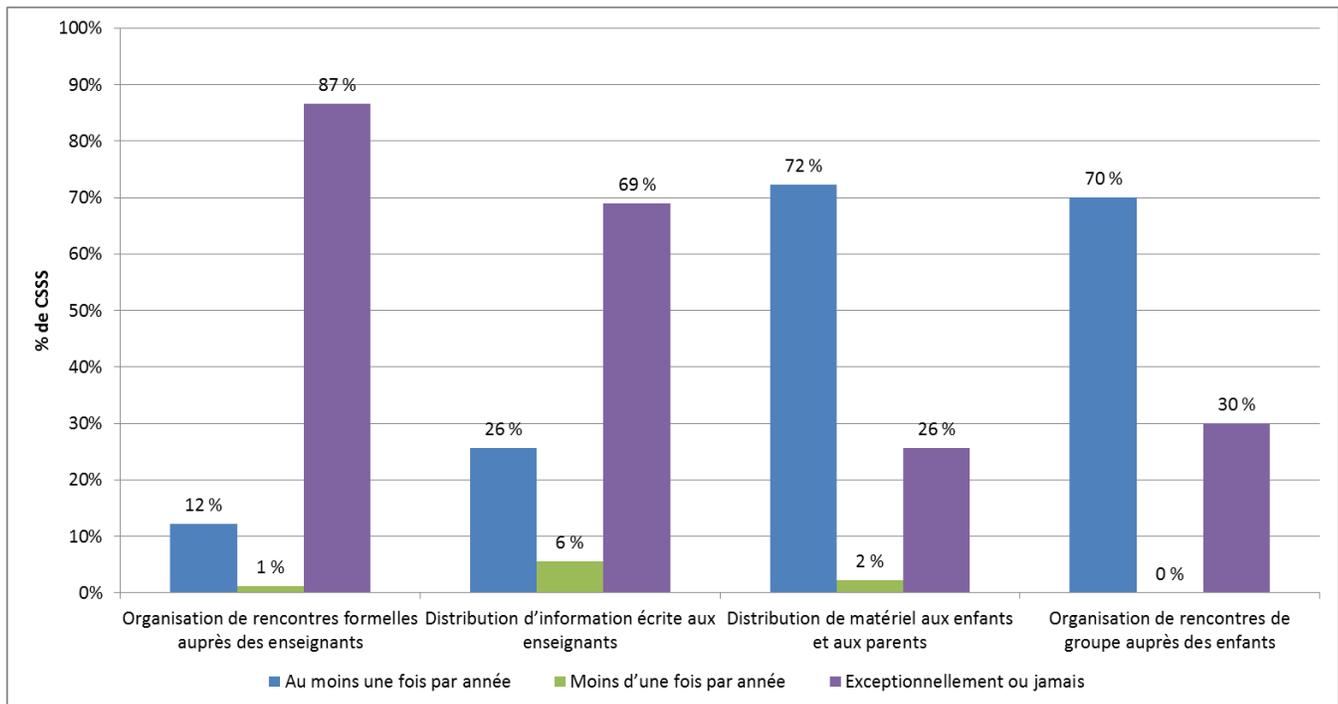
##### Contexte

Les prématernelles et les maternelles 4 ans sont aussi des milieux privilégiés par le PASDP pour entrer en contact avec les enfants vulnérables à la carie dentaire. Comme précédemment, les interventions recommandées comprenaient le *counseling* sur le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, la prise de suppléments de fluorure, les habitudes alimentaires et l’application topique de fluorure. Les intervenants de santé dentaire étaient aussi invités à réaliser des activités de sensibilisation et de formation des enseignants en matière de santé buccodentaire ainsi que des activités de promotion de la santé buccodentaire auprès de la clientèle visée (enfants et parents).

## Données

L'organisation de rencontres formelles et la distribution d'information écrite auprès des enseignants ont été peu fréquentes. Par contre, 72 % des CSSS ont distribué du matériel promotionnel aux enfants et aux parents au moins une fois par année et 70 % des CSSS ont organisé des rencontres de groupe auprès des enfants au moins une fois par année. Globalement, au moins 70 % des CSSS sont intervenus au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des prématernelles et des maternelles 4 ans (figure 15).

**Figure 15 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités de promotion et de soutien réalisées dans les prématernelles ou les maternelles 4 ans**



Selon les commentaires recueillis, plusieurs CSSS ont mentionné qu'ils effectuaient un dépistage du risque de la carie et parfois des suivis dentaires préventifs. Quelques-uns ont aussi mentionné qu'ils voyaient les enfants des classes de passe-partout ou qu'ils effectuaient des activités auprès des parents d'enfants des prématernelles ou des maternelles 4 ans.

### 2.4.2.4.4 Rencontres prénatales et postnatales

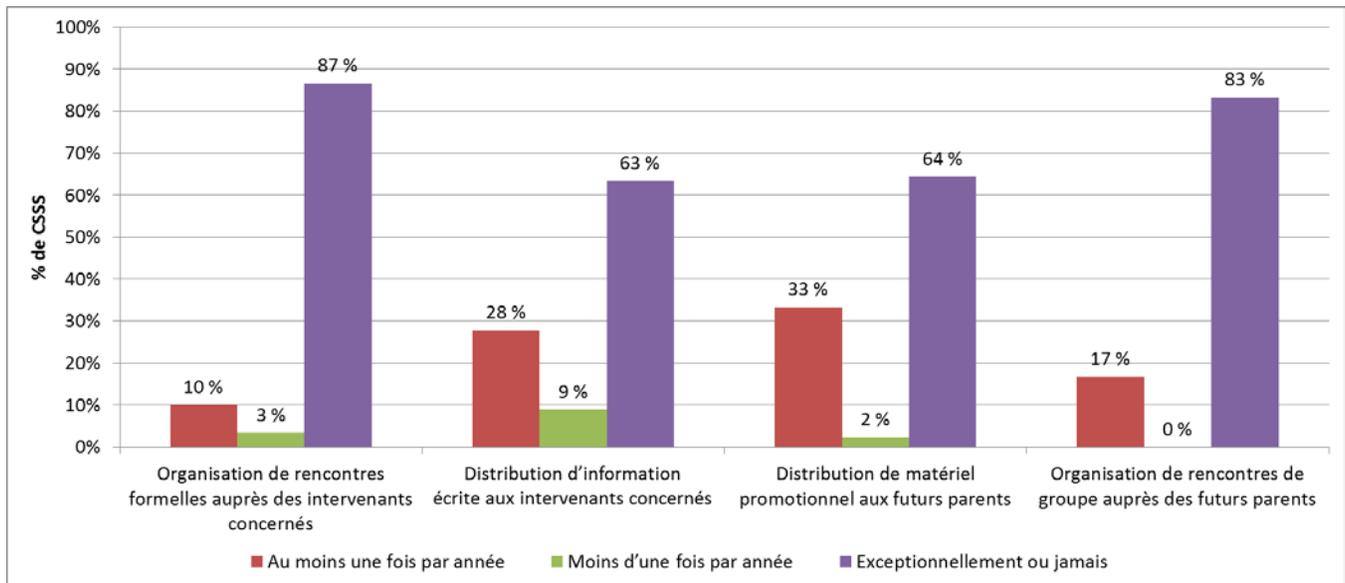
#### Contexte

Les rencontres prénatales et postnatales permettent d'agir en périnatalité. Le PASDP recommandait des activités de *counseling* auprès des femmes enceintes et de leurs familles en matière de santé buccodentaire, y compris l'abandon du tabagisme et l'allaitement maternel. Des activités de sensibilisation et de formation des intervenants intéressés par la santé buccodentaire ainsi que des activités de promotion de la santé buccodentaire auprès de la clientèle visée étaient aussi prévues dans le PASDP.

## Données

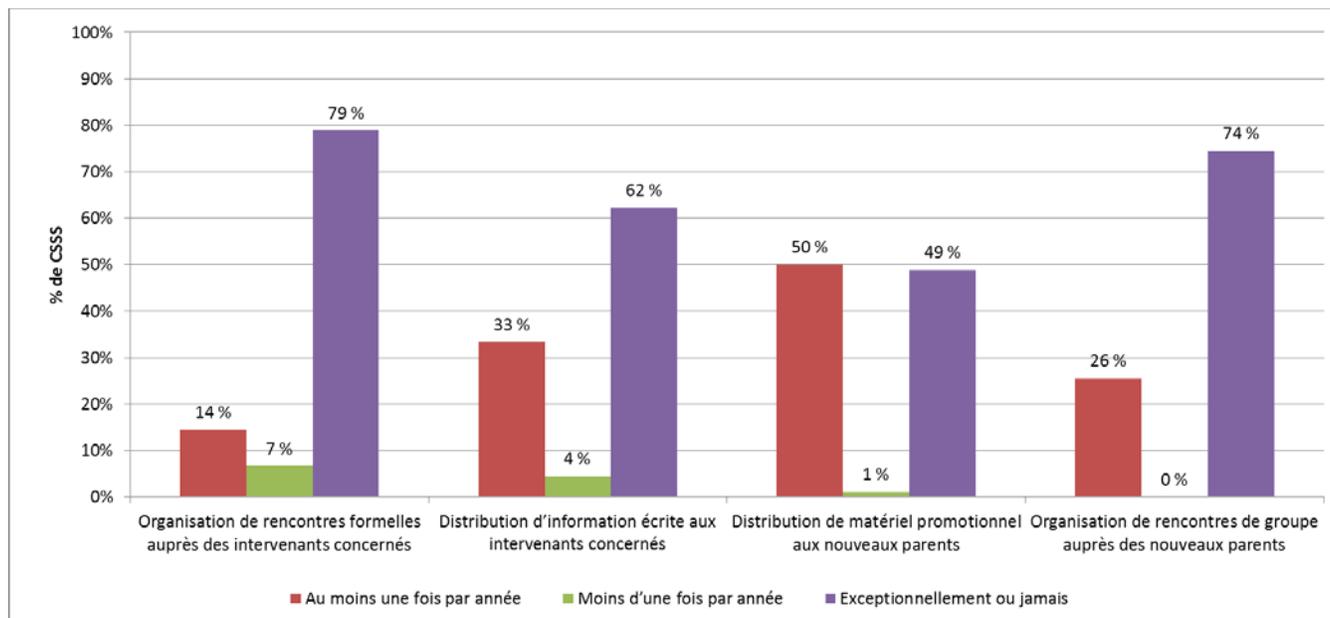
Dans le cadre de rencontres prénatales, peu de CSSS ont organisé des rencontres auprès des intervenants ou des futurs parents, seulement 28 % des CSSS ont distribué de l'information écrite aux intervenants et 33 % ont distribué du matériel promotionnel aux futurs parents au moins une fois par année (figure 16).

**Figure 16 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des rencontres prénatales**



Les activités réalisées dans le cadre de rencontres postnatales étaient un peu plus fréquentes : 33 % des CSSS ont distribué de l'information écrite aux intervenants au moins une fois par année, 50 % ont distribué du matériel promotionnel aux nouveaux parents au moins une fois par année et 26 % ont organisé des rencontres d'information auprès des nouveaux parents au moins une fois par année (figure 17).

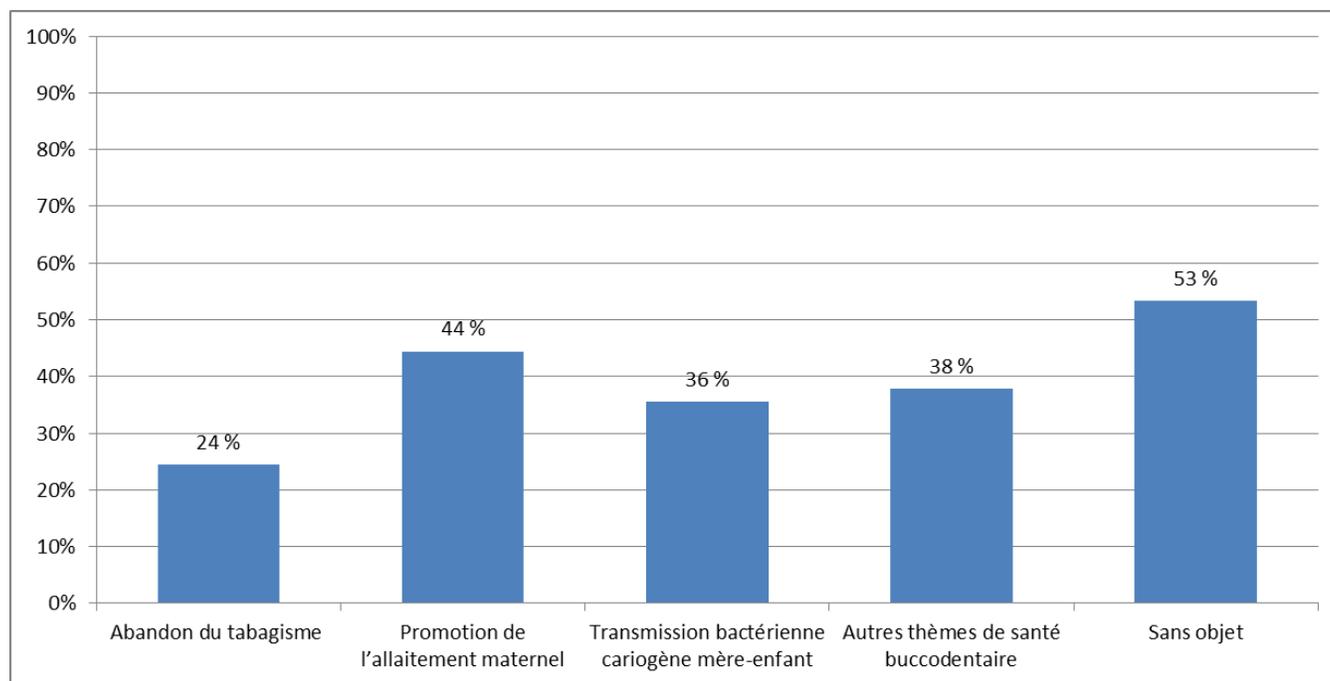
**Figure 17 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des rencontres postnatales**



Globalement, au moins 33 % des CSSS sont intervenus au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des rencontres prénatales et 50 % dans le cadre des rencontres postnatales.

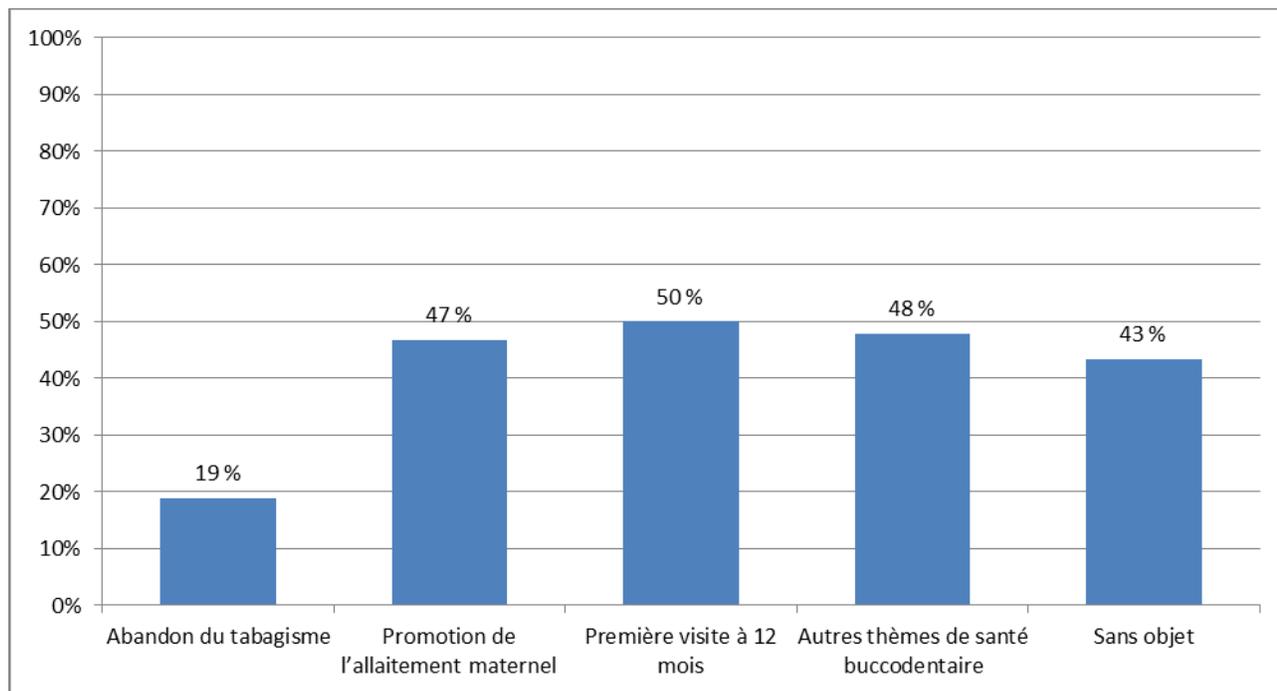
Par ailleurs, selon la figure 18, les sujets traités lors des rencontres prénatales étaient : l'allaitement maternel (44 %), la transmission bactérienne cariogène (36 %), l'abandon du tabagisme (24 %) et d'autres thèmes de santé buccodentaire (38 %). Parmi les autres thèmes indiqués dans les commentaires écrits, mentionnons l'hygiène dentaire, la grossesse et le lien avec la santé dentaire, la nutrition, le développement des dents des bébés, les visites à la clinique dentaire, l'importance des fluorures, la carie dentaire et les habitudes de succion.

**Figure 18 : Pourcentage de CSSS selon les différents thèmes qui ont été traités dans le cadre des rencontres prénatales**



Enfin, selon la figure 19, les sujets abordés lors des rencontres postnatales étaient la première visite chez le dentiste à 12 mois (50 %), la promotion de l'allaitement maternel (47 %), l'abandon du tabagisme (19 %) et d'autres thèmes de santé buccodentaire (48 %) liés à la carie dentaire, à l'hygiène dentaire, à l'éruption des dents, à l'alimentation ainsi qu'aux habitudes de succion.

**Figure 19 : Pourcentage de CSSS selon les différents thèmes traités dans le cadre des rencontres postnatales**



Parmi les commentaires reçus, quelques CSSS ont mentionné que l'information à l'égard de la santé buccodentaire était donnée par des professionnels ou des groupes autres que les hygiénistes dentaires. De plus, dans quelques CSSS, on a mentionné que les hygiénistes dentaires ont été exclus des rencontres prénatales. D'autres CSSS ont mentionné collaborer avec des organismes communautaires et faire des interventions dans le cadre des activités de halte allaitement et d'ateliers de stimulation.

#### 2.4.2.4.5 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

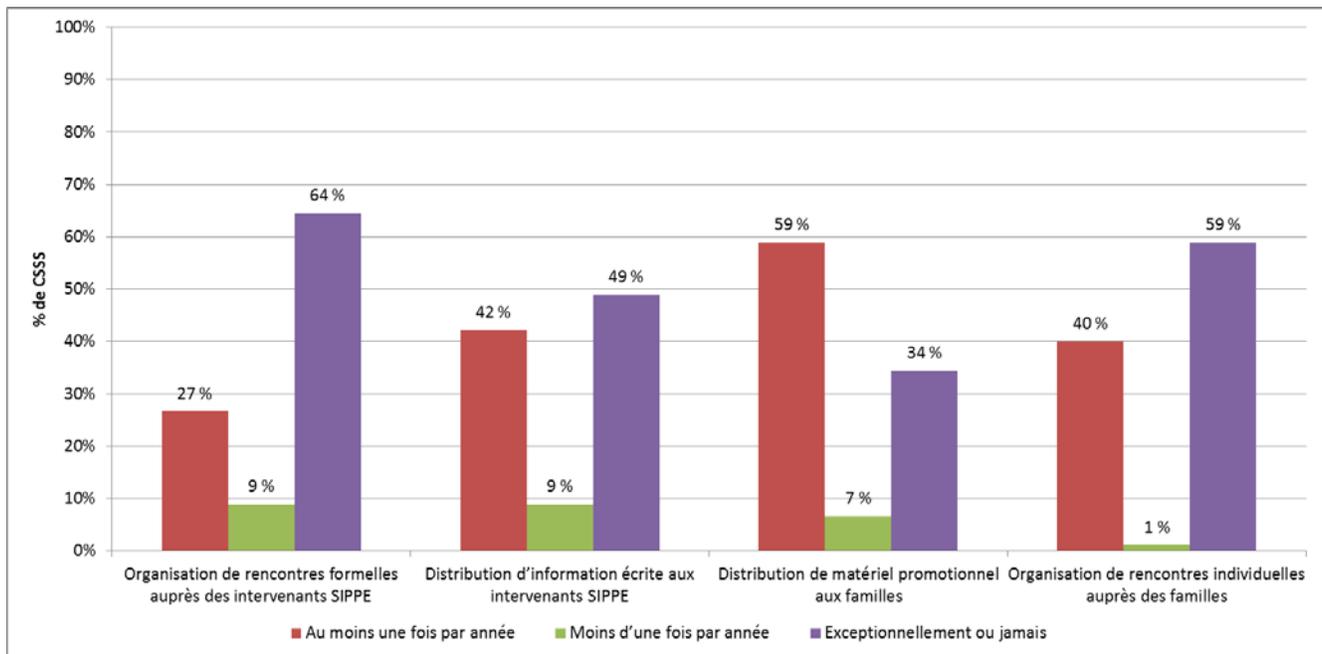
##### Contexte

Comme le décrit le cadre de référence intitulé *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (voir la bibliographie), les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, désignés sous l'acronyme SIPPE, concernent à la fois les femmes enceintes, les bébés à naître, les mères, les pères et les familles qui se trouvent dans une situation qui les rendent vulnérables pour favoriser, ultimement, le développement des enfants. Le PASDP s'inscrivait dans cette approche en préconisant des activités de *counseling* en regard de la santé buccodentaire auprès des familles bénéficiaires des SIPPE dans le cadre de visites à domicile.

## Données

Selon les résultats présentés à la figure 20, 27 % des CSSS ont organisé des rencontres formelles auprès des intervenants SIPPE au moins une fois par année, 42 % ont distribué de l'information écrite aux intervenants SIPPE au moins une fois par année, 59 % ont distribué du matériel promotionnel aux familles au moins une fois par année et, enfin, 40 % ont organisé des rencontres individuelles auprès des familles au moins une fois par année. Globalement, au moins 59 % des CSSS sont intervenus au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des SIPPE.

**Figure 20 : Répartition des CSSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des SIPPE**

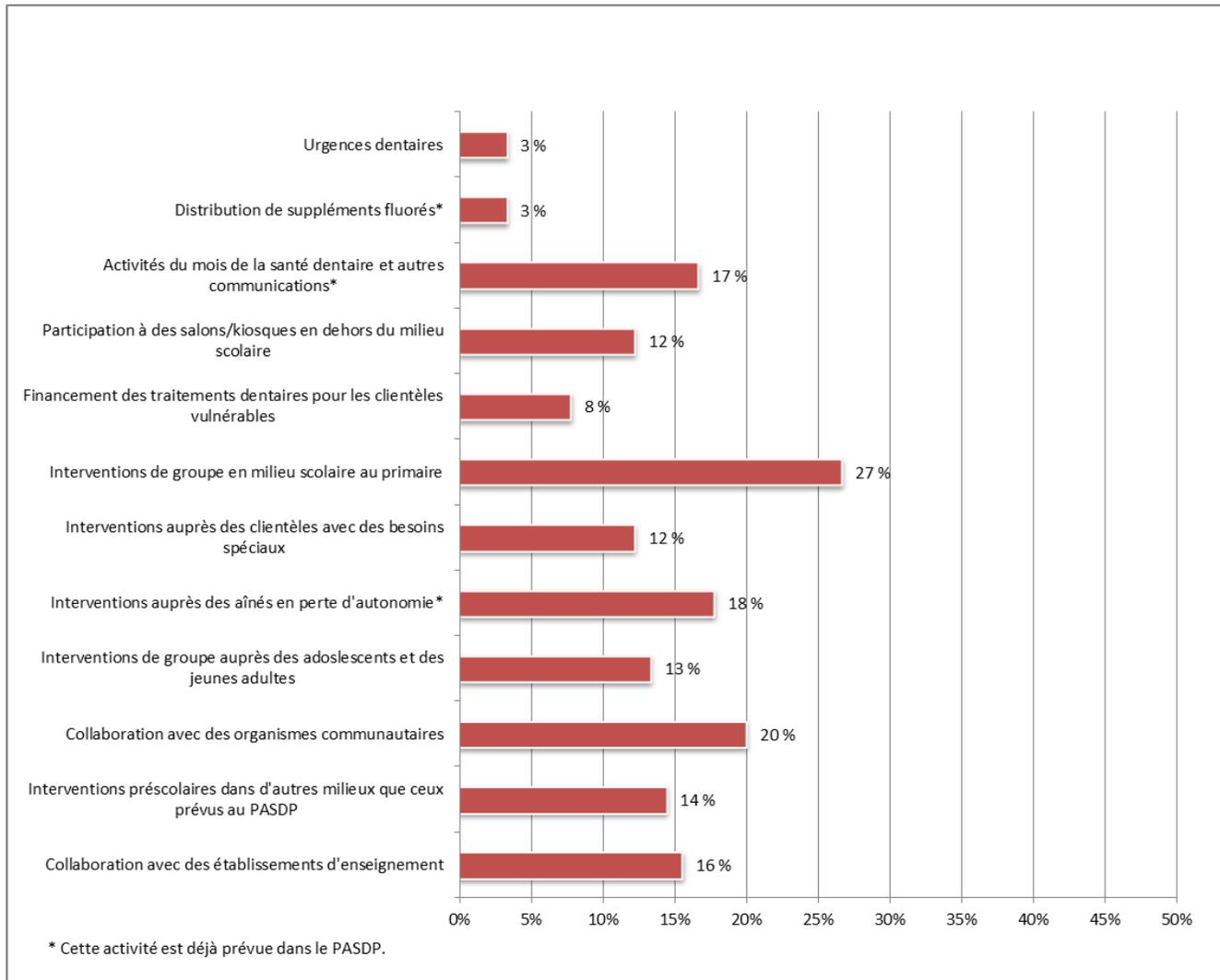


Selon les commentaires recueillis, quelques CSSS ont aussi eu des rencontres avec des groupes de parents, des activités dans le cadre d'ateliers de stimulation et de cliniques bébé-dents, des activités de dépistage ou d'application de vernis fluorés. Quelques CSSS ont mentionné que les hygiénistes dentaires faisaient partie intégrante de l'équipe SIPPE.

#### 2.4.2.5 Activités non prévues au Plan d'action de santé dentaire publique

La figure 21 fait état des activités réalisées par certains CSSS qui n'étaient pas prévues au PASDP. Ces activités ont été mentionnées par les répondants dans le cadre d'une question ouverte.

**Figure 21 : Pourcentage de CSSS qui ont réalisé des activités non prévues au PASDP**



L'activité non prévue au PASDP et la plus fréquemment nommée par les CSSS a été l'intervention de groupe en milieu scolaire au primaire, suivie, en ordre de prévalence, des activités suivantes : collaboration avec des organismes communautaires, interventions auprès des aînés en perte d'autonomie<sup>4</sup>, organisation d'activités pour le mois de la santé buccodentaire<sup>4</sup>, collaboration avec des établissements d'enseignement (cégeps, universités), interventions préscolaires dans d'autres milieux que ceux du PASDP, interventions de groupe auprès des adolescents et des adultes, interventions auprès des clientèles avec des besoins spéciaux, participation à des salons ou à la tenue de kiosques en dehors du milieu scolaire, collaboration à trouver des moyens de financer des traitements dentaires pour des patients démunis sur le plan financier, distribution de suppléments fluorés<sup>4</sup> et, enfin, des activités sous le thème des urgences dentaires.

<sup>4</sup> Cette activité était déjà prévue au PASDP.

## 2.4.3 Agences de santé et de services sociaux<sup>5</sup>

### 2.4.3.1 Contexte organisationnel

#### Contexte

L'implantation du PASDP à l'échelle régionale a été marquée par de nombreux enjeux, dont celui de la collaboration. À titre d'exemple, mentionnons la visite de dentistes-conseils de santé publique dans les différentes écoles du territoire de l'ASSS pour effectuer le dépistage du besoin de scellant dentaire des élèves du primaire et du secondaire. Ces visites effectuées conjointement avec les hygiénistes dentaires demandaient une bonne logistique des activités et de prévoir les budgets nécessaires pour assumer les frais de déplacement, y compris les repas et l'hébergement, le cas échéant.

Le partenariat interprofessionnel au sein des ASSS fut important, tant en prévention et en promotion qu'en santé environnementale, en maladies infectieuses et en surveillance, recherche et évaluation. Les professionnels travaillant dans d'autres secteurs ou directions de l'ASSS pouvaient aussi être invités à travailler de concert avec les dentistes-conseils. L'appui des professionnels des CSSS a aussi été nécessaire, comme celui des intervenants SIPPE et des travailleurs sociaux. Les dentistes-conseils de l'ASSS ont aussi été appelés à travailler en partenariat avec les cliniques médicales et dentaires ainsi qu'avec les commissions scolaires et leurs écoles.

Enfin, les activités de concertation avec le MSSS et avec les autres dentistes-conseils régionaux ont été déterminantes. On observe que la tenue de ces activités sur une base régulière a influencé grandement la mise en œuvre des différentes activités du PASDP.

#### Données

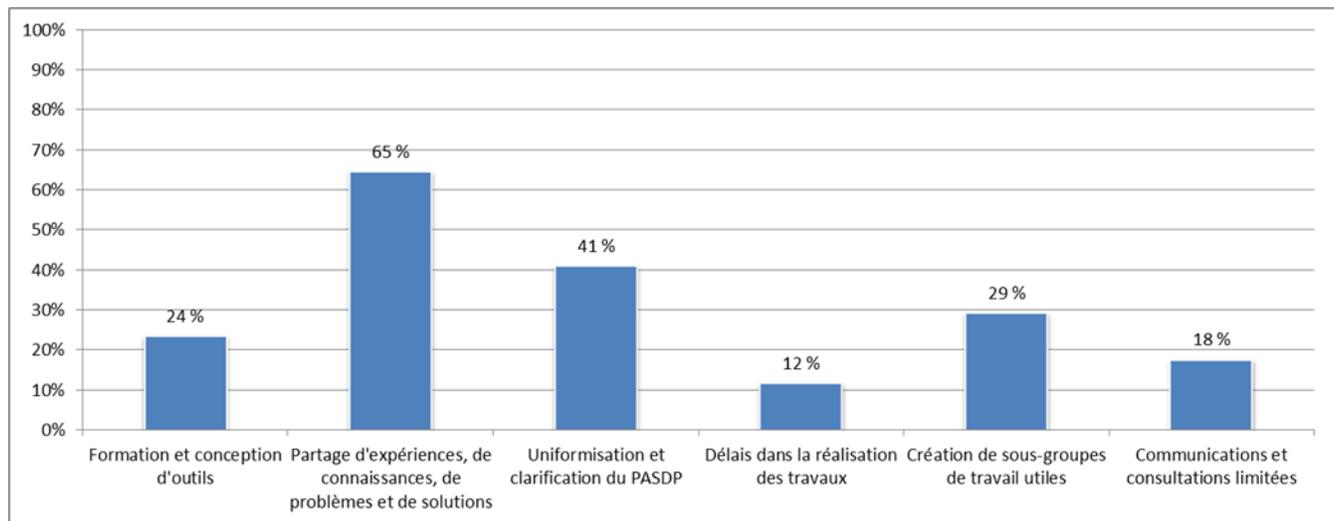
Selon les résultats collectés, les coûts liés aux déplacements des dentistes-conseils en 2013-2014 n'ont pas limité l'implantation du PASDP, et ce, dans toutes les régions.

---

<sup>5</sup> À moins d'avis contraire, toutes les données présentées dans cette section concernent les trois dernières années qui précèdent la collecte de données, soit 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013.

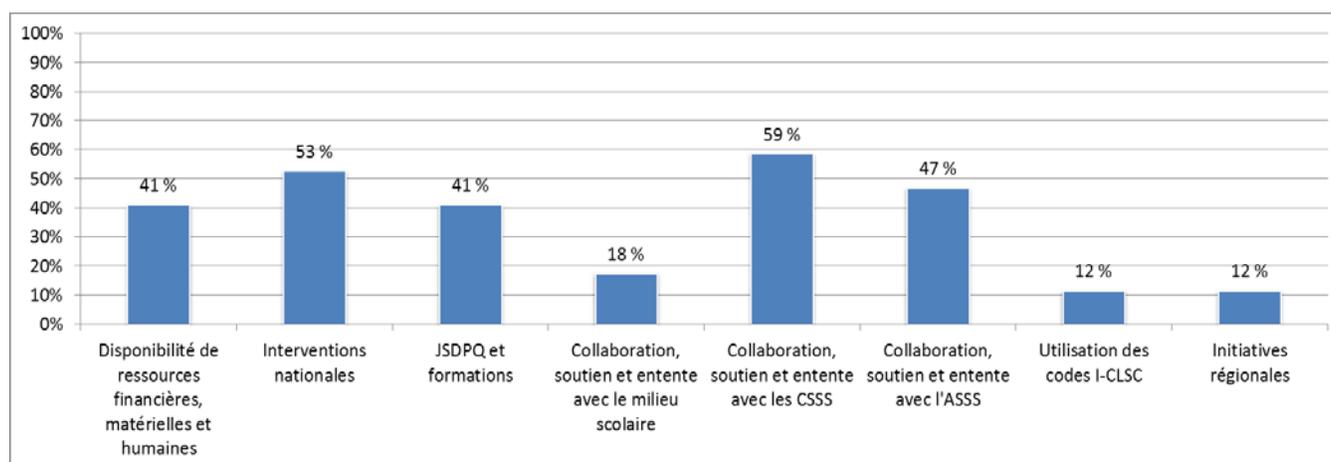
La contribution des travaux du groupe de travail des répondants en santé dentaire publique à l'implantation du PASDP a été évaluée par les ASSS; les résultats sont présentés à la figure 22. Selon les résultats obtenus, 65 % des ASSS considèrent que c'est le partage d'expérience, de connaissances, de problèmes et de solutions qui a le plus contribué à soutenir les dentistes-conseils dans l'implantation du PASDP. Parmi les autres éléments mentionnés par les ASSS, nous trouvons, en ordre décroissant, les travaux liés à l'uniformisation et à la clarification du PASDP (41 %), la création de sous-groupes de travail (29 %) et la formation ainsi que la conception d'outils (24 %). Des communications et des consultations limitées (18 %) et des délais dans la réalisation des travaux (18 %) ont aussi été mentionnés.

**Figure 22 : Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui ont influencé l'implantation du PASDP en lien avec les travaux du groupe de travail des répondants de santé dentaire publique**



Différents éléments qui ont facilité l'implantation du PASDP ont aussi été évalués. Si on fait référence à la figure 23, on constate que selon les ASSS, la collaboration, le soutien et l'entente avec le personnel des CSSS et des ASSS sont, avec les interventions nationales, parmi les éléments qui ont le plus facilité l'implantation du PASDP (59 %, 47 % et 53 % respectivement). Par ailleurs, 41 % des ASSS ont noté que la disponibilité des ressources humaines et financières et l'organisation de séances de formation, notamment lors des JSDPQ, aidaient à l'implantation du PASDP. Enfin, les éléments suivants ont aussi été mentionnés par les ASSS : la collaboration, le soutien et l'entente avec le milieu scolaire, l'utilisation des codes I-CLSC<sup>6</sup> et les initiatives régionales.

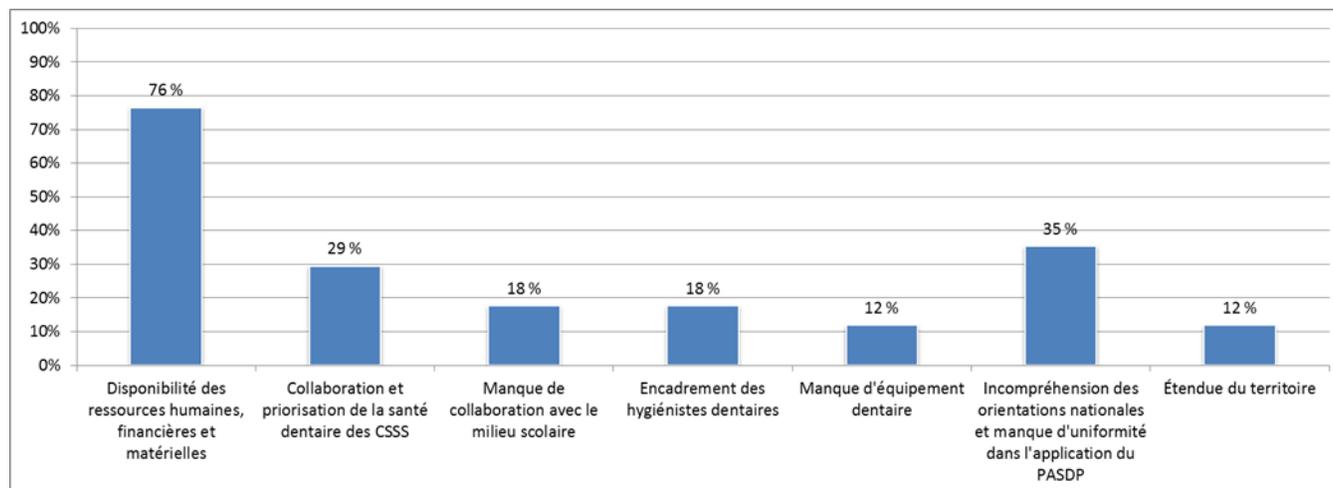
**Figure 23 : Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui auraient facilité l'implantation du PASDP**



<sup>6</sup> Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC).

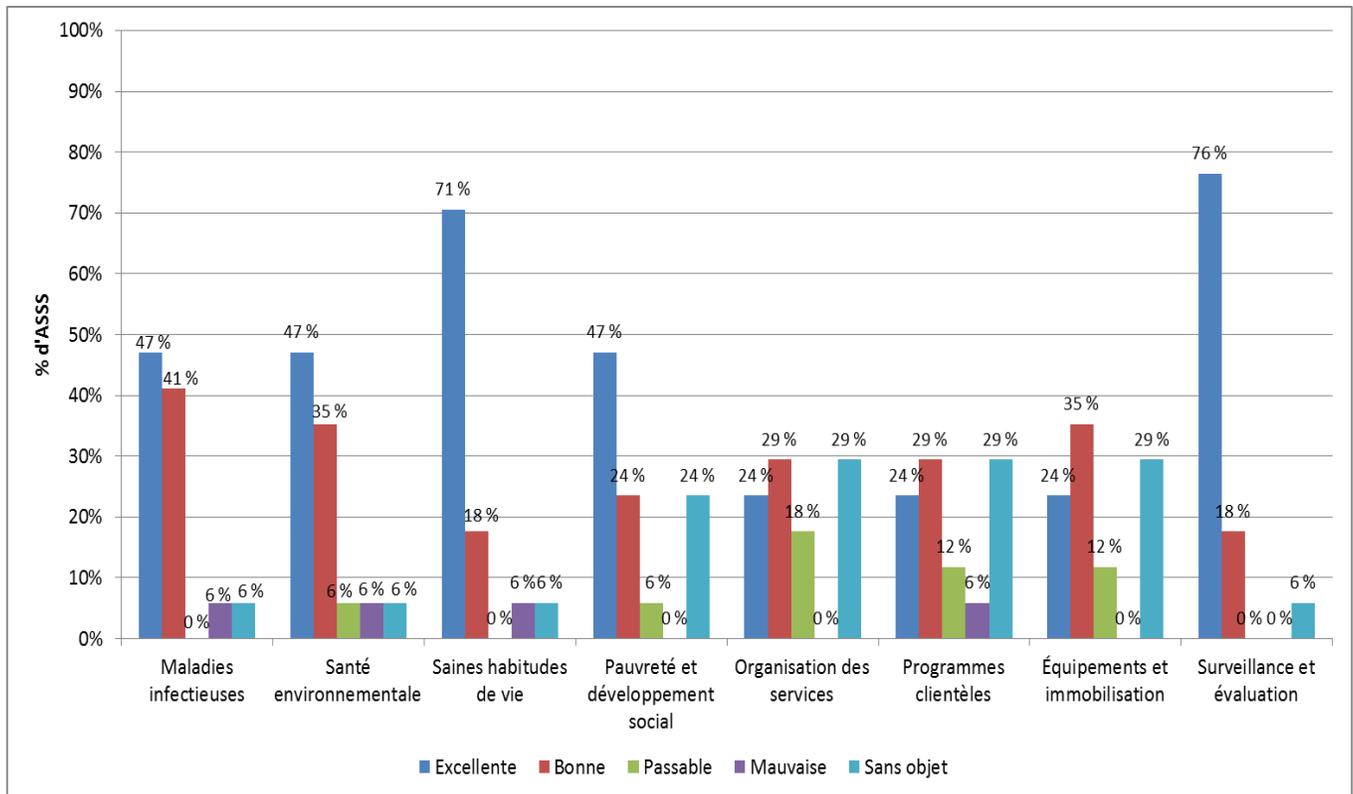
À l’opposé, parmi les éléments qui ont nui à l’implantation du PASDP, on constate, à la figure 24, que plus de 75 % des ASSS ont mentionné le manque de disponibilité des ressources humaines, financières et matérielles. De plus, 35 % des ASSS ont mentionné une incompréhension des orientations nationales et un manque d’uniformité dans l’application du PASDP. Un manque de collaboration et la priorisation de la santé dentaire dans certains CSSS ont aussi été notés. Enfin, le manque de collaboration avec le milieu scolaire a été mentionné tout comme l’encadrement des hygiénistes dentaires, le manque d’équipement dentaire ainsi que l’étendue du territoire à parcourir.

**Figure 24 : Pourcentage d'ASSS selon les éléments qui auraient nui à l'implantation du PASDP**



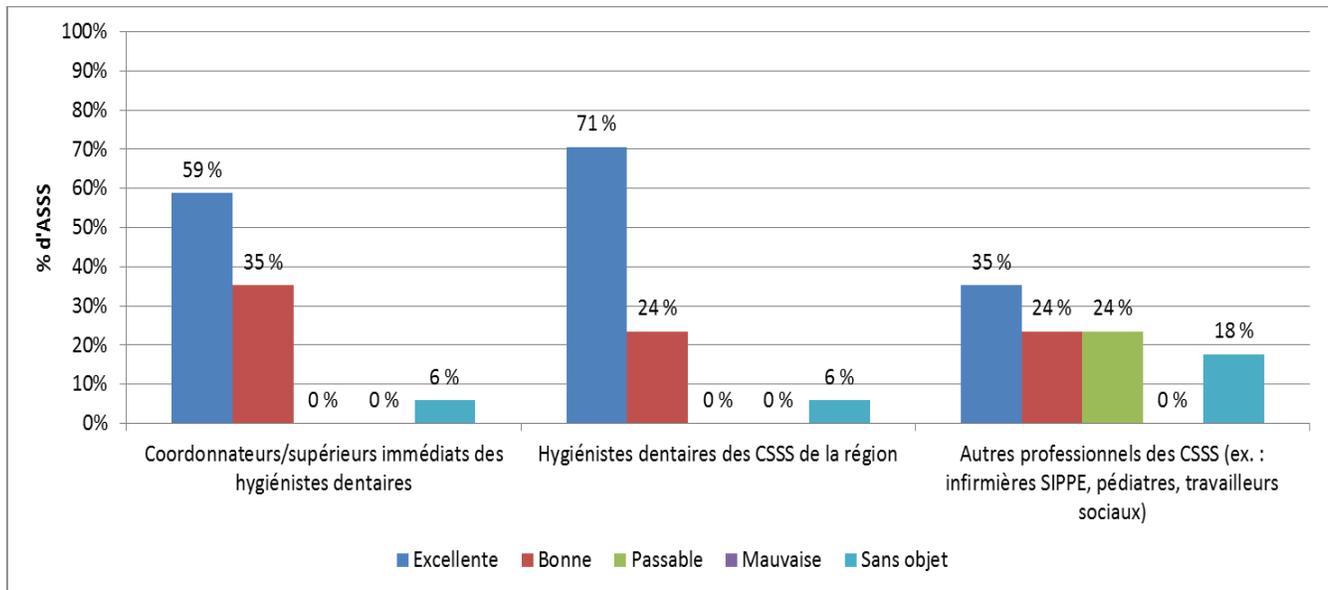
Comme nous l’avons vu précédemment, la collaboration avec les différents partenaires a été essentielle à une implantation efficace du PASDP. C’est dans ce contexte que la qualité de la collaboration avec les professionnels des CSSS ainsi qu’avec ceux des ASSS a été évaluée. Ainsi, au sein des ASSS, les relations étaient bonnes ou excellentes pour la majorité des répondants avec les professionnels de toutes les équipes. Les relations étaient particulièrement bonnes avec les équipes qui travaillaient en saines habitudes de vie et en surveillance et évaluation (figure 25).

**Figure 25 : Répartition des ASSS selon la qualité de la collaboration des dentistes-conseils avec d'autres professionnels des ASSS**



En ce qui concerne la qualité de la collaboration avec les professionnels des CSSS, la figure 26 montre que la relation avec les hygiénistes dentaires et leurs supérieurs immédiats étaient, pour plus de 94 % des ASSS, excellentes ou bonnes. Le portrait est plus partagé en ce qui a trait aux autres professionnels des CSSS, avec lesquels près de 25 % des ASSS ont mentionné avoir une relation qualifiée de passable.

**Figure 26 : Répartition des ASSS selon la qualité de la collaboration des dentistes-conseils avec les professionnels des CSSS**



#### 2.4.3.2 Implantation des activités auprès des enfants de 4 ans et moins<sup>7</sup>

Plusieurs activités auprès des enfants de 4 ans et moins étaient proposées dans le PASDP. Elles ont été décrites dans la section sur les CSSS (voir 2.4.2.4). Selon les milieux visés, les ASSS ont joué un rôle de soutien auprès des CSSS ou ont eu à réaliser des actions auprès de la clientèle cible.

Les activités qui ont eu lieu dans plusieurs milieux d'intervention ciblés par le PASDP, de même que leur fréquence et la forme qu'elles ont prises, ont été évaluées et les résultats sont présentés dans les sections suivantes.

##### 2.4.3.2.1 Les services de maternité des centres de santé et de services sociaux et des centres hospitaliers universitaires

###### Contexte

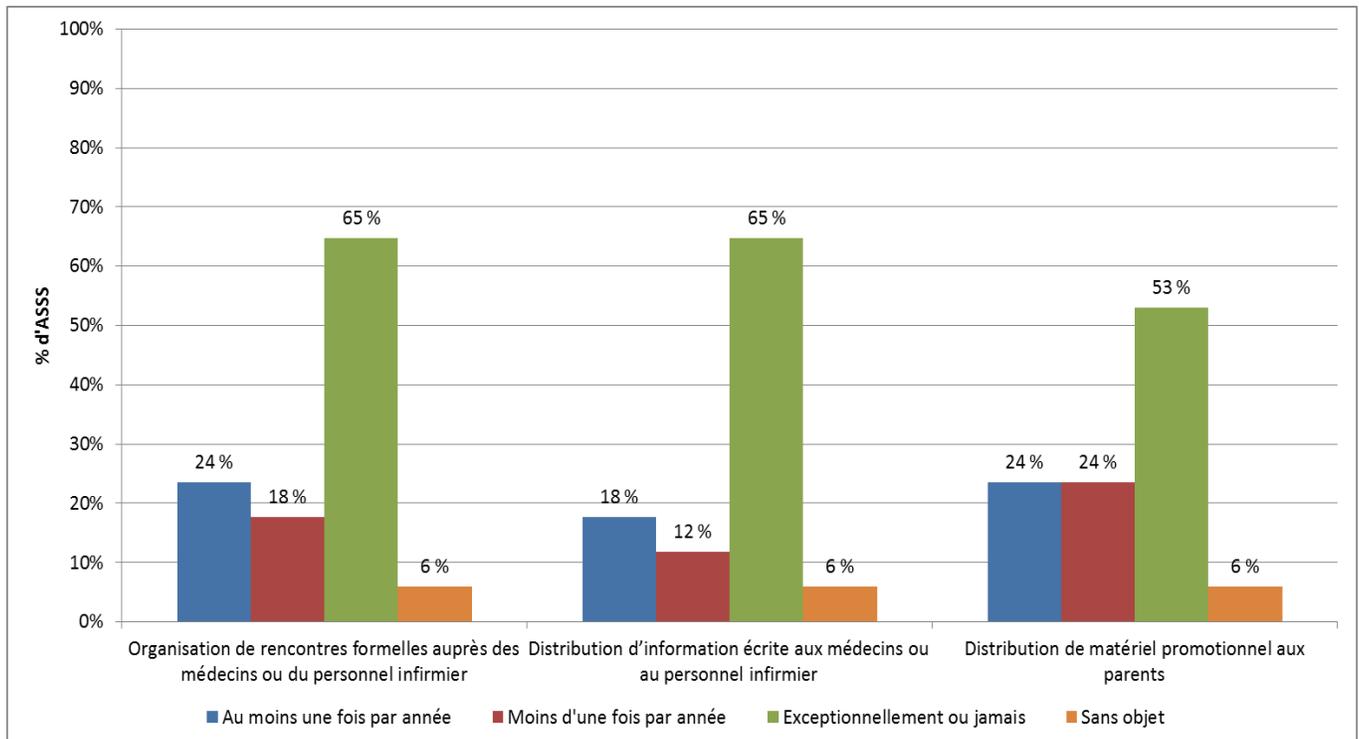
Le PASDP proposait que les intervenants des services de maternité intègrent certaines mesures de prévention des maladies buccodentaires dans l'enseignement qu'on dispense aux nouveaux parents. Pour ce faire, il était recommandé de former et de sensibiliser ces intervenants en lien avec la santé buccodentaire et les méthodes de prévention de la carie de la petite enfance. Plus particulièrement, les interventions recommandées comprenaient le *counseling* sur le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, la prise de suppléments de fluorure, les habitudes alimentaires et l'application topique de fluorure. D'autres activités de promotion de la santé buccodentaire auprès de la clientèle visée étaient aussi prévues dans le PASDP.

<sup>7</sup> Toutes les données présentées dans cette section concernent les activités effectuées par les dentistes-conseils régionaux.

## Données

La figure 27 montre que très peu d'activités ont été faites par les ASSS auprès du personnel des services de maternité. Néanmoins, 24 % des ASSS ont organisé des rencontres formelles et distribué du matériel promotionnel aux parents au moins une fois par année. Ainsi, en général, au moins 24 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien offertes dans le cadre des services de maternité.

**Figure 27 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des services de maternité**



### 2.4.3.2.2 Les cliniques médicales et dentaires

#### Contexte

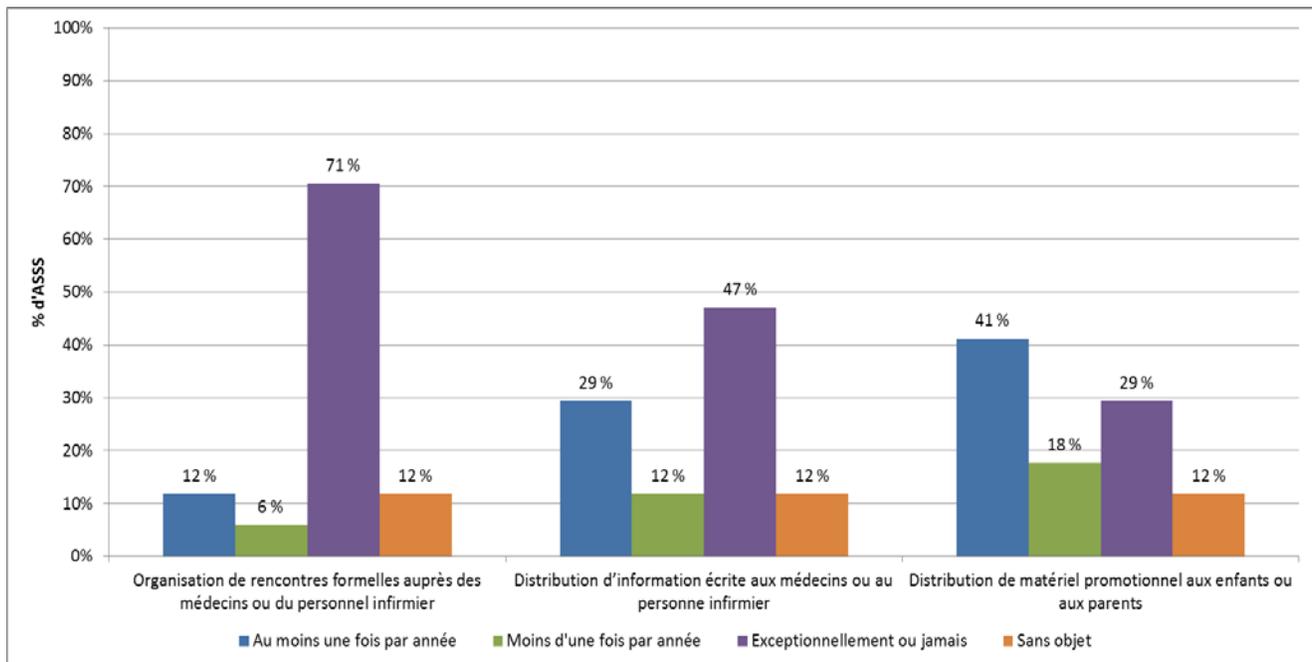
Les médecins et, dans une moindre mesure, les dentistes sont appelés à recevoir en consultation des enfants de 4 ans et moins. C'est pourquoi qu'il est important que le personnel médical, tout comme les praticiens dentaires, soient informés des meilleures pratiques en matière de prévention de la carie dentaire pour qu'ils puissent en faire bénéficier leurs patients.

Le PASDP visait que les omnipraticiens, les pédiatres et les dentistes informent les parents des enfants de 4 ans et moins sur les bonnes pratiques en santé buccodentaire. Pour ce faire, des rencontres d'information étaient proposées entre les dentistes-conseils et les médecins et dentistes concernés. Encore une fois, les interventions recommandées comprenaient le *counseling* sur le brossage des dents avec un dentifrice fluoré, la prise de suppléments de fluorure, les habitudes alimentaires et l'application topique de fluorure. D'autres activités de promotion de la santé buccodentaire auprès de la clientèle visée étaient aussi prévues dans le PASDP.

## Données

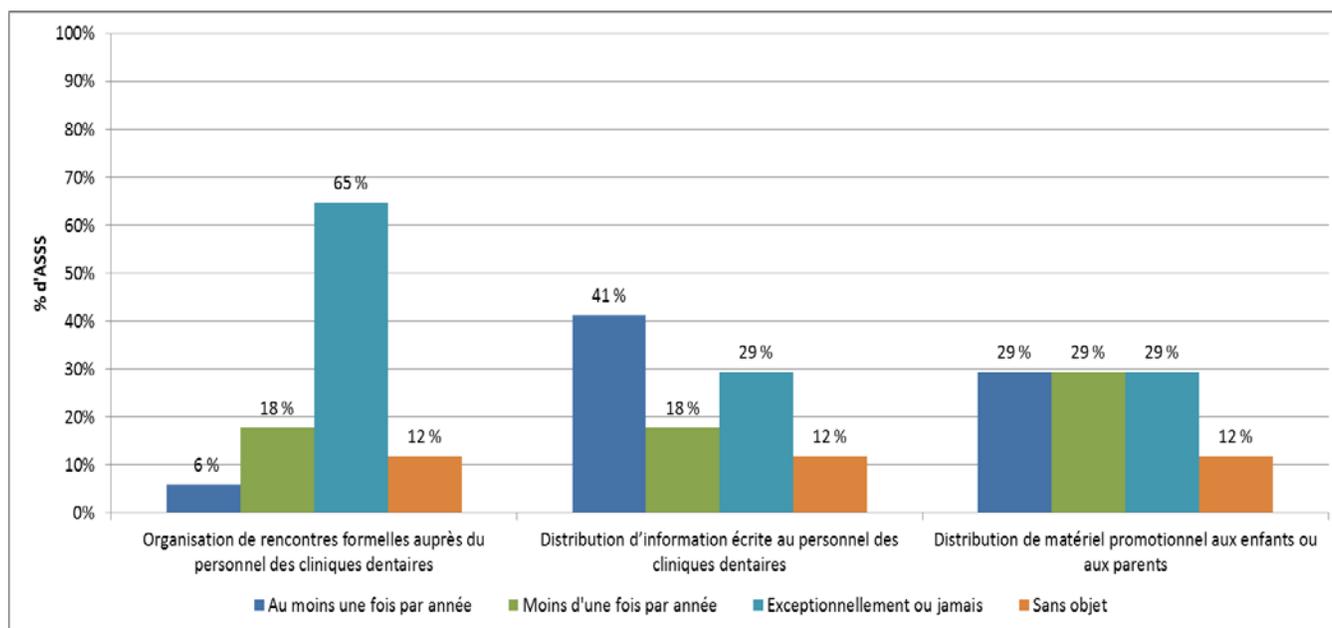
Selon les résultats obtenus et présentés à la figure 28, seulement 12 % des ASSS ont organisé, au moins une fois par année, des rencontres formelles auprès du personnel des cliniques médicales. Néanmoins, 29 % des ASSS leur ont distribué de l'information écrite au moins une fois par année et 41 % d'entre elles ont distribué du matériel promotionnel aux enfants ou aux parents au moins une fois par année. Globalement, au moins 41 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année auprès des enfants de 4 ans et moins dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien réalisées dans des cliniques médicales.

**Figure 28 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans des cliniques médicales**



Par ailleurs, en ce qui concerne les cliniques dentaires, les rencontres formelles auprès du personnel soignant ont été très rares. Par contre, on peut voir, à la figure 29, que 41 % des ASSS ont distribué de l'information écrite aux cliniques dentaires au moins une fois par année et que 29 % des ASSS ont distribué du matériel promotionnel aux parents ou aux enfants par l'entremise des cliniques dentaires au moins une fois par année. Globalement, au moins 41 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année auprès des enfants de 4 ans et moins dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien réalisées dans le cadre des cliniques dentaires.

**Figure 29 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des cliniques dentaires**

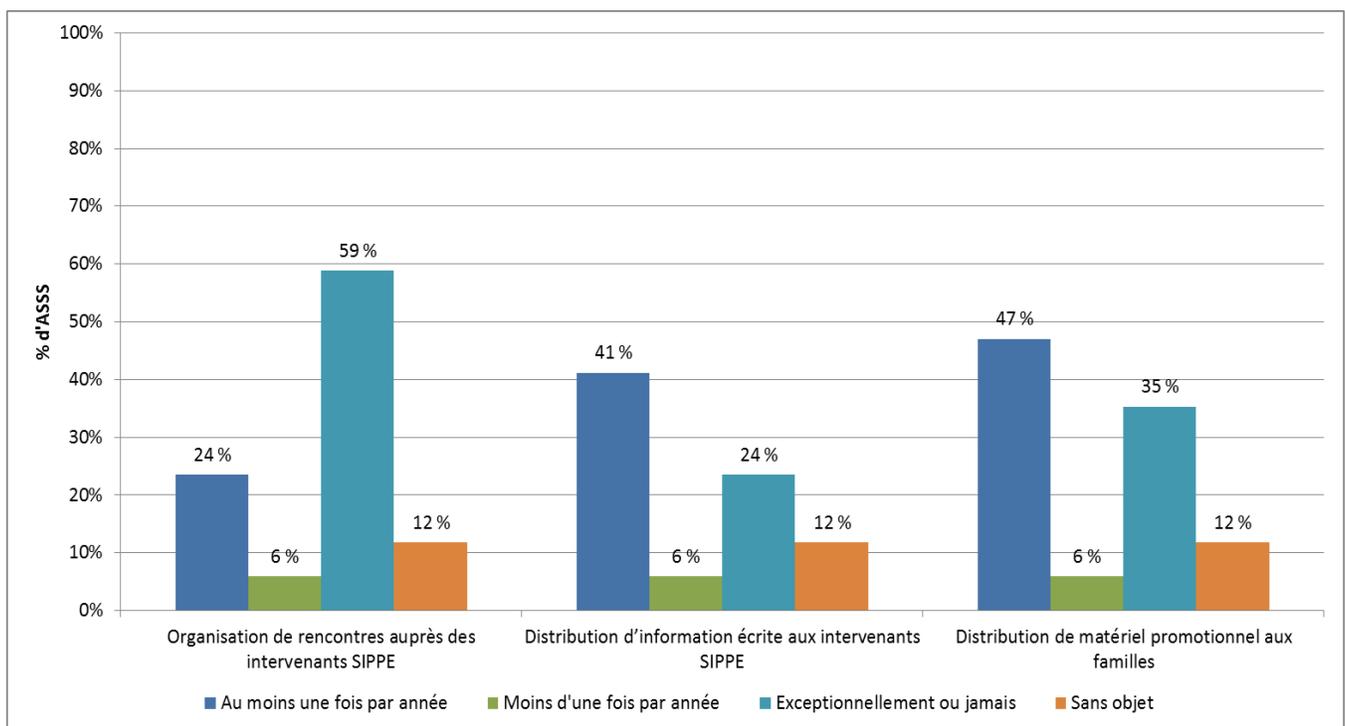


### 2.4.3.2.3 Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (voir 2.4.2.4.5)

#### Données

Les interventions réalisées par les ASSS dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ont été, parmi toutes les activités réalisées auprès des enfants de 4 ans et moins, les plus fréquentes. Près de 25 % des ASSS ont fait des rencontres formelles avec les intervenants SIPPE au moins une fois par année. Plus de 40 % d'entre elles ont distribué de l'information écrite aux intervenants au moins une fois par année alors que 47 % des ASSS ont distribué du matériel promotionnel aux familles au moins une fois par année. Globalement, au moins 47 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien réalisées dans le cadre des SIPPE (figure 30).

**Figure 30 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées dans le cadre des SIPPE**



### 2.4.3.3 Implantation des activités auprès des adultes de 18 ans et plus<sup>8</sup>

L'objectif des activités proposées par le PASDP auprès des adultes de 18 ans et plus était lié à la diminution de la prévalence des maladies parodontales et à l'acquisition d'habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire. Les sujets proposés étaient 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. De même, pour les aînés en perte d'autonomie, des soins d'hygiène buccodentaire quotidiens étaient suggérés. Comme résultat de ces activités, on s'attendait à une augmentation du nombre d'adultes qui se brossaient les dents deux fois par jour et qui utilisaient la soie dentaire une fois par jour. De même, on souhaitait que plus d'adultes visitent leur dentiste régulièrement.

<sup>8</sup> Toutes les données présentées dans cette section concernent les activités effectuées par les dentistes-conseils régionaux.

### 2.4.3.3.1 Promotion de l'abandon du tabagisme dans les cliniques dentaires

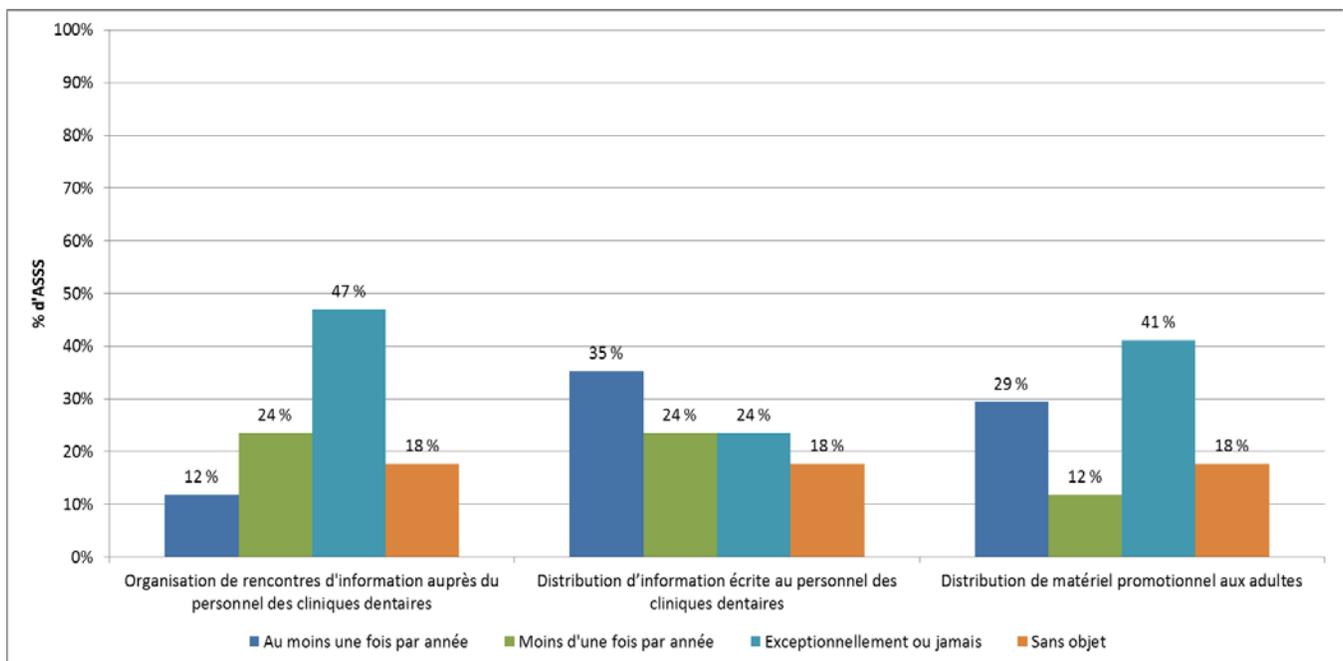
#### Contexte

Le PASDP recommandait la mise en place d'activités de promotion de l'abandon du tabagisme dans les cliniques dentaires. Pour ce faire, des activités de sensibilisation et de formation du personnel soignant étaient prévues pour leur donner les outils d'intervention efficace auprès des fumeurs. La réduction des maladies parodontales et des cancers buccaux était visée par cette activité.

#### Données

Tel qu'il est illustré dans la figure 31, très peu d'ASSS ont organisé des rencontres d'information auprès du personnel des cliniques dentaires au moins une fois par année (12 %). Néanmoins, selon les résultats obtenus, environ le tiers des ASSS ont distribué de l'information écrite au personnel ou du matériel promotionnel aux patients au moins une fois par année. Globalement, au moins 35 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année en matière d'abandon du tabagisme dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien réalisées dans les cliniques dentaires (figure 31).

**Figure 31 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'abandon du tabagisme dans les cliniques dentaires**



Selon les commentaires recueillis, quelques ASSS ont mentionné avoir collaboré avec des milieux d'enseignement pour accomplir cette activité. D'autres ont mentionné avoir établi une collaboration avec les centres d'abandon du tabagisme (CAT) et avec l'équipe régionale de pratiques cliniques préventives (PCP).

#### 2.4.3.3.2 Promotion de l'hygiène buccodentaire dans les cliniques médicales

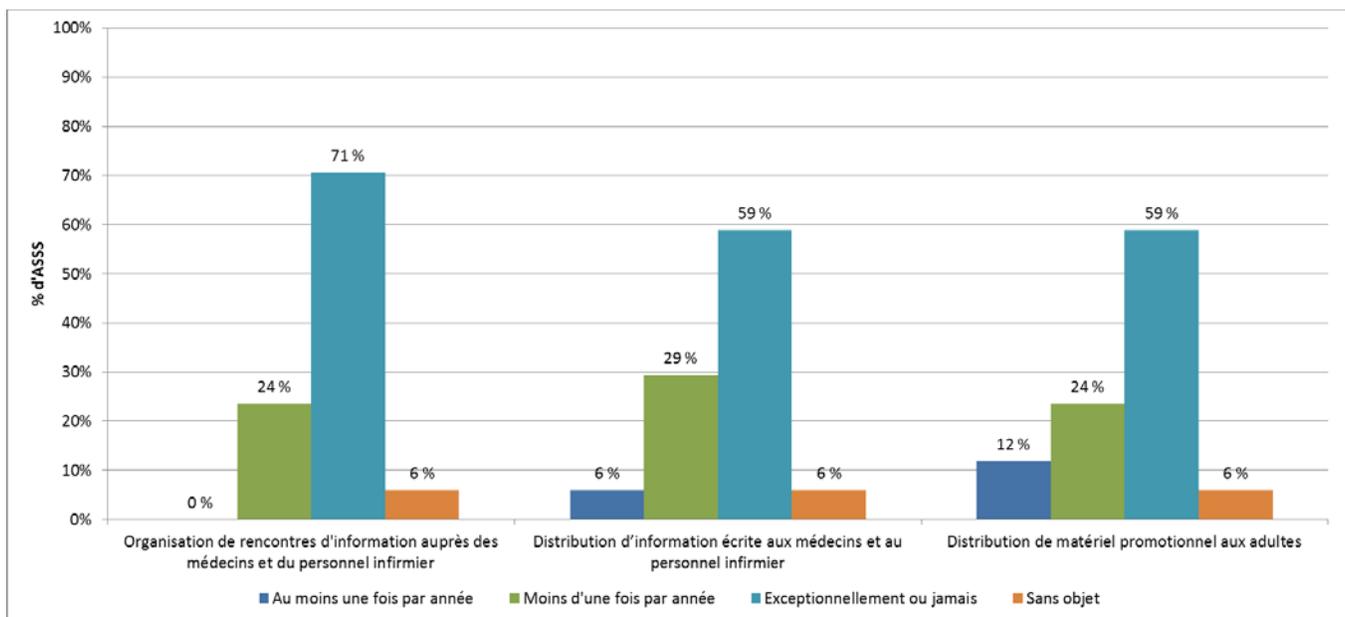
##### Contexte

Le PASDP recommandait aussi la mise en place d'activités de promotion de saines habitudes d'hygiène buccodentaire dans les cliniques médicales. Pour y arriver, le PASDP proposait des activités de sensibilisation et de formation auprès du personnel soignant des cliniques médicales, notamment les omnipraticiens, dans le but de leur donner les outils nécessaires pour intervenir de façon efficace auprès des adultes en matière d'hygiène buccodentaire. Cette intervention visait à réduire la prévalence des maladies parodontales chez les adultes. D'autres sujets étaient aussi abordés, dont le brossage des dents, l'utilisation de la soie dentaire, la prophylaxie dentaire et le détartrage effectué par un professionnel, l'utilisation de dentifrice antitartre ainsi que l'utilisation d'un rince-bouche efficace.

##### Données

Comme il est illustré dans la figure 32, les ASSS sont très peu ou pas intervenues auprès des cliniques médicales. En effet, plus de 59 % des ASSS n'y ont jamais effectué d'activités ou en ont effectué qu'exceptionnellement. Dans les commentaires recueillis, on mentionne une collaboration avec l'équipe PCP et avec d'autres organismes pour faire la promotion de l'hygiène buccodentaire chez les adultes.

**Figure 32 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'hygiène buccodentaire dans les cliniques médicales**



#### 2.4.3.3.3 Promotion de l'hygiène buccodentaire dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

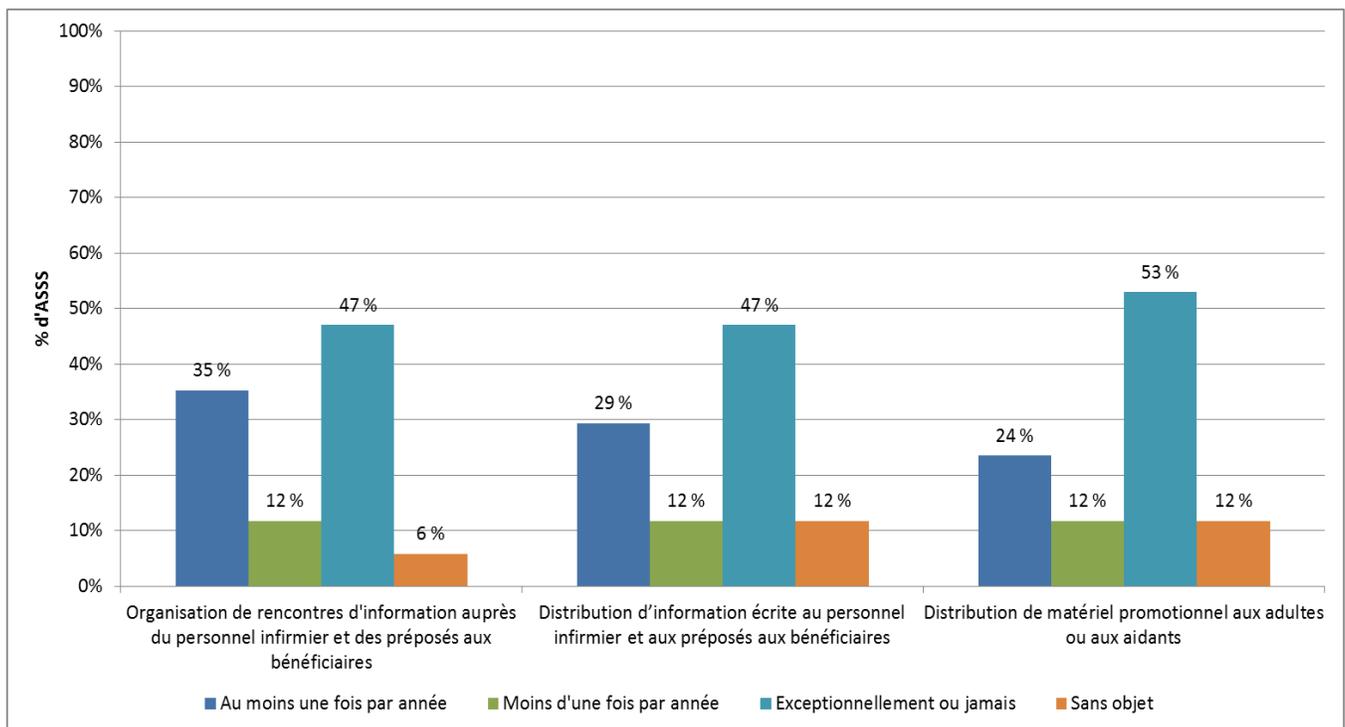
##### Contexte

En ce qui concerne la santé buccodentaire des personnes vivant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), le PASDP recommandait l'implantation de pratiques cliniques préventives dans une approche de soins quotidiens d'hygiène buccodentaire et de bien-être. Les activités mises en avant étaient le brossage des dents, l'utilisation de la soie dentaire, la prophylaxie dentaire et le détartrage effectués par un professionnel, l'utilisation de dentifrice antitartre ainsi que l'utilisation d'un rince-bouche efficace.

## Données

La figure 33 montre que seulement 35 % des ASSS ont organisé des rencontres d'information auprès du personnel des CHSLD au moins une fois par année. De plus, moins de 30 % d'entre elles ont distribué de l'information écrite au personnel alors que seulement 24 % des ASSS ont distribué du matériel promotionnel aux adultes ou aux aidants au moins une fois par année. Globalement, au moins 35 % des ASSS sont intervenues au moins une fois par année dans l'une ou l'autre des activités de promotion et de soutien réalisées auprès des CHSLD.

**Figure 33 : Répartition des ASSS selon la fréquence des activités réalisées en lien avec l'hygiène buccodentaire dans les CHSLD**



Selon les commentaires recueillis, la présence d'un dentiste en CHSLD a facilité l'implantation d'activités. On a aussi écrit que des démarches auprès des gestionnaires de CHSLD et des maisons de soins palliatifs ont parfois été effectuées.

### 2.4.3.4 Campagnes de communication

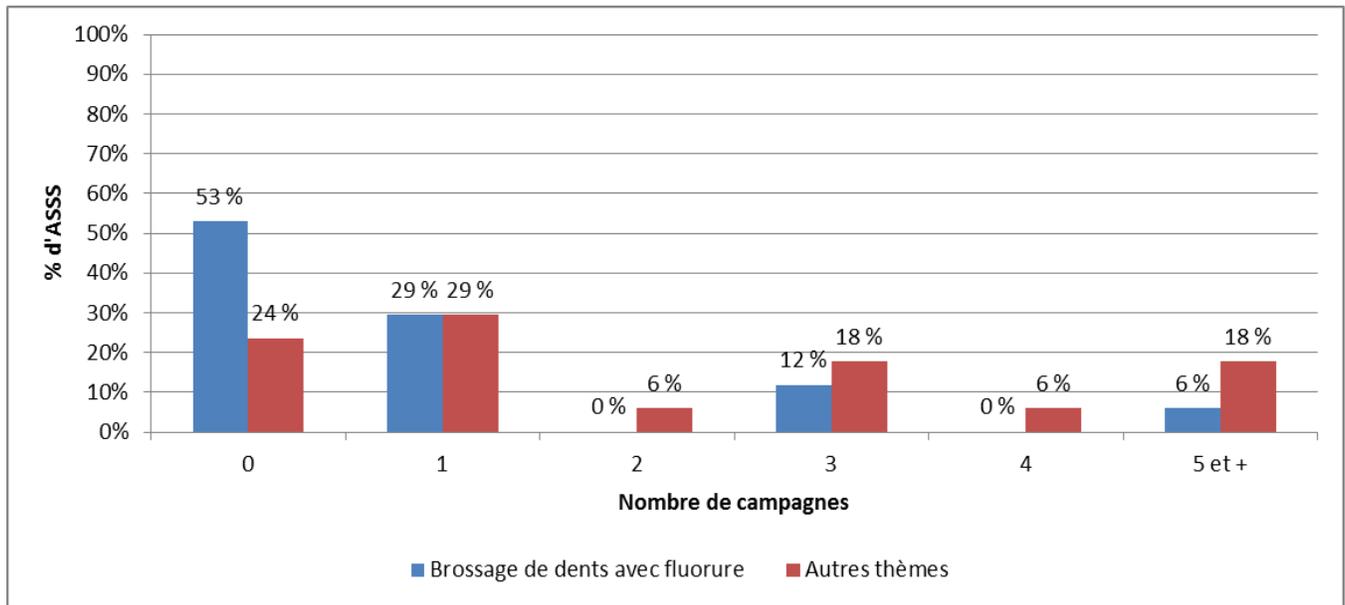
#### Contexte

Des campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie étaient aussi proposées dans le PASDP. Elles devaient être intégrées aux campagnes nationales de communication. Le thème du brossage des dents avec un dentifrice au fluorure était priorisé, mais d'autres sujets qui avaient trait à la nutrition, aux habitudes de vie et à la santé buccodentaire étaient aussi proposés. Tous les groupes d'âge étaient visés par cette démarche de communication.

### Données

La figure 34 montre que 47 % des ASSS ont réalisé au moins une campagne de communication sur le brossage des dents avec un dentifrice au fluorure et que 77 % ont réalisé au moins une campagne d'information sur tout autre thème au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation. Par ailleurs, on observe aussi que 18 % des ASSS ont effectué plus de cinq campagnes sur d'autres thèmes et que 6 % des ASSS ont effectué plus de cinq campagnes sur le brossage des dents avec fluorure.

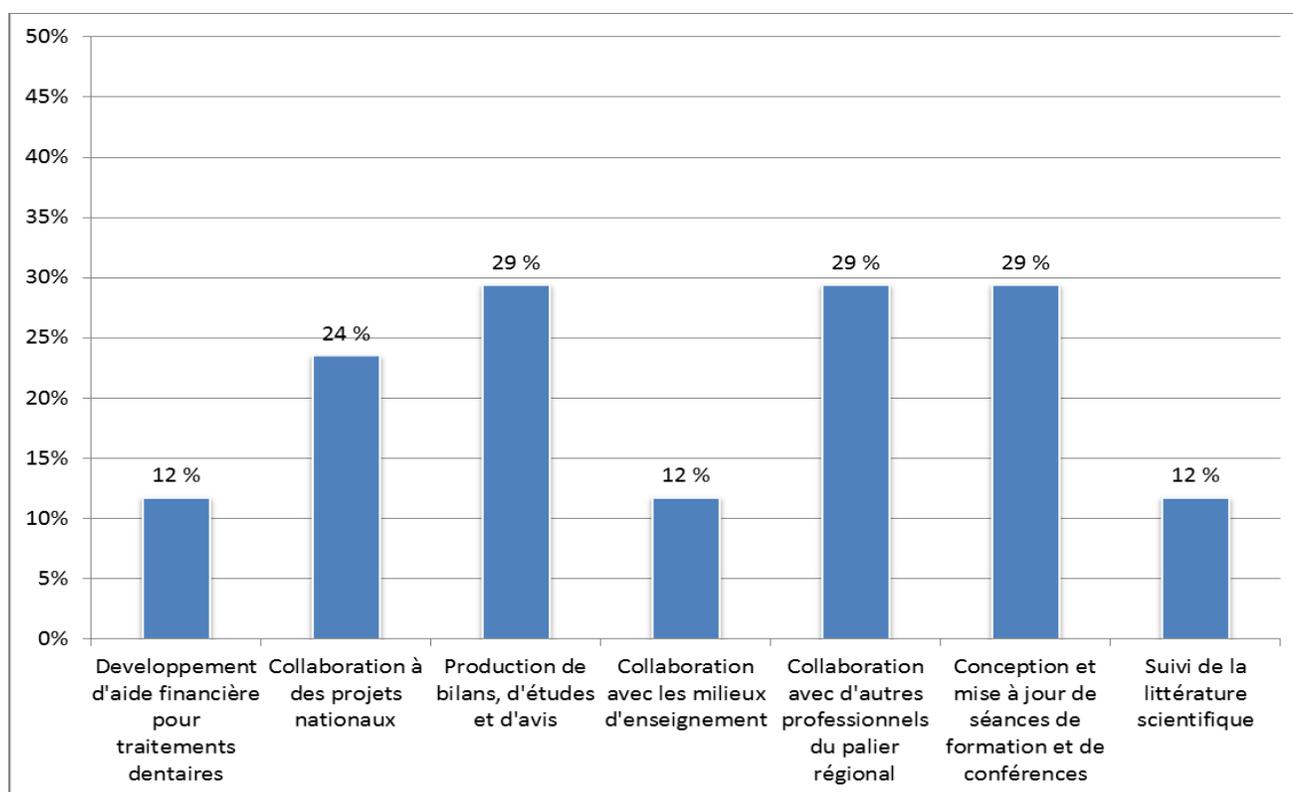
**Figure 34 : Répartition des ASSS selon le nombre de campagnes de communication effectuées sur différents thèmes au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation**



### 2.4.3.5 Activités non prévues au Plan d'action de santé dentaire publique

La figure 35 fait état des activités réalisées par les ASSS qui n'étaient pas prévues au PASDP au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation. Ces activités ont été mentionnées par les répondants sans choix de réponse, donc dans le cadre d'une question ouverte. Selon les résultats obtenus, près du tiers des ASSS ont produit des bilans, des études ou des avis, ont collaboré avec d'autres professionnels du palier régional et ont conçu et mis à jour des séances de formation et des conférences. Près du quart des ASSS ont mentionné avoir collaboré à des projets nationaux. Enfin, 12 % des ASSS ont réalisé des actions en vue de promouvoir l'aide financière pour les traitements dentaires, ont collaboré avec les milieux d'enseignement et, finalement, ont assuré un suivi de la littérature scientifique.

**Figure 35 : Pourcentage d'ASSS qui ont réalisé certaines activités non prévues au PASDP au cours des trois années qui ont précédé l'administration du questionnaire d'évaluation**



## 2.5 Discussion

Les résultats obtenus par cette démarche structurée d'évaluation de l'implantation du PASDP sont une grande source d'information qui sauront alimenter les professionnels, les gestionnaires et les décideurs à l'égard des mesures à prendre pour poursuivre la mission de la santé dentaire publique. Ces résultats favoriseront aussi l'efficience et la pérennité des actions de santé dentaire publique. Parmi les résultats obtenus, le niveau d'implantation des activités, leur diversité et leur conformité au PASDP selon les paliers régional et local sont maintenant mieux documentés de même que les enjeux qui entraînent les choix régionaux et locaux vis-à-vis du déroulement des activités.

### **2.5.1 Précautions à prendre dans l'analyse et l'interprétation des résultats**

Rappelons que 92 % des CSSS et 94 % des ASSS ont rempli le questionnaire d'évaluation proposé. Cette forte participation permet d'appuyer nos analyses et nos réflexions sur des données représentatives et exprimées par la quasi-totalité des établissements locaux et régionaux visés par cette démarche.

Rappelons aussi que plusieurs mesures ont été prises afin de gagner la confiance des répondants et d'assurer la validité des données. À cet effet, mentionnons que le temps pour répondre aux questionnaires a été prolongé à deux reprises pour ne pas pénaliser certains établissements en manque de ressources humaines, que les participants ont été avisés que les données seraient traitées confidentiellement et publiées sous la forme d'un rapport national et, enfin, que les questionnaires avaient fait l'objet de deux prétests.

Malgré toutes ces précautions, il est possible que des biais puissent avoir influencé la qualité de certains résultats recueillis.

À titre d'exemple, mentionnons la possible présence d'un biais de désirabilité sociale. En effet, la fréquence de certaines interventions a pu être surestimée par certains répondants dans le but de vouloir paraître efficace aux yeux du MSSS et des autres répondants. Néanmoins, les questionnaires proposaient aux répondants une interprétation souple des différentes activités du PASDP et permettaient d'insérer des commentaires pour expliquer les réponses données, ce qui peut avoir limité l'effet de ce biais.

Un biais de mémorisation peut aussi avoir influencé les résultats, étant donné que plusieurs questions faisaient référence aux activités accomplies au cours des trois dernières années.

Mentionnons aussi le fait que les personnes qui analysent les résultats peuvent avoir été sujettes à un biais d'information en lien avec l'objectivité de l'analyse et de l'interprétation des résultats. De façon inconsciente ou encore en raison de certaines attentes, il est possible que le codage qualitatif ait été influencé. De même, lors de la présentation des résultats, il se peut que l'accent ait été mis sur certains résultats au détriment d'autres. Par contre, la présence d'une personne étrangère au domaine de la santé buccodentaire lors de l'analyse et de l'interprétation a assuré une plus grande objectivité.

Enfin, des erreurs ont aussi pu se produire lors de la compilation des données. Néanmoins, l'équipe d'évaluation a fait appel à une technicienne expérimentée dans le traitement de données pour mettre en forme la base de données en vue de réduire les risques d'erreurs.

### **2.5.2 Interprétation des données**

#### **2.5.2.1 Ressources humaines**

Le réseau de santé dentaire publique comptait, au moment de réaliser cette évaluation, environ 280 postes d'hygiénistes dentaires en CSSS dont la quasi-totalité étaient permanents et, dans 64 % des cas, c'étaient des postes à plus de 30 heures par semaine.

Pour les CSSS qui n'engagent qu'un seul hygiéniste dentaire, l'organisation du travail est plus complexe et difficile. Par exemple, en ce qui concerne l'application de scellant dentaire, qui est réalisée à deux hygiénistes dentaires, une entente de collaboration avec un autre établissement doit être prévue. Les hygiénistes dentaires étaient aussi plus isolés sur le plan professionnel, d'où l'importance que le dentiste-conseil leur accorde plus de soutien et d'aide.

Aussi, le manque d'hygiénistes dentaires, décrié par plusieurs CSSS et ASSS, a semblé influencer directement la capacité des établissements à mettre en œuvre le PASDP comme prévu. On souligne l'existence d'un lien direct entre la proportion d'hygiénistes dentaires par rapport à la population et le nombre d'activités et d'interventions ainsi que la façon dont elles ont été implantées.

### ***2.5.2.2 Contexte organisationnel***

À la lumière des résultats obtenus, on observe que les éléments du contexte organisationnel qui influencent l'implantation du PASDP étaient très variables d'une région à l'autre. Bien qu'il soit difficile de cerner un élément en particulier, certaines régions étaient plus touchées par le manque de locaux adéquats ou par le temps lié aux déplacements, alors que pour d'autres, c'est la qualité de la collaboration avec d'autres professionnels qui a été en cause.

Les éléments qui ont le plus influencé favorablement ou défavorablement l'implantation du PASDP ont été les suivants : la collaboration, le soutien et l'entente entre les CSSS, les ASSS et le MSSS, la collaboration avec le milieu scolaire, la disponibilité des ressources financières, humaines et matérielles ainsi que l'organisation de séances de formation comme les JSDPQ.

Le partenariat entre les CSSS, les ASSS, les commissions scolaires, les écoles et les autres acteurs impliqués a semblé être la clé de l'implantation du PASDP partout au Québec, alors que des enjeux particuliers à chacune des régions, comme l'importance de la diversité culturelle à Montréal, ont demandé des approches adaptées aux besoins locaux et régionaux.

### ***2.5.2.3 Suivi dentaire préventif individualisé et application de scellant dentaire***

Les résultats obtenus ont démontré que le suivi dentaire préventif individualisé était bien implanté partout au Québec. Malgré certaines disparités régionales, ce service a été appliqué de façon uniforme et conformément aux directives du PASDP.

L'application de scellant dentaire à l'école primaire a été, pour sa part, une activité de prévention de la carie dentaire implantée, de façon variable, dans toutes les régions du Québec. En effet, seulement la moitié des CSSS ont mis cette mesure en œuvre dans plus de 80 % de leurs écoles primaires alors qu'à l'école secondaire, l'implantation était encore plus limitée. La quantité de ressources humaines pour chacun des territoires a semblé expliquer en partie ces différences ou encore les difficultés à réaliser cette activité dans les écoles secondaires pour certaines régions. Bien que certains établissements ont expliqué leurs difficultés à veiller à l'application de scellant dentaire selon les recommandations du PASDP par le manque de ressources, quelques CSSS ont néanmoins effectué des activités non prévues au plan d'action. Ces situations devraient mener à des interventions afin de revoir les priorités régionales pour assurer, en priorité, le déroulement des activités nationales telles qu'elles sont décrites dans le PNSP.

#### ***2.5.2.4 Activités auprès des enfants de 4 ans et moins***

Au moins 70 % des CSSS et 47 % des ASSS ont mentionné faire des activités auprès des enfants de 4 ans et moins au minimum une fois par année. Les milieux d'intervention les plus fréquents sont, à égalité, les prématernelles et les maternelles 4 ans ainsi que les cliniques de vaccination, suivis des programmes SIPPE.

La distribution de matériel promotionnel à la clientèle fut l'activité la plus fréquente. C'était celle qui demandait le moins de temps pour les intervenants; il n'est donc pas surprenant que ce soit l'activité qui a été la plus favorisée en raison du manque de ressources humaines décrié sur le terrain. Néanmoins, plusieurs intervenants ont aussi rencontré directement la clientèle ou encore les responsables des différents milieux.

La façon d'atteindre la clientèle des différents milieux était très variable d'un territoire à l'autre. Au-delà du manque de temps pour accomplir ces activités, il est possible que le PASDP n'ait pas été clairement compris par les intervenants étant donné la diversité des interventions accomplies. De plus, on peut se questionner à savoir si les actions des CSSS et des ASSS, à raison d'une fois par année au minimum et en privilégiant la distribution de matériel promotionnel, pouvait avoir un effet significatif sur la santé buccodentaire de la clientèle visée. Étant donné le manque de ressources et de temps exprimé par les CSSS et les ASSS, on peut se demander s'il n'aurait pas été plus avantageux d'investir ce temps dans des activités déjà en place et qui n'étaient pas encore complètement implantées, comme l'application de scellant dentaire.

#### ***2.5.2.5 Activités auprès des adultes de 18 ans et plus et campagnes de communication***

Seulement quelques régions sont intervenues auprès de la clientèle adulte. Les interventions les plus fréquentes étaient effectuées auprès des CHSLD alors que très peu d'actions ont été effectuées auprès des professionnels des cliniques médicales ou dentaires. Encore une fois, la façon d'atteindre la clientèle était peu harmonisée d'un territoire à l'autre. L'envoi de matériel promotionnel était l'activité la plus souvent privilégiée alors que la formation du personnel des cliniques médicales ou dentaires a été pratiquement inexistante.

Les campagnes de communication ont été assez rares, et ce, peu importe les sujets. Cette situation est difficile à expliquer étant donné que cette mesure était clairement précisée dans le PNSP et le PASDP. Par contre, on peut penser que le manque de financement et la difficulté à amener les autorités de santé publique à retenir la santé buccodentaire comme l'un des thèmes prioritaires des campagnes de communication peuvent avoir joué un rôle important dans le peu d'actions de communication réalisées à l'échelle nationale, régionale ou locale.

Parmi les rares campagnes qui ont été réalisées, il est surprenant de constater que peu d'entre elles ont porté sur la promotion du brossage des dents avec un dentifrice fluoré, alors que c'est l'une des mesures reconnues comme étant les plus efficaces pour prévenir la carie dentaire et que c'était l'un des thèmes priorisés par le PASDP.

#### ***2.5.2.6 Activités non prévues au Plan d'action de santé dentaire publique***

Plusieurs activités non prévues au PASDP ont été réalisées par les CSSS et les ASSS. Cette situation est surprenante et difficile à expliquer étant donné le manque de ressources et de temps exprimé par la majorité des CSSS et des ASSS pour réaliser les activités nationales déjà prévues au PNSP et au PASDP.

Par contre, il est important de souligner que plusieurs activités non prévues au PASDP réalisées par les CSSS et les ASSS étaient complémentaires au PASDP ou concernaient la collaboration avec des partenaires et le développement des connaissances. Bien que ces activités puissent sembler, dans certains cas, très intéressantes, il est possible qu'elles aient compromis ou nuï au déroulement d'activités plus efficaces et déjà prévues au PASDP. Par ailleurs, étant donné le volet innovateur et prometteur de certaines de ces activités, l'évaluation de leur efficacité et de leur potentiel pourrait s'avérer un atout dans un contexte de développement de nouvelles mesures à privilégier auprès de certaines clientèles comme les enfants de 4 ans et moins.

Il est aussi important de mentionner que les interventions de groupe en milieu scolaire au primaire étaient parmi les activités les plus mentionnées par les CSSS. Ce résultat est très surprenant et préoccupant étant donné que cette activité n'est plus recommandée et qu'elle avait été retirée des activités à réaliser par les hygiénistes dentaires. Cette activité n'était plus prévue au PASDP, car elle avait été démontrée moins efficace que d'autres types d'intervention, comme l'application d'agents de scellant dentaire. Néanmoins, plusieurs hygiénistes dentaires sont restés fidèles à cette intervention malgré les recommandations contraires provenant des établissements nationaux et régionaux. Cette situation soulève aussi des questions entourant l'efficacité des mécanismes de concertation et d'organisation des services qui avaient été mis en place pour assurer le bon déroulement du PASDP.

## 3 Compte rendu des ateliers du 13<sup>e</sup> rendez-vous des Journées de santé dentaire publique du Québec

---

### 3.1 Mise en contexte

Les Journées de santé dentaire publique du Québec (JSDPQ) sont un rassemblement bisannuel du réseau québécois de santé dentaire publique. Elles sont une occasion unique pour réunir tous les intervenants et tous les professionnels intéressés par l'amélioration de la santé buccodentaire de la population. Les JSDPQ permettent d'actualiser et d'approfondir les connaissances en matière de santé dentaire publique et de préciser les orientations nationales pour soutenir, notamment, les activités de santé buccodentaire publique.

En 2015, sous le thème « Sur la route d'un plan d'action révisé », le 13<sup>e</sup> rendez-vous des JSDPQ visait notamment l'atteinte des objectifs suivants :

- alimenter la réflexion et les échanges sur le PASDP;
- proposer des mesures pour optimiser l'application des activités de promotion de la santé buccodentaire et de prévention de la carie dentaire du PASDP.

Pour favoriser l'atteinte de ces objectifs, le comité organisateur des JSDPQ a proposé la tenue d'ateliers en vue de prendre le pouls des professionnels sur le terrain et de documenter ce qui fonctionnait bien et ce qui pouvait être amélioré. Lors des ateliers, les participants ont aussi eu l'occasion de proposer des mesures pour optimiser l'application des activités de prévention et de promotion de la santé buccodentaire du PASDP.

Quatre grands thèmes ont été explorés :

1. Le brossage des dents en service de garde et en milieu scolaire : collaboration et réalisation.
2. Les suivis dentaires préventifs en milieu scolaire : optimisation de l'organisation et performance.
3. L'application de scellant dentaire en milieu scolaire : qualité et efficience.
4. Les services dentaires préventifs en CHSLD : formation et défi d'intégration.

### 3.2 Méthodologie

Des animateurs professionnels ont été engagés en vue d'assurer l'objectivité de l'animation et du compte rendu des échanges. Ils ont été rencontrés individuellement au moins une fois avant l'événement, et des documents complets relatifs aux JSDPQ et au thème qui a été attribué à chaque animateur leur ont été fournis.

Chacun des quatre ateliers a été répété à quatre reprises pendant la journée du 11 juin 2015. Le temps imparti pour chaque atelier était de 90 minutes. Des canevas (annexe 5) étaient fournis aux participants pour leur permettre de faire une réflexion personnelle sur le thème, suivie d'une réflexion en sous-groupe d'environ dix personnes et ensuite en grand groupe. Les réflexions en groupe ont permis de déterminer les éléments qui font consensus. Les canevas anonymes individuels et collectifs, remplis par les participants, ont été récupérés à la fin de chaque atelier. Les participants étaient principalement des hygiénistes dentaires de santé publique, mais on y trouvait aussi des hygiénistes dentaires enseignants au cégep, des dentistes-conseils en santé publique, des gestionnaires, etc.

À la fin de la journée, les animateurs devaient préparer un résumé des commentaires et des interventions de leurs ateliers et présenter les résultats en plénière le lendemain. En plénière, le sommaire des ateliers était présenté et validé par les participants. Les résultats présentés dans la prochaine section proviennent des résumés effectués par les animateurs d'ateliers et des canevas de groupe des participants qui ont été récupérés lors des ateliers.

### **3.3 Résultats des ateliers**

#### **3.3.1 Les enjeux transversaux**

Certains enjeux ont été répétés dans tous les ateliers, peu importe la population cible et l'activité. En premier lieu, l'enjeu des ressources était bien présent. Selon les participants, le manque de ressources financières et professionnelles a influencé l'implantation de toutes les activités. Le nombre d'hygiénistes dentaires en santé publique était, dans la plupart des territoires, considéré comme insuffisant.

La création d'outils de communication à l'échelle nationale était considérée comme importante et essentielle au déroulement des activités discutées dans les quatre ateliers.

L'autonomie professionnelle des hygiénistes dentaires a été mentionnée comme facteur important pour améliorer l'efficacité des interventions, particulièrement ce qui touche l'activité d'application de scellant dentaire et des soins buccodentaires en CHSLD.

La collaboration des dentistes-conseils régionaux et des gestionnaires locaux a aussi été notée comme étant très importante ou indispensable à l'implantation des différentes activités discutées dans chacun des ateliers. La collaboration des autres professionnels tels que les enseignants et les gestionnaires scolaires, les éducateurs en service de garde et le personnel soignant des CHSLD a également été mentionnée comme facteur essentiel au déroulement des activités. De même, la présence, la collaboration et la capacité d'adaptation des hygiénistes dentaires ont été soulignées comme étant des facteurs essentiels à la mise en œuvre des activités du PASDP.

Selon les participants, le fait que certaines interventions n'aient pas de code I-CLSC dédié rend leur implantation plus difficile à justifier auprès des gestionnaires. De même, ils ont souligné le fait que les unités de mesure du manuel de gestion financière pouvaient mal évaluer le niveau de performance des hygiénistes dentaires et des établissements concernés étant donné qu'ils ne tenaient pas compte des différences entre l'application de scellant dentaire et le suivi dentaire préventif. Cette situation aurait eu pour effet de sous-estimer la performance des CSSS misant davantage sur l'application de scellant dentaire, puisque cette dernière nécessite la présence de deux hygiénistes dentaires alors qu'un seul hygiéniste dentaire est nécessaire pour assurer le suivi dentaire préventif individualisé.

Enfin, le manque d'uniformité dans l'application du PASDP a été mentionné dans tous les ateliers. Le désir d'harmonisation du nombre de ressources humaines et des activités implantées a été mentionné.

### 3.3.2 Brossage des dents en service de garde et milieu scolaire : collaboration et réalisation

#### 3.3.2.1 Conditions actuelles

En lien avec les conditions actuelles, les participants ont exprimé les commentaires suivants :

- Il est plus facile pour les éducateurs d'implanter le brossage des dents en service de garde et en milieu scolaire lorsque le nombre d'enfants par groupe est petit et adapté à la configuration et au nombre de lavabos disponibles.
- Le formulaire de consentement actuellement disponible est alarmant pour les parents et les éducateurs, ce qui rend l'implantation du brossage des dents plus difficile. Le même constat s'applique aux indications pour la désinfection. D'ailleurs, au dire de certains participants, des documents se prononçant contre l'activité de brossage en raison des risques de contamination circuleraient auprès des intervenants scolaires et des services de garde.
- Le brossage des dents n'étant pas une activité obligatoire, les intervenants mentionnent souvent le manque de temps pour réaliser cette activité. De plus, un manque de volonté est aussi observé. Maintenir la collaboration des intervenants a également été soulignée comme étant une tâche difficile à réaliser. Les éducateurs pensent souvent que faire le brossage en service de garde ou en milieu scolaire déresponsabilise les parents.

#### 3.3.2.2 Solutions

Les commentaires ou les solutions proposées par les participants pour soutenir le brossage des dents en service de garde et en milieu scolaire sont :

- l'accès à des outils standardisés serait un atout et rendrait le déroulement de cette activité plus facile. À cet effet, un programme clé en main pourrait être mis sur pied : protocole, matériel nécessaire gratuit ou à bas prix (porte-brosses à dents, brosses faciles à identifier, dentifrice, etc.), outils de communication destinés aux éducateurs et aux parents, etc. De même, des outils de communication complémentaires pourraient être conçus : des vidéos, des feuillets d'information, des pages Facebook, des listes de produits recommandés, des affiches ou encore des présentations PowerPoint à l'intention des éducateurs;
- des séances d'information pourraient être organisées dans les conseils d'administration, les conseils d'établissement et dans les programmes de techniques d'éducation à l'enfance;
- des activités pour les enfants pourraient être planifiées, comme des tirages lors de la première journée d'implantation du brossage, des comptines ou le jumelage avec un enfant plus âgé;
- la collaboration des parents pourrait être demandée, par exemple pour l'achat des brosses à dents et de dentifrice;
- le brossage des dents en service de garde pourrait devenir obligatoire au moyen d'ententes avec le ministère de la Famille.

### 3.3.3 Suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire : optimisation de l'organisation et performance

#### 3.3.3.1 Conditions actuelles

En lien avec les conditions actuelles, les participants ont exprimé les commentaires suivants :

- Le suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire est une activité du PASDP bien implantée et connue. Il permet un contact privilégié et agréable avec les enfants, il est facile d'exécution et avantageux pour les enfants de familles vulnérables, et il procure un sentiment de satisfaction aux hygiénistes dentaires.
- Les hygiénistes dentaires apprécient l'autonomie de gestion de leur horaire de travail, ce qui leur permet d'être plus efficaces.
- L'utilisation de vernis fluoré est appréciée et les hygiénistes dentaires ont confiance en son efficacité.
- Des questionnements persistent à l'égard de l'efficacité du suivi dentaire préventif et du critère provincial utilisé pour sélectionner les enfants ainsi que l'âge des enfants visés.
- L'accès en milieu scolaire à des locaux adaptés et propres est souvent difficile, ce qui rend parfois les services impossibles à assurer.
- Des problèmes ont été mentionnés quant au transport de l'équipement et à l'ergonomie.
- Le contact avec les parents est considéré comme très important, mais il n'est pas toujours facile. Le taux de consentement aux traitements est, en général, très bon et la crédibilité de l'hygiéniste dentaire en lien avec les signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) est excellente.
- Des lacunes dans les ententes de collaboration entre le MSSS et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) ont été mentionnées.

#### 3.3.3.2 Solutions

Les commentaires ou les solutions proposées par les participants pour soutenir le suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire sont :

- de prolonger le programme de suivi dentaire préventif jusqu'en troisième année et de rencontrer les parents des enfants à risque élevé de carie dentaire;
- de revoir la fréquence d'application du vernis fluoré (traitement-choc ou traitement deux fois par année);
- de revoir le critère provincial de sélection des enfants de la maternelle et d'instaurer un critère de réussite des enfants suivis et l'inclusion d'emblée des enfants du programme SIPPE;
- d'utiliser un ordinateur portable dans les écoles ainsi qu'une lampe frontale (et ne pas utiliser de succion pour limiter le poids et l'espace de l'équipement portatif) ;
- de faire les applications de vernis en même temps qu'une autre activité dans l'école pour limiter les déplacements et l'utilisation des locaux;
- de travailler à deux hygiénistes dentaires en même temps pour limiter le temps d'utilisation des locaux ou encore de voir les enfants en petits groupes de deux ou trois afin d'améliorer l'efficacité de l'activité;
- d'utiliser une clinique dentaire mobile afin de pallier le problème de disponibilité des locaux;
- de communiquer avec les parents et le personnel des écoles à l'aide de capsules vidéo, de pages Facebook et de courriels;
- d'établir un protocole clair en cas de besoins évidents de traitement (BET) non traités;

- de clarifier les ententes prises avec le MEES et d’y inclure un local dédié partiellement à l’hygiène dentaire dans chaque école avec un souci en lien avec la santé buccodentaire lors de l’élaboration des politiques alimentaires. Les ententes prises entre les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les commissions scolaires sont considérées comme efficaces.

### 3.3.4 Application de scellant dentaire en milieu scolaire : qualité et efficience

#### 3.3.4.1 Conditions actuelles

En lien avec les conditions actuelles, les participants ont exprimé les commentaires suivants :

- Les hygiénistes dentaires apprécient la reconnaissance qui leur est attribuée par le milieu scolaire en lien avec l’application de scellant dentaire.
- L’effet de l’application de scellant dentaire est concret et rapidement visible.
- Le travail en équipe est estimé important ainsi que la formation reçue au départ et la formation continue.
- La souplesse d’application du programme est appréciée ainsi que le libre choix des matériaux utilisés.
- L’accès à des locaux propres et de bonne dimension est difficile.
- L’équipement portatif utilisé n’est pas toujours ergonomique et des bris se produisent souvent.
- Le transport de l’équipement peut être problématique et les processus de stérilisation des instruments causent parfois des délais.
- La quantité de procédures administratives liées à l’application de scellant dentaire est décriée.
- La collaboration avec les cliniques dentaires privées est souvent difficile.

#### 3.3.4.2 Solutions

Les commentaires ou les solutions proposées par les participants pour soutenir l’application de scellant dentaire en milieu scolaire sont :

- de prévoir des activités de communication auprès des parents, des ordres professionnels, des professionnels dentaires du secteur privé et du personnel du milieu scolaire;
- de porter une attention particulière à la formation du nouveau personnel et à la formation continue;
- de faire l’application de scellant dentaire pendant les heures du service de garde, en été et au cours des journées pédagogiques pour atteindre plus d’enfants et maximiser l’efficience de la mesure;
- de créer, dans les territoires où un seul hygiéniste dentaire est en poste, des équipes volantes pour assurer le déroulement de l’activité dans l’ensemble du territoire;
- de prévoir une plus grande quantité d’instruments en raison des délais de stérilisation et des équipements supplémentaires en cas de bris. L’utilisation de matériel jetable, de cliniques dentaires mobiles et de stérilisateurs portatifs est proposée;
- de prévoir un budget pour l’entretien des équipements et son remplacement éventuel;
- de clarifier les ententes prises avec le MEES et d’y inclure un local dédié partiellement à l’hygiène dentaire dans chaque école et avec un souci en lien avec la santé buccodentaire lors de l’élaboration des politiques alimentaires. Les ententes prises entre les CISSS/CIUSSS et les commissions scolaires sont considérées comme efficaces.

### 3.3.5 Services dentaires préventifs en centre d'hébergement et de soins de longue durée : formation et défi d'intégration

#### 3.3.5.1 Conditions actuelles

En lien avec les conditions actuelles, les participants ont exprimé les commentaires suivants :

- Plusieurs enjeux sont présents tels que le vieillissement de la population, le peu de services buccodentaires en CHSLD, l'effet important sur la santé de l'absence de soins buccodentaires, les limites physiques, comportementales et financières de la population cible, la formation insuffisante des soignants, le roulement de personnel en CHSLD ainsi que les ressources humaines et financières insuffisantes.
- Les intervenants de santé dentaire publique sont en général ouverts à s'investir dans des activités auprès des CHSLD.
- La présence d'équipements portatifs dans les établissements est un facteur qui facilite la mise en place de services dentaires.
- La population et les gestionnaires de CHSLD sont de plus en plus sensibilisés et les demandes pour obtenir des services buccodentaires sont en croissance.
- Le personnel soignant est intéressé à participer à l'offre de service buccodentaire, mais il a besoin de plus de temps et de formation. Néanmoins, quelques soignants ont une perception négative des soins buccodentaires à donner, par manque d'habitude et de temps et en raison de la lourdeur de la clientèle.
- L'accès aux soins est limité par plusieurs dont le plus important est le coût des services buccodentaires.

#### 3.3.5.2 Solutions

Les commentaires ou les solutions proposées par les participants pour soutenir les services buccodentaires en CHSLD sont :

- d'offrir des séances de formation nationales adaptées aux besoins particuliers du personnel soignant (en poste ou en formation) ainsi que pour les professionnels de la santé buccodentaire. Une formation en gérodonologie pour les dentistes et les hygiénistes dentaires serait un atout;
- de concevoir des outils de communication nationaux adaptés à la population générale, au personnel soignant, aux gestionnaires et aux proches aidants pour les sensibiliser et les informer sur l'importance et les bienfaits d'une bonne santé buccodentaire;
- d'inclure les soins buccodentaires aux aînés dans les futurs plans d'action et de prévoir un financement adéquat pour offrir les services;
- de ne pas limiter les services aux personnes âgées hébergées, mais de les inclure aussi à la clientèle qui reçoit des soins à domicile;
- d'implanter des services en CHSLD, lesquels seraient intégrés dans un cadre réglementaire ou dans de nouvelles normes d'agrément;
- de prévoir la gratuité et la couverture des services buccodentaires des aînés par l'entremise de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

## **4 Consultation sommaire effectuée en 2012 auprès des centres de santé et de services sociaux sur les tâches des hygiénistes dentaires en santé publique au Québec**

---

### **4.1 Mise en contexte**

Cette consultation a été réalisée dans le cadre d'un mandat ministériel qui visait à élaborer un cadre de référence sur les tâches et les responsabilités des hygiénistes dentaires en santé publique au Québec. Ce cadre de référence n'est pas actuellement bâti, mais il demeure un objectif ministériel.

Cette section reprend les principales données recueillies dans le cadre de la démarche réalisée en 2012 par monsieur André Lavallée. Il est important de noter que les données présentées ici ne reflètent pas un profil national, mais elles sont plutôt représentatives de la situation des CSSS qui ont répondu aux questions qui leur avaient été adressées dans le cadre de cette consultation. Cette démarche visait à documenter le travail réalisé par les hygiénistes dentaires en santé publique.

Cette section présente le déroulement des différentes activités du PASDP en 2012 au sein des CSSS du Québec. Les données ont été collectées à l'aide d'un sondage envoyé dans tous les CSSS du Québec, par courriel.

Les résultats suivants décrivent les différentes activités réalisées sur le terrain et leur efficacité. Même si les données ont été amassées en 2012, il est important de partager ces résultats, compte tenu de leur complémentarité avec ceux de l'évaluation d'implantation de 2015 et de la participation du réseau à ces travaux.

### **4.2 Résultats de la consultation de 2012**

#### **4.2.1 Participation**

La participation à ce sondage était volontaire. Des 98 CSSS du Québec, 68 ont retourné un questionnaire rempli, pour un taux de participation de 69 %. Ces questionnaires ont été répondus par un ou plusieurs hygiénistes dentaires dans chaque CSSS.

#### **4.2.2 Ressources humaines**

Selon les résultats du sondage, 82 % des CSSS avaient, en 2011-2012, plus d'un poste d'hygiéniste dentaire. Ainsi, 18 % des CSSS n'avaient qu'un seul hygiéniste dentaire en poste. Cette situation a eu pour ces CSSS un effet direct dans leur capacité à livrer les services prévus dans le PASDP. À titre d'exemple, comme l'application de scellant dentaire en milieu scolaire est réalisée par deux hygiénistes dentaires, on comprend que cette activité devient difficile à appliquer pour les CSSS qui n'ont qu'une personne en poste.

Pour pallier les difficultés liées au manque de ressources humaines, voici les différentes mesures qui ont été déterminées par les CSSS consultés pour faciliter la mise en œuvre des activités du PASDP :

- favoriser l'échange de temps en hygiène dentaire entre les CSSS;
- financer l'ajout d'un poste d'hygiéniste dentaire ou d'assistant dentaire contractuel ou temporaire par le CSSS;
- financer l'ajout d'un poste d'hygiéniste dentaire par l'ASSS (ex. : équipe volante).

#### 4.2.3 Suivis dentaires préventifs et application de scellant dentaire

**Tableau 1 : Caractéristiques des activités de suivi dentaire préventif individualisé et d'application de scellant dentaire en milieu scolaire pour l'année 2011-2012**

|  |  |
|--|--|
| <b>Activité de dépistage de la carie dentaire à la maternelle :</b>  |  |
| Nombre moyen d'enfants de la maternelle dépistés par année par hygiéniste dentaire   | 218 enfants  |
| Nombre moyen de classes visitées par jour par hygiéniste dentaire  | 2 à 3 classes  |
| Pourcentage moyen d'enfants vulnérables à la carie   | 22 %   |
| <b>Activité de dépistage en vue d'une application de scellant dentaire à l'école :</b>   |  |
| Pourcentage moyen de CSSS qui ont mis en œuvre l'activité au primaire  | 85 %   |
| Pourcentage moyen de CSSS qui ont mis en œuvre l'activité au secondaire  | 13 %   |
| Pourcentage moyen de CSSS selon le nombre de classes visitées par jour par hygiéniste dentaire   | 1 classe = 18 %<br>2-3 classes = 65 %<br>4-5 classes = 17 %        |
| <b>Suivi dentaire préventif individualisé :</b>  |  |
| Nombre moyen d'enfants suivis par année par hygiéniste dentaire  | 170 enfants  |
| Pourcentage moyen de CSSS selon le nombre d'enfants suivis par jour par hygiéniste dentaire  | 6-7 enfants = 50 %<br>8-9 enfants = 23 %<br>10 à 12 enfants = 25 % |
| Durée moyenne des séances  | 15-30 minutes  |
| Pourcentage moyen de CSSS selon le type de fluorure utilisé  | Vernis = 80 %<br>Gel = 12 %<br>Mousse = 6 %                        |
| <b>Application de scellant dentaire :</b>  |  |
| Nombre moyen d'enfants traités par année par hygiéniste dentaire   | 58 enfants   |
| Pourcentage moyen de CSSS selon le nombre d'enfants traités par jour par hygiéniste dentaire   | 4-5 enfants = 51 %<br>6-10 enfants = 49 %                          |
| Pourcentage moyen de CSSS selon la durée des séances (4 dents)   | Moins de 45 minutes = 50 %<br>50-60 minutes = 43 %                 |
| Pourcentage moyen de CSSS selon le nombre d'enfants traités par jour par hygiéniste dentaire en suivi dentaire préventif individualisé combiné avec l'application de scellant dentaire | 4-5 enfants = 69 %<br>6-9 enfants = 32 %                           |

**Écarts par rapport aux règles d'application de scellant dentaire et de suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire :**

Les CSSS ont rapporté, dans une proportion de 55 %, avoir modifié ou ajouté des critères d'inclusion au programme pour les suivis dentaires préventifs individualisés ou pour l'application de scellant dentaire à l'école.

**Tableau 2 : Écarts par rapport aux règles d'application de scellant dentaire et de suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire**

| Activité   | Variation  |
|--|--|
| <b>Écarts par rapport au critère provincial utilisé lors des activités de dépistage de la carie dentaire à la maternelle</b> | 36 % des hygiénistes dentaires incorporaient d'emblée les enfants du programme SIPPE et des prématernelles lors de leur entrée à la maternelle |
|  | 14 % des hygiénistes dentaires incorporaient des enfants des prématernelles en utilisant le critère provincial                                 |
|  | 14 % des hygiénistes dentaires incorporaient d'emblée les nouveaux arrivants   |
|  | 7 % des hygiénistes dentaires incorporaient des enfants en fonction de leur jugement clinique  |
| <b>Écarts par rapport aux suivis dentaires préventifs à l'école</b>  | 53 % des hygiénistes dentaires poursuivaient les suivis jusqu'en troisième année   |
|  | 22 % des hygiénistes dentaires poursuivaient les suivis jusqu'en quatrième, cinquième ou sixième année   |
| <b>Écarts par rapport aux applications de scellant dentaire à l'école</b>  | 14 % des CSSS qui ont implanté l'activité ciblaient uniquement les enfants en suivi dentaire préventif individualisé                           |

**Efficiences des interventions prioritaires :**

Afin d'améliorer l'efficacité de leurs interventions, certains CSSS ont mis au point des façons de faire adaptées à leurs besoins. Selon les résultats du sondage, ces principales façons de faire étaient :

- de travailler avec un équipement réduit pour les suivis dentaires préventifs individualisés (sans chaise patient et sans compresseur);
- de préparer tout le matériel nécessaire pour chaque enfant avant que la journée d'école ne commence;
- de rencontrer les enfants en petits groupes de deux ou trois pour les suivis dentaires préventifs individualisés;
- de travailler à deux hygiénistes dentaires pour les suivis dentaires préventifs ou à quatre pour l'application de scellant dentaire en vue de minimiser le temps dans les locaux de l'école;
- de favoriser l'application intensive de vernis fluoré sur une courte période de temps (trois applications en environ une semaine);
- de remettre à l'enfant un DVD qui présente l'hygiéniste dentaire de l'école, la technique de brossage, l'équipement, des conseils et les attentes;
- de favoriser l'intégration des parents par des rencontres lors d'un passage à l'école ou les joindre par téléphone;

- d'appliquer des critères de réussite pour les suivis dentaires préventifs individualisés;
- d'appliquer les principes d'entretien motivationnel;
- de soutenir la formation continue des hygiénistes dentaires;
- de mettre en place les équipements nécessaires pour assurer un travail ergonomique;
- d'encourager et soutenir la réalisation des dépistages du besoin de scellant par les hygiénistes dentaires;
- de poursuivre les activités lors de la récréation ou au service de garde avant et après la journée d'école ou encore pendant l'été;
- de visiter, aux deux ans, les petites écoles et celles avec un faible indice de défavorisation matériel et social;
- d'intégrer au suivi dentaire préventif individualisé l'application de scellant dentaire;
- d'établir un partenariat collaboratif avec les cliniques dentaires du secteur privé;
- de soutenir l'utilisation d'une équipe volante régionale pour les applications de scellant dentaire;
- d'assurer la disponibilité des équipements nécessaires pour l'application de scellant dentaire;
- d'augmenter le nombre d'applications de fluorures au détriment de l'éducation lors des suivis dentaires préventifs individualisés;
- d'utiliser une clinique dentaire mobile;
- de recourir aux services des stagiaires des cégeps ou de bénévoles.

#### **4.2.4 Autres activités du Plan d'action de santé dentaire publique et activités non prévues au Plan d'action de santé dentaire publique**

La grande majorité des CSSS n'a pas limité les activités au suivi dentaire préventif individualisé ou à l'application de scellant dentaire. En effet, selon les résultats de ce sondage, 95 % des CSSS sont aussi intervenus auprès de la clientèle des 0-5 ans. Par contre, plusieurs CSSS ont aussi réalisé des activités qui n'étaient pas prévues au PASDP.

Voici la liste des milieux d'intervention et des activités non prévues au PASDP les plus fréquemment citées dans le sondage par les CSSS :

- Milieux d'intervention :
  - Milieux de garde
  - SIPPE
  - Prématernelles et maternelles 4 ans
  - Cliniques de vaccination
  - Ateliers de stimulation
  - Organismes communautaires
  - Cliniques de dépistage 3 ans
  - Centres d'hébergement de soins de longue durée
- Activités non prévues au PASDP :
  - Suivi dentaire préventif entre la troisième et la sixième année
  - Éducation de groupe en milieu scolaire
  - Dépistage et éducation chez les groupes d'accueil multiethniques
  - Application de scellant dentaire chez les enfants de la troisième à la sixième année

#### 4.2.5 Les tâches administratives

On rapporte que beaucoup de temps a été accordé aux déplacements en raison des fusions d'établissements qui ont eu lieu au cours des dernières années. De plus, on mentionne que le temps passé pour la compilation informatisée de données et pour la planification des horaires dans les écoles était considérable.

Pour pallier cette situation, plusieurs intervenants ont mis en place des mesures ou des actions pour minimiser l'incidence des tâches administratives sur leur temps d'intervention. Ces mesures ou actions sont :

- l'utilisation du courriel pour les correspondances avec le milieu scolaire;
- l'utilisation de l'informatique (dans les écoles ou au bureau) pour la compilation des données, les listes d'élèves, etc.;
- le recours aux services d'un agent d'administration;
- la limitation de la participation aux rencontres administratives;
- l'obtention des listes d'élèves directement des commissions scolaires et utilisation de leur service de courrier;
- la contribution des stagiaires aux tâches administratives;
- la collaboration avec les autres intervenants en milieu scolaire pour limiter les déplacements;
- la compilation et saisie des données limitées à une fois par période financière.

#### 4.2.6 La période estivale

Selon les résultats du sondage, la période estivale est consacrée principalement aux vacances et à la planification administrative de l'année scolaire à venir. Voici une liste non exhaustive des tâches qui ont été mentionnées :

- réorganisation des dossiers;
- réalisation du bilan statistique de l'année;
- vérification, entretien et réparation des équipements dentaires;
- réalisation de l'inventaire et des commandes de matériel dentaire;
- reprise de temps investi pendant l'année scolaire;
- prise de vacances ou de journées sans solde;
- suivi de familles dans le cadre du programme SIPPE (au CLSC ou à domicile);
- organisation de rencontres de groupe chez les enfants d'âge préscolaire ou scolaire dans différents milieux (services de garde, cliniques de vaccination, camps de jour);
- application de scellant dentaire pour les enfants de certaines écoles;
- organisation d'activités auprès des CHSLD.

#### **4.2.7 Les limites à l'implantation du Plan d'action de santé dentaire publique**

Selon les répondants au sondage, quelques éléments limitent l'implantation adéquate du PASDP. Voici les principaux facteurs qui ont été nommés :

- manque d'effectifs en hygiène dentaire;
- manque de temps pour les interventions en amont (périnatalité et petite enfance);
- problème de disponibilité des locaux;
- présence de barrières culturelles dans certains secteurs;
- manque d'harmonisation entre les régions;
- temps de déplacement important dans certains secteurs.

## 5 Réflexion et conclusion

---

Les trois démarches présentées dans ce document alimentent la réflexion et les échanges au sujet de l'implantation du PASDP 2005-2015 et facilitent le partage de pratiques et d'expériences pour optimiser le déroulement des activités de promotion et de prévention en santé dentaire publique au Québec.

Sur le plan méthodologique, elles permettent une triangulation des données recueillies, ce qui améliore, par le fait même, la validité des résultats obtenus. Les données amassées au moyen des questionnaires de l'évaluation du niveau d'implantation peuvent être comparées aux résultats des deux autres démarches, ce qui permet ainsi une meilleure vue d'ensemble.

Le suivi dentaire préventif individualisé et l'application de scellant dentaire à l'école primaire ont été, parmi les activités du plan d'action, les mieux implantés dans l'ensemble du territoire québécois. Cependant, des écarts dans l'application de ces mesures ont été observés entre les CSSS et plusieurs activités non prévues au PASDP ont aussi été réalisées par ces derniers et par les ASSS. Bien que ces modifications puissent répondre à des besoins régionaux ou locaux, on peut, dans certains cas, mettre en doute leur légitimité et leur incidence sur le déroulement des activités prévues au PASDP.

Pour favoriser une plus grande harmonisation entre les régions dans l'application des activités de santé buccodentaire promues par le palier national, différentes actions pourraient être envisagées pour clarifier et préciser les activités à réaliser. L'émission d'orientations nationales claires serait un atout pour aider les régions à établir les services et les clientèles à desservir en priorité dans un contexte où les ressources humaines et financières sont limitées. De plus, l'implantation de ces activités devrait être mesurée périodiquement dans une approche de reddition de comptes.

Les activités de communication et les actions de collaboration entre les différents partenaires ont été établies comme étant parmi les facteurs les plus importants pour favoriser l'implantation uniforme du PASDP. À cet égard, les alliances nationales et régionales avec les différents partenaires impliqués (milieu scolaire, dentistes et hygiénistes dentaires des cliniques privées, Ordre des dentistes du Québec, Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, services de garde éducatifs, MEES, etc.) pourraient être renforcées. De même, les JSDPQ ont été définies comme une activité de concertation réseau et de formation professionnelle essentielle et à maintenir.

La mise en œuvre des activités de santé buccodentaire du PNSP 2015-2025 et des PATT qui en découlent devrait s'inspirer des résultats de cette démarche évaluative pour assurer l'efficacité et le déroulement uniforme des activités nationales à réaliser en priorité et, le cas échéant, les actions régionales complémentaires.

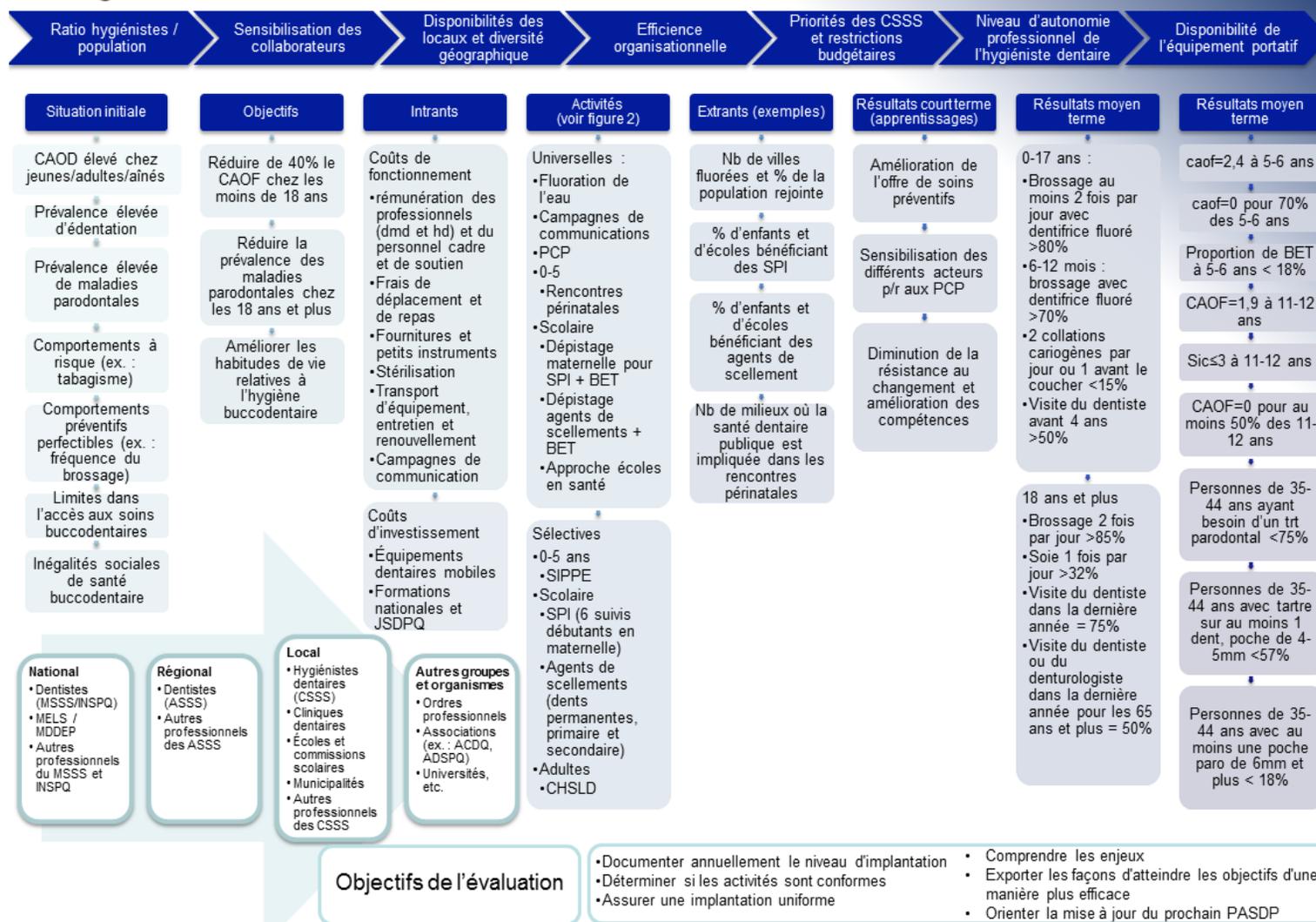
## Bibliographie

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>] (page consultée le 9 novembre 2015).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, [En ligne], [<http://publications.msss.gouv.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>] (page consultée le 9 novembre 2015).

Annexe 1 : Modèle logique du PASDP

Figure 1 : Modèle logique du Plan d'action de santé dentaire publique du Québec



## Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation adressé aux CSSS (région 1)



### Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP)

#### Questionnaire d'évaluation à l'intention des Centres de santé et de services sociaux

Le Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP) arrive à échéance. C'est dans ce contexte que la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux procède à l'évaluation de son implantation. Cette démarche permettra d'orienter la mise à jour du prochain PASDP.

Pour y arriver, le questionnaire qui suit a été construit afin de recueillir de l'information sur le niveau d'implantation et la diversité des activités pouvant être mises en œuvre par les hygiénistes dentaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il permettra aussi de décrire et comprendre les enjeux entourant l'implantation du PASDP. Les activités ciblées dans ce questionnaire sont celles n'étant pas déjà mesurées par I-CLSC.

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour nous aider à améliorer notre compréhension de l'implantation du PASDP. Notez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Soyez assurés que vos réponses ne seront utilisées que pour les besoins de l'évaluation du PASDP.

Un seul questionnaire devra être rempli par CSSS. Environ 45 minutes seront nécessaires pour remplir le questionnaire. Si vous ne disposez pas de suffisamment de temps, vous pouvez remplir le questionnaire en plusieurs étapes. Pour cela, il vous suffira de retourner sur le lien <https://fr.surveymonkey.com/s/PASDP>.

Tant que le questionnaire ne sera pas terminé, vous pourrez continuer de le remplir et vos réponses précédentes seront sauvegardées.

En répondant aux questions qui suivent, nous vous demandons de vous référer aux actions que vous avez réalisées au cours des trois dernières années dans votre CSSS, sauf indication contraire.

Enfin, pour toute information additionnelle, veuillez contacter Emilie Dionne du Service de la Planification et du développement en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au 418 266-6781 ou par courriel au [emilie.dionne@msss.gouv.qc.ca](mailto:emilie.dionne@msss.gouv.qc.ca).

**\* 1. Veuillez indiquer votre région**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Région 01 - Bas-Saint-Laurent            | <input type="radio"/> Région 10 - Nord-du-Québec                |
| <input type="radio"/> Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean      | <input type="radio"/> Région 11 - Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine |
| <input type="radio"/> Région 03 - Capitale-Nationale           | <input type="radio"/> Région 12 - Chaudières-Appalaches         |
| <input type="radio"/> Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec | <input type="radio"/> Région 13 - Laval                         |
| <input type="radio"/> Région 05 - Estrie                       | <input type="radio"/> Région 14 - Lanaudière                    |
| <input type="radio"/> Région 06 - Montréal                     | <input type="radio"/> Région 15 - Laurentides                   |
| <input type="radio"/> Région 07 - Outaouais                    | <input type="radio"/> Région 16 - Montérégie                    |
| <input type="radio"/> Région 08 - Abitibi-Témiscamingue        | <input type="radio"/> Région 17 - Nunavik                       |
| <input type="radio"/> Région 09 - Côte-Nord                    | <input type="radio"/> Région 18 - Terre-Cries-de-la-Baie-James  |

**\* 2. Veuillez indiquer le nom de votre CSSS - Région 1**

- CSSS des Basques
- CSSS de Kamouraska
- CSSS de la Mitis
- CSSS de Témiscouata
- CSSS de la Matapédia
- CSSS de Matane
- CSSS de Rimouski-Neigette
- CSSS de Rivière-du-Loup

**\* 16. Nom de la personne répondante**

**\* 17. Titre de la personne répondante (ex.: hygiéniste dentaire, chef de programme, etc.)**

18. Pour chaque poste d'hygiéniste dentaire dans votre CSSS, veuillez inscrire l'information demandée à propos du type de poste et de l'horaire.

|               | Type de poste        | Type d'horaire       |
|---------------|----------------------|----------------------|
| Hygiéniste 1  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 2  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 3  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 4  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 5  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 6  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 7  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 8  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 9  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 11 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Hygiéniste 12 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Au meilleur de vos connaissances, veuillez répondre à chacune des questions suivantes en choisissant la réponse appropriée ou en inscrivant votre réponse dans l'espace prévu à cet effet.**

\* 19. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles avec un premier cycle au primaire pour lesquelles vous réalisez le suivi préventif individualisé (SPI)?

Pourcentage

Commentaires

\* 20. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles primaires pour lesquelles vous réalisez des scellants de puits et fissures (SPF)?

Note : Inclure dans le pourcentage les écoles primaires que vous visitez aux deux ans.

Pourcentage

Commentaires

\* 21. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles secondaires pour lesquelles vous réalisez des scellants de puits et fissures (SPF)?

Pourcentage

Commentaires

\* 22. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles pour lesquelles vous aviez accès à des locaux adéquats, c'est-à-dire propres, avec une aération suffisante, la présence d'un lavabo et suffisamment grands pour faire les interventions du PASDP?

Pourcentage

Commentaires

\* 23. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles pour lesquelles les hygiénistes dentaires devaient parcourir plus de 30 km (aller simple) pour s'y rendre dans le cadre des suivis préventifs individualisés?

Pourcentage

Commentaires

\* 24. En 2013-2014, quel était le pourcentage d'écoles pour lesquelles les hygiénistes dentaires devaient consacrer plus de 30 minutes pour s'y rendre dans le cadre des suivis préventifs individualisés?

Pourcentage

Commentaires

\* 25. En 2013-2014, est-ce que les équipements suivants étaient disponibles en quantité suffisante pour accomplir les interventions prévues au PASDP?

|   | Oui                   | Non                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| Unité dentaire portative                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chaises dentaires portatives et tabourets | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lampe dentaire                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Lampe à polymériser                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Pièces-à-main                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Petits instruments (ex.: sondes, miroirs) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Commentaires:

\* 26. En 2013-2014, est-ce que les coûts de transport d'équipement portatif limitaient l'implantation du PASDP?

Oui

Non

Commentaires:

\* 27. Comment qualifiez-vous présentement la collaboration entre les hygiénistes dentaires et les autres professionnels du CSSS?

- Excellente
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

Commentaires:

\* 28. Comment qualifiez-vous présentement la collaboration entre les hygiénistes dentaires et les professionnels du milieu scolaire?

- Excellente
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

Commentaires:

\* 29. Comment qualifiez-vous présentement la collaboration entre les hygiénistes dentaires de votre CSSS et le/les dentiste(s) conseil(s) régional/aux?

- Excellente
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

Commentaires:

\* 30. Selon vous, au cours des trois dernières années, quels ont été les principaux éléments qui ont facilité l'implantation du PASDP?

\* 31. Selon vous, au cours des trois dernières années, quelles ont été les principales difficultés dans l'implantation du PASDP?

\* 32. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des cliniques de vaccination en CSSS au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par<br>année | Une fois par année    | Moins d'une fois par<br>année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|---|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès du personnel infirmier (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite au personnel infirmier (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux parents (ex. : dépliants, aimants/magnétos, bavoires/bavettes, brosses à dents)   | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres individuelles auprès des parents/enfants   | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 33. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des services de garde au cours des trois dernières années.

Au meilleur de votre connaissance, veuillez cocher le ou les énoncés qui s'applique(nt) à votre situation.

- Nous sommes intervenus dans un ou plusieurs centres de la petite enfance (CPE)
- Nous sommes intervenus dans une ou plusieurs garderies privées
- Nous sommes intervenus dans une ou plusieurs garderies en milieu familial
- Nous ne sommes pas intervenus en service de garde
- Ne s'applique pas

\* 34. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des services de garde au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|  | Plus d'une fois dans l'année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|--|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des éducateurs (ex. : formation, présentation PowerPoint)        | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux éducateurs (ex. : recommandations écrites, articles)                              | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel pédagogique aux éducateurs (ex. : jeux éducatifs, boîtes thématiques)                             | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux enfants et/ou aux parents (ex. : dépliants, magnétos, bavoires, brosses à dents) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres d'information de groupe auprès des enfants  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 35. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) offertes en prématernelle ou en maternelle 4 ans au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|  | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|--|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des enseignants (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux enseignants (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux enfants et aux parents (ex. : dépliants, aimants, magnétos)                | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres d'information de groupe auprès des enfants  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 36. La question suivante se rapporte au counseling destiné aux femmes lors de rencontres prénatales offertes par le CSSS au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par<br>année | Une fois par année    | Moins d'une fois par<br>année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|---|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des intervenants concernés (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux intervenants concernés (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux futurs parents (ex. : dépliants, magnétos, bavoirs, brosses à dents)                  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres d'information de groupe auprès des futurs parents  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 37. La question suivante se rapporte au counseling destiné aux femmes lors de rencontres prénatales offertes par le CSSS au cours des trois dernières années.

Au meilleur de votre connaissance, veuillez cocher le ou les énoncés qui s'applique(nt) à votre situation.

- Nous avons abordé l'abandon du tabagisme
- Nous avons abordé la promotion de l'allaitement maternel
- Nous avons abordé la transmission bactérienne cariogène mère-enfant
- Nous avons abordé d'autres thèmes de santé buccodentaire
- Ne s'applique pas

Si vous avez abordé d'autres thèmes, veuillez le préciser.

\* 38. La question suivante se rapporte au counseling destiné aux femmes lors de rencontres postnatales au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par<br>année | Une fois par année    | Moins d'une fois par<br>année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|---|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des intervenants concernés (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux intervenants concernés (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux nouveaux parents (ex : dépliants, magnétos, bavoirs, brosses à dents)                 | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres d'information auprès des nouveaux parents  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 39. La question suivante se rapporte au counseling destiné aux femmes lors de rencontres postnatales au cours des trois dernières années.

Au meilleur de votre connaissance, veuillez cocher le ou les énoncés qui s'applique(nt) à votre situation.

- Nous avons abordé l'abandon du tabagisme
- Nous avons abordé la promotion de l'allaitement maternel
- Nous avons abordé la première visite à 12 mois
- Nous avons abordé d'autres thèmes de santé buccodentaire
- Ne s'applique pas

Si vous avez abordé d'autres thèmes, veuillez le préciser.

\* 40. La question suivante se rapporte aux interventions par le biais des services intégrés en périnatalité pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par<br>année | Une fois par année    | Moins d'une fois par<br>année | Exceptionnellement    | Jamais                |
|---|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des intervenants SIPPE concernés (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux intervenants SIPPE concernés (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux familles (ex. : dépliants, aimants/magnétos, bavettes/bavoires, brosses à dents)            | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons organisé des rencontres individuelles auprès des familles  | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

41. La question suivante se rapporte à toute autre activité n'étant pas prévue au PASDP et réalisée au cours des trois dernières années.

Veuillez décrire toute autre activité significative de santé dentaire publique réalisée au cours des trois dernières années.

## Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation adressé aux ASSS



### Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP) Questionnaire d'évaluation à l'intention des Agences de santé et de services sociaux

Le Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP) arrive à échéance. C'est dans ce contexte que la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux procède à l'évaluation de son implantation. Cette démarche permettra d'orienter la mise à jour du prochain PASDP.

Pour y arriver, le questionnaire qui suit a été construit afin de recueillir de l'information sur le niveau d'implantation et la diversité des activités pouvant être mises en œuvre par les dentistes conseils des Agences de santé et de services sociaux (ASSS). Il permettra aussi de décrire et comprendre les enjeux entourant l'implantation du PASDP. Les activités ciblées dans ce questionnaire sont celles n'étant pas déjà mesurées par I-CLSC.

Nous vous remercions de prendre de votre temps pour nous aider à améliorer notre compréhension de l'implantation du PASDP. Notez qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions posées. Soyez assurés que vos réponses ne seront utilisées que pour les besoins de l'évaluation du PASDP.

Un seul questionnaire devra être rempli par ASSS. Environ 30 minutes seront nécessaires pour remplir le questionnaire. Si vous ne disposez pas de suffisamment de temps, vous pouvez remplir le questionnaire en plusieurs étapes. Pour cela, il vous suffira de retourner sur le lien <https://fr.surveymonkey.com/s/PASDPAgences>.

Tant que le questionnaire ne sera pas terminé, vous pourrez continuer de le remplir et vos réponses précédentes seront sauvegardées.

En répondant aux questions qui suivent, nous vous demandons de vous référer aux actions réalisées au cours des trois dernières années dans votre ASSS, sauf indication contraire

Enfin, pour toutes informations additionnelles, veuillez contacter Emilie Dionne du Service de la Planification et du développement en santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux au 418-266-6781 ou par courriel au [emilie.dionne@msss.gouv.qc.ca](mailto:emilie.dionne@msss.gouv.qc.ca).

\* 1. Veuillez indiquer votre région

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Région 01 - Bas-Saint-Laurent            | <input type="radio"/> Région 10 - Nord-du-Québec                |
| <input type="radio"/> Région 02 - Saguenay-Lac-Saint-Jean      | <input type="radio"/> Région 11 - Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine |
| <input type="radio"/> Région 03 - Capitale-Nationale           | <input type="radio"/> Région 12 - Chaudières-Appalaches         |
| <input type="radio"/> Région 04 - Mauricie et Centre-du-Québec | <input type="radio"/> Région 13 - Laval                         |
| <input type="radio"/> Région 05 - Estrie                       | <input type="radio"/> Région 14 - Lanaudière                    |
| <input type="radio"/> Région 06 - Montréal                     | <input type="radio"/> Région 15 - Laurentides                   |
| <input type="radio"/> Région 07 - Outaouais                    | <input type="radio"/> Région 16 - Montérégie                    |
| <input type="radio"/> Région 08 - Abitibi-Témiscamingue        | <input type="radio"/> Région 17 - Nunavik                       |
| <input type="radio"/> Région 09 - Côte-Nord                    | <input type="radio"/> Région 18 - Terre-Cries-de-la-Baie-James  |

\* 2. Nom de la personne répondante

\* 3. Titre de la personne répondante (ex.: dentiste conseil, gestionnaire)

**Au meilleur de vos connaissances, veuillez répondre à chacune des questions suivantes en inscrivant votre réponse dans l'espace prévu à cet effet.**

\* 4. En 2013-2014, est-ce que les coûts liés aux déplacements du ou des dentiste(s) conseil(s) ont limité l'implantation du PASDP?

- Oui  
 Non

Commentaires

\* 5. Selon vous, au cours des trois dernières années, comment les travaux du groupe de travail des répondants en santé dentaire publique ont-ils contribué à soutenir l'implantation du PASDP?

\* 6. Selon vous, au cours des trois dernières années, quels ont été les principaux éléments qui ont facilité l'implantation du PASDP?

\* 7. Selon vous, au cours des trois dernières années, quelles ont été les principales difficultés dans l'implantation du PASDP?

\* 8. La question suivante se rapporte à la collaboration de la santé dentaire publique avec d'autres domaines d'activités au sein de l'ASSS.

Pour chaque domaine d'activités, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|                                  | Excellente            | Bonne                 | Passable              | Mauvaise              | Ne s'applique pas     |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Maladies infectieuses            | <input type="radio"/> |
| Santé environnementale           | <input type="radio"/> |
| Saines habitudes de vie          | <input type="radio"/> |
| Pauvreté et développement social | <input type="radio"/> |
| Organisation des services        | <input type="radio"/> |
| Programmes clientèles            | <input type="radio"/> |
| Équipements et immobilisation    | <input type="radio"/> |
| Surveillance et évaluation       | <input type="radio"/> |

Commentaires:

\* 9. La question suivante se rapporte à la collaboration des dentistes conseils avec d'autres professionnels provenant de différents domaines d'activités au sein du CSSS.

Pour chaque professionnel, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Excellente            | Bonne                 | Passable              | Mauvaise              | Ne s'applique pas     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Coordonnateurs/supérieurs immédiats des hygiénistes dentaires                             | <input type="radio"/> |
| Hygiénistes dentaires des CSSS de la région   | <input type="radio"/> |
| Autres professionnels des CSSS (ex. : infirmières SIPPE, pédiatres, travailleurs sociaux) | <input type="radio"/> |

Commentaires:

\* 10. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des cliniques médicales et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des médecins ou du personnel infirmier (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux médecins ou au personnel infirmier (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux enfants ou aux parents (ex : dépliants, aimants/magnétos, bavoires/bavettes, brosses à dents)     | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 11. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des services de maternité des hôpitaux et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois dans l'année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des médecins ou du personnel infirmier (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux médecins ou au personnel infirmier (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux parents (ex : dépliants, aimants/magnétos, bavoires/bavettes, brosses à dents)                    | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 12. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) auprès des enfants de 4 ans et moins offertes dans le cadre des cliniques dentaires et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès du personnel des cliniques dentaires (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite au personnel des cliniques dentaires (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux enfants ou aux parents (ex : dépliants, aimants/magnétos, bavoires/bavettes, brosses à dents)   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 13. La question suivante se rapporte aux interventions réalisées par les dentistes conseils par le biais des services intégrés en périnatalité pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des intervenants SIPPE (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite aux intervenants SIPPE (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux familles (ex : dépliants, aimants/magnétos, bavoires/bavettes, brosses à dents)   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 14. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) sur l'abandon du tabagisme auprès des adultes de 18 ans et plus offertes dans le cadre des cliniques dentaires et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès du personnel des cliniques dentaires (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite au personnel des cliniques dentaires (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux adultes (ex : dépliants, aimants/magnétos)  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 15. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) concernant l'hygiène buccodentaire auprès des adultes de 18 ans et plus offertes dans le cadre des cliniques médicales et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès des médecins ou du personnel infirmier (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite au personnel aux médecins ou au personnel infirmier (ex. : recommandations écrites, articles)          | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux adultes (ex : dépliants, aimants/magnétos, brosses à dents)                                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 16. La question suivante se rapporte aux activités de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives (PCP) concernant l'hygiène buccodentaire auprès des adultes de 18 ans et plus offertes dans le cadre des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et réalisées par les dentistes conseils au cours des trois dernières années.

Pour chaque énoncé, veuillez cocher la réponse qui s'applique à votre situation.

|   | Plus d'une fois par année | Une fois par année    | Moins d'une fois par année | Exceptionnellement    | Jamais                | Ne s'applique pas     |
|---|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nous avons organisé des rencontres formelles d'information auprès du personnel infirmier ou des préposés aux bénéficiaires (ex. : formation, présentation PowerPoint) | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué de l'information écrite au personnel infirmier ou aux préposés aux bénéficiaires (ex. : recommandations écrites, articles)                       | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nous avons distribué du matériel promotionnel aux adultes ou aux aidants (ex : dépliants, aimants/magnétos, brosses à dents)  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si vous avez organisé d'autres activités, veuillez en préciser la nature et la fréquence.

\* 17. La question suivante se rapporte à l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de tous les groupes d'âge au cours des trois dernières années.

Combien de campagnes de communication avez-vous effectuées sur le thème du brossage des dents avec fluorure?

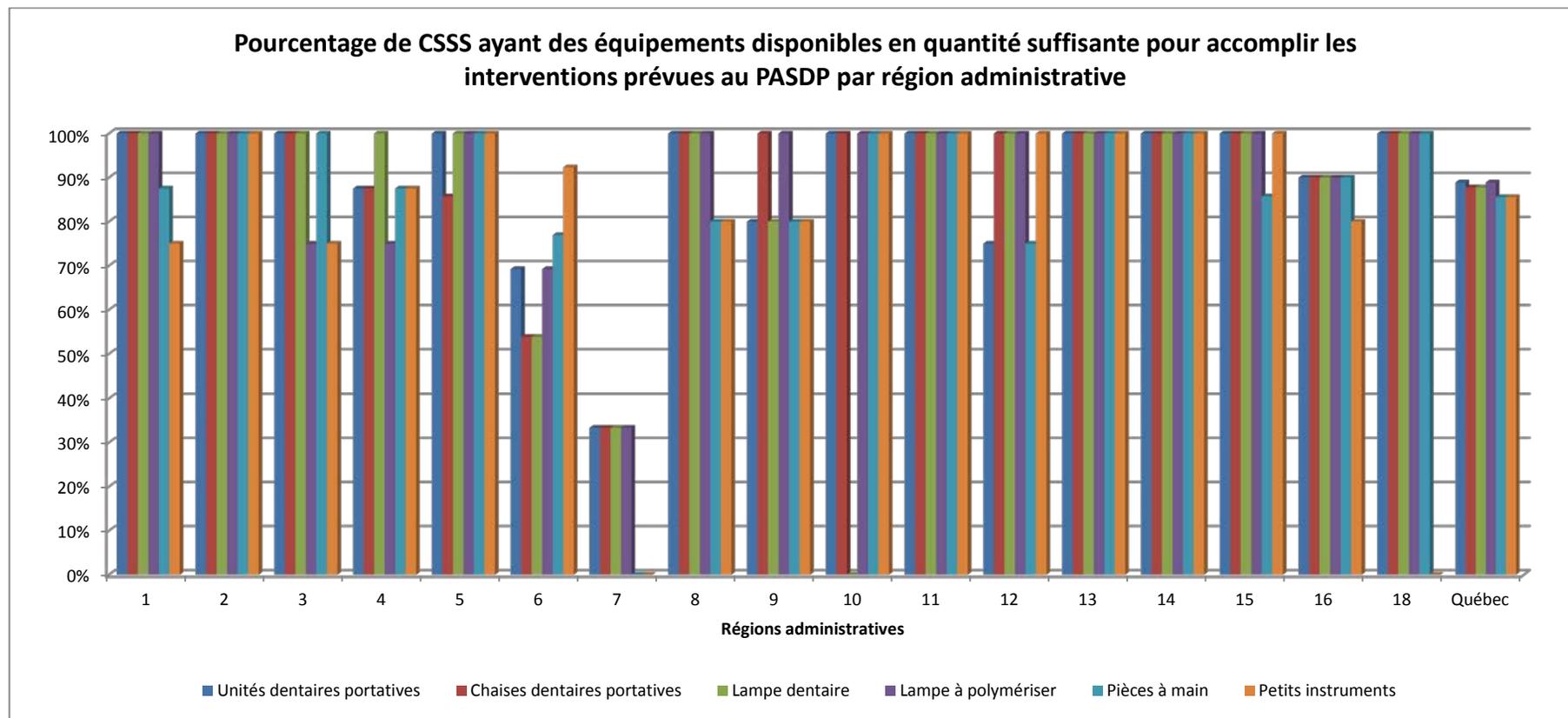
\* 18. La question suivante se rapporte à l'organisation de campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie auprès de tous les groupes d'âge au cours des trois dernières années.

Combien de campagnes de communication avez-vous effectuées sur d'autres thèmes touchant les habitudes de vie, la santé buccodentaire et/ou l'alimentation?

19. La question suivante se rapporte à toute autre activité n'étant pas prévue au PASDP et réalisée au cours des trois dernières années.

Veillez décrire toute autre activité significative de santé dentaire publique réalisée.

Annexe 4 : Figure du pourcentage de CSSS dont les équipements sont disponibles en quantité suffisante



Annexe 5 : Exemple de formulaire utilisé dans les ateliers à l'occasion des Journées de santé dentaire publique du Québec



Sur la route d'un  
plan d'action révisé

Atelier - Suivi dentaire préventif individualisé en milieu scolaire  
(SPI) : optimisation de l'organisation et performance

10,11,12 juin 2015

**Contexte québécois :**

Le déploiement des activités reliées au suivi dentaire préventif en milieu scolaire exige des hygiénistes dentaires une bonne coordination et une bonne planification. Dans ce contexte, il est intéressant de comprendre comment les hygiénistes dentaires arrivent à réaliser l'ensemble des activités destinées au suivi préventif individualisé en milieu scolaire et de se questionner sur leur pertinence.

**Voici quelques exemples de pistes de réflexion :** types de fluorure utilisé, contact avec le milieu scolaire, formulaires utilisés, équipements utilisés, optimisation du temps d'intervention, contact avec les parents, cas de signalement à la DPJ, etc.

**Questions :**

Qu'est-ce qui fonctionne bien selon vous dans le programme de SPI ?

Qu'est-ce qui ne fonctionne pas bien selon vous dans le programme de SPI ?

Quelles solutions/stratégies aimeriez-vous proposer pour améliorer la situation ?