

L'EXPLO RATEUR

Le magazine de l'Ordre
des hygiénistes dentaires
du Québec

Les clientèles VULNÉRABLES



DOSSIER

Coup d'œil sur la
santé buccodentaire
des aînés du Québec :
une comparaison avec
le reste du Canada

DOSSIER

Altersexualiser
le système de soins
de santé : expériences
des membres de la
communauté lesbienne,
gaie, bisexuelle et
transgenre

INSPECTION PROFESSIONNELLE

L'inspection :
un processus en
constante évolution



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

**On s'occupe
de vos finances.**

**On vous laisse
le soin des
patients.**



**Économisez jusqu'à 1 035 \$*
annuellement.**

Adhérez à l'offre exclusive
pour les **spécialistes en sciences de la santé.**

bnc.ca/specialiste-sante

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit : un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MD}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante : absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. ^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Incorporated, employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} LE TOTAL et TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.



- 4 **Avant-propos**
- 6 **Mot de la présidente**
- 7 **A word from the President**

EXPLORATEUR VIRTUEL

- 9 Aide aux personnes vulnérables

DOSSIER: LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

- 10 *Senior Smiles*: preliminary results for the new model of oral health care utilizing the dental hygienist
- 17 Coup d'oeil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec: une comparaison avec le reste du Canada
- 30 Travail et santé mentale: des résultats à l'étude Salveo
- 34 Altersexualiser le système de soins de santé: expériences des membres de la communauté lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre
- 46 Comment reconnaître la violence conjugale?
- 53 **CALENDRIER DE FORMATION CONTINUE 2017-2018**
- 59 **MESSAGES OHDQ**

COCASSERIE

- 61 Sourire ne fait pas paraître plus jeune

INSPECTION PROFESSIONNELLE

- 62 L'inspection: un processus en constante évolution

CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

- 65 Sommes-nous bien préparés pour traiter les populations dites vulnérables? Sommes-nous confortables et ouverts à traiter ce segment de la population grandissant?

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

- 68 Rester vigilant, agir rapidement

VU LU ENTENDU

- 69 Un musée d'histoire des technologies buccodentaires: Le Musée Eudore-Dubeau

SERVICES FINANCIERS

- 70 Prêt à investir? Les réponses à vos questions



L'EXPLORATEUR, VOL. 28, N° 1, AVRIL 2018

Comité des publications

Caroline Boudreault, HD
Bibiane Gagnon, HD
Éloïse Lafrenière, HD
Sophie Lecavalier, Responsable des communications
et secrétaire du Comité

Ont collaboré

D.R.
Susan Badanjak, HD, MSDH,
Responsable du développement de la profession
Rosanna Baraldi
Agathe Bergeron, HD,
Responsable de l'inspection et la pratique professionnelle
Nadine Caron, adjointe administrative
Valeriu Dumitru
Diane Duval, HD, présidente
Zul Kanji
Marie-Pier Lambert, HD
Ambert Lee
Alain Marchand
Sylvie Martel, HDA
J. Mohammadi
Luc Quintal
J.A. Taylor
J.P. Wallace
L.G. Wallace

Comité exécutif

Présidente, Diane Duval, HD
Vice-présidente, Anick Boulay, HD
Trésorière, Johanne Landry, HD
Administratrice, Josée Lemay, HD
Administrateur nommé, André Roy

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Administrateurs élus par les membres
Régions administratives
05 et 16 Anick Boulay, HD
07 et 08 Mylène Chauret, HD
01, 09 et 11 Héliène Deschênes, HD
04 et 17 Sophie Deshaies, HD
14 et 15 Stéphanie Ritchie, HD
03 et 12 Jason Lambert, HD
06 et 13 Johanne Landry, HD
06 et 13 Lorna Lanoue-Patrice, HD
02 et 10 Josée Lemay, HD
05 et 16 Jean-François Lortie, HD
03 et 12 Marie-Andrée Marcoux, HD
05 et 16 Ruth Nicole, HD
06 et 13 Nicole Seminaro, HD

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

Jean-Louis Leblond
Gilles Ouimet
André Roy
Renée Verville

Direction de l'Ordre

Jacques Gauthier, erg., M.A.P.A.S.C, Directeur général et secrétaire

Révision OHDQ
Publicité OHDQ
Graphisme Z Communications
Photo couverture Shutterstock
Impression F.L. Chicoine
Tirage 6 790 exemplaires

Abonnement

Gratuit pour les membres inscrits au tableau de l'OHDQ
Étudiants : 30 \$ plus taxes par année
Associés : 90 \$ plus taxes par année

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ),
1^{er} trimestre 1992
Bibliothèque et Archives Canada, ISSN : 1183-4307 (Imprimé)
Bibliothèque et Archives Canada, ISSN : 2369-6915 (En ligne)
Convention poste publication N° 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible sur le site Web au www.ohdq.com dans la section
Nos publications.

Droits d'auteur

Tous les articles, textes, illustrations et photographies publiés
sont la propriété de l'OHDQ. Aucune reproduction n'est permise
sans l'accord écrit de l'OHDQ.



Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
1155, boul. Robert-Bourassa, bureau 1212
Montréal (Québec) H3B 3A7
Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996
Télécopieur : 514 284-3147
info@ohdq.com www.ohdq.com

Chers membres,

Du nouveau pour *L'Explorateur*! En appui au plan stratégique 2017-2020 de l'OHDQ, *L'Explorateur* sera dorénavant axé plus étroitement sur l'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire plutôt que sur des thèmes généraux. Qu'il s'agisse de vous expliquer la portée des lois et des règlements sur votre pratique professionnelle, de vous faire part des plus récentes avancées scientifiques relatives à votre profession ou de l'évolution de normes applicables à votre pratique, votre revue visera à mieux vous soutenir pour donner des soins en hygiène dentaire de la plus haute qualité.

Par le nouveau format, l'Ordre désire :

1. développer vos connaissances aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique;
2. soutenir la qualité de votre pratique professionnelle;
3. faire connaître davantage la mission de l'Ordre et ses activités;
4. se centrer davantage sur son mandat premier, soit la protection du public;
5. assurer une meilleure complémentarité des moyens de communication utilisés par l'Ordre.

Parallèlement à la publication de la revue, l'Ordre publiera un bulletin électronique mensuel pour suivre plus facilement l'actualité et transmettre à ses membres des messages plus succincts.

La revue continuera d'être publiée quatre fois par année. Cependant, elle prendra relâche en juillet afin de revenir en grande forme dès octobre ! Le lancement se fera pendant le Congrès de l'Ordre des hygiénistes dentaires les 26 et 27 octobre.

Depuis sa première édition, en 1991, *L'Explorateur* a toujours eu la mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants, ce qu'il continuera d'appliquer à travers son nouveau format. Je profite de cette occasion afin de remercier le comité des publications, composé de Caroline Boudreault, Bibiane Gagnon et Éloïse Lafrenière, qui s'est toujours surpassé à trouver des articles à la hauteur des attentes de ses lecteurs. Le comité des publications sera toujours présent, mais dans un mandat différent.

En espérant que vous ayez autant de plaisir à lire votre revue que nous en avons à la produire !

Sophie Lecavalier, Responsable des communications et secrétaire pour le comité des publications:
Caroline Boudreault, HD
Bibiane Gagnon, HD
Éloïse Lafrenière, HD

MISSION DE L'OHDQ

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

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

- contribuant sans cesse à l'amélioration de la santé buccodentaire en rendant les soins en hygiène dentaire accessibles à tous
- assurant le maintien et le développement des compétences de ses membres
- soutenant le leadership de ses membres en matière d'information et d'éducation

VISION DE L'OHDQ

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec tout en assurant sa mission de protection du public :

- sensibilise la population à l'importance de la prévention en santé buccodentaire et à ses effets bénéfiques sur la santé générale des personnes
- agit sur les iniquités sociales par l'accroissement de l'accessibilité aux soins en hygiène dentaire
- améliore de façon continue la santé générale de toute la population en agissant en collaboration avec les autres professionnels de la santé
- assure un leadership en matière d'éducation et de prévention en santé buccodentaire

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

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





ELLE SAIT QUE LES FRAISES COMPORTENT D'EXCELLENTE PROPRIÉTÉS ANTIOXYDANTES.

QUE DEVRAIT-ELLE SAVOIR DE PLUS?

De nos jours, les jeunes se tiennent au courant pour vivre sainement¹. Mais savent-ils que les aliments sains, comme les fruits, le jus et les boissons pour sportifs, sont très acides et qu'ils peuvent mettre leur émail à risque²⁻⁵? Usez de votre influence en tant que professionnel dentaire de confiance. Informez chaque jeune patient des effets de l'érosion par acide.

Ils doivent investir dans leur émail dès aujourd'hui.



Pour vos patients prédisposés à l'érosion par acide.

1. Données internes de GSK, 2013. 2. Lussi A. Erosive tooth wear – a multifactorial condition. Dans : Lussi A, directeur. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel, 2006. 3. Lussi A. *Eur J Oral Sci.* 1996;104:191-198. 4. Hara AT et al. *Caries Research.* 2009;43:57-63. 5. Lussi A, et al. *Caries Research.* 2004;38(suppl. 1):34-44.

MC/® ou sous licence
GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs Inc.
Mississauga, Ontario L5N 6L4
©2017 Le groupe d'entreprises GSK. Tous droits réservés.

INTROSPECTION EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE



Chers membres,

Malgré de très puissants lobbys et des publicités à coup de centaines de milliers de dollars, l'Ordre est maintenant reconnu comme consultant important en matière de politiques en santé buccodentaire par les diverses instances gouvernementales. Le rôle de l'hygiéniste dentaire dans le maintien d'une bonne santé buccodentaire ne fait plus de doute aux yeux des décideurs.

Or ces dernières années, les médias nous rappellent les coûts exorbitants des services buccodentaires, y compris la multiplication de gestes parfois superflus posés par les professionnels du domaine dentaire. L'Ordre est souvent interpellé sur la place publique à ce sujet. Il est cependant regrettable que les médias projettent parfois l'image que l'hygiéniste dentaire n'est qu'un auxiliaire au service de l'entreprise privée, ce qui contrecarre les efforts de l'Ordre à augmenter la confiance du public quant à la qualité des services professionnels rendus par ses membres.

« La loyauté va au client d'abord »

L'hygiéniste dentaire est directement concerné par ce problème, car il procède à l'examen du client. Ce faisant, il engage sa responsabilité professionnelle et déontologique et doit se rappeler que sa loyauté va au client d'abord.

La lumière au bout du tunnel ?

Le dossier de modernisation de la profession d'hygiéniste dentaire n'est plus entre les mains de l'Office des professions du Québec, mais entre les mains de la ministre de la Justice, Me Stéphanie Vallée. Nous saurons incessamment si le gouvernement ira de l'avant avec un projet de loi dans le domaine buccodentaire. L'Ordre y croit et garde bon espoir!

Rappelons que la modernisation de la loi vise notamment à reconnaître les compétences de l'hygiéniste dentaire et à accroître l'accès aux soins pour la population. L'Ordre en est conscient et agit en conséquence. Les travaux ont débuté afin de permettre une nouvelle offre de prestation de soins de qualité en hygiène dentaire au plus grand bénéfice de la population.

« L'Ordre y croit et garde bon espoir! »

Avec mes collègues du Conseil d'administration, je me considère privilégiée de faire partie du virage important entrepris par l'Ordre ces dernières années. Le Conseil s'acquitte avec diligence et compétence de son mandat de protection du public par des décisions courageuses et responsables. C'est le cas, entre autres, concernant l'offre de formation continue.

À cette fin, la publication du prochain *L'Explorateur* sera suspendue pour renaître à l'automne dans un tout nouveau format, à l'affût des plus hauts standards en soutien à votre pratique professionnelle.

Sur ce, bon mois de la santé buccodentaire à toutes et tous! ■

Diane Duval, HD
Présidente

Pour tout commentaire : info@ohdq.com
Tél. : 514 284-7639, poste 215

REFLECTION ON PROFESSIONAL RESPONSIBILITY

Dear Members,

Despite powerful lobbies and several hundreds of thousands of dollars in ad campaigns, many government authorities now recognize the OHDQ as an important consultant in public oral health policy. In the eyes of decision-makers, there can be no doubt as to the role dental hygienists play in maintaining good oral health.

Yet in recent years, the media has continued to point out the exorbitant costs of dental services, including the expanding and sometimes superfluous array of treatments offered by dentistry professionals. The OHDQ is often challenged on this matter in the public arena. It is indeed regrettable that the media sometimes portrays dental hygienists as being nothing but an adjunct in the service of private enterprise, as this undermines the OHDQ's efforts to increase public confidence in the quality of services rendered by its members.

“Our first duty is to our clients”

This issue is of direct concern to dental hygienists, who perform oral examinations on patients. In doing so, we are putting our professional and ethical responsibility at stake, while keeping in mind that our first duty is to the client.

A light at the end of the tunnel

The initiative to modernize the dental hygiene profession has now passed from the hands of the Office des professions du Québec and into those of Me Stéphanie Vallée, Minister of Justice. We will have our ear to the ground and will know whether the government will proceed with an oral health bill. The OHDQ believes in this and remains very optimistic!

You will recall that the regulatory modernization is aimed chiefly at recognizing the skills of dental hygienists and facilitating public access to care. The OHDQ is on top of this file and taking appropriate actions. Work has begun to put forward a new dental hygiene service delivery offer that will greatly benefit the public.

“The OHDQ believes in this and is very optimistic!”

Along with my colleagues on the Board of Directors, I consider myself privileged to be part of this major shift that the OHDQ has undertaken in recent years. The Board is diligently and skilfully performing its mandate of protecting the public by making courageous and responsible decisions. A shining example of this is in the professional development offer.

To this end, publication of the next issue of *L'Explorateur* will be put on hold, so as to reappear next fall in an all-new format, reflecting the highest standards in support of your professional practice.

On that note, I wish you all a wonderful Oral Health Month! ■



Diane Duval, DH

President

Send all comment to: info@ohdq.com

Tel. : 514 284-7639, Ext. 215



DENTSPLY SIRONA EST FIER DE SUPPORTER LA
**Semaine nationale des hygiénistes
dentaires du 7 au 13 avril, 2018**

Contactez votre représentant Dentsply Sirona ou faites le 1.877.393.3687 pour vous enquérir des **spéciaux exclusifs de la Semaine nationale des hygiénistes dentaires** en vigueur lors de cette semaine-là seulement!

AIDE AUX PERSONNES VULNÉRABLES



Par Marie-Pier Lambert, HD

Nous côtoyons tous, de près ou de loin, des personnes vulnérables que ce soit dans notre entourage ou dans notre pratique. Si ces personnes avaient besoin de votre aide, savez-vous où obtenir celle-ci? Voici mes suggestions de sites Web afin d'être bien informé et prêt à référer au besoin.



Éducaloi

Un fait est clair, la population se fait vieillissante et nos aînés conservent leurs droits fondamentaux. Malheureusement, la maladie et la perte d'autonomie peuvent rendre les personnes âgées vulnérables. Le site Web d'Éducaloi est un véritable petit bijou vous permettant de vous informer sur une panoplie d'aspects concernant les lois au Québec. Une page entière y est dédiée sur la protection contre l'exploitation et l'abus des aînés. Une excellente référence pour vous ou vos patients dans le besoin. <https://www.educalo.qc.ca/capsules/les-aines-et-la-protection-contre-l'exploitation-et-les-abus>



Signalement à la DPJ

Les enfants sont susceptibles d'être des personnes vulnérables et nous nous devons d'être alertes en cas de signes d'abus. La protection d'un enfant relève de leurs parents, mais aussi de la collectivité. Sachez que la loi sur la protection de la jeunesse s'applique aux enfants qui vivent des situations compromettantes ou pouvant compromettre leur santé ou leur développement. La DPJ Faire un signalement à la DPJ, c'est un pas de plus pour protéger un enfant. Ce lien vous indiquera les étapes à suivre si vous devez un jour faire face à cette situation. <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/faire-un-signalement-au-dpj/comment-faire-un-signalement/>



Les droits de la personne

Connaissez-vous vos droits en tant que personne? Un petit rappel de tout cela se retrouve sur le site Web de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Nous avons tous droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Vous y trouverez toute l'information pertinente en ce qui concerne vos droits en tant que personne et comment les défendre. Une excellente ressource dans votre coffre à outils. <http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/Pages/default.aspx>



Ligne Aide Abus Aînés

Si vous êtes témoins d'abus envers un aîné, la ligne Aide Abus Aînés est là pour vous guider. Vous avez accès à des travailleurs sociaux spécialisés en maltraitance qui peuvent vous écouter, vous donner de l'information et même intervenir en cas de besoin. N'oubliez pas qu'il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée. N'hésitez pas à agir si vous êtes témoins d'abus. <http://www.aideabusaines.ca/>

SENIOR SMILE:

résultats préliminaires d'un nouveau modèle de soins buccodentaires dans lequel un hygiéniste dentaire travaille en maison d'accueil pour personnes âgées



Par J.P. Wallace, J. Mohammadi, L.G. Wallace et J.A. Taylor

Source: Reproduction autorisée. « *Senior Smiles: résultats préliminaires d'un nouveau modèle de soins buccodentaires dans lequel un hygiéniste dentaire travaille en maison d'accueil pour personnes âgées* ». Traduit du texte original intitulé "*Senior Smiles: preliminary results for a new model of oral health care utilizing the dental hygienist in residential aged care facilities*". Int J Dent Hygiene 14, 2016; 284-288.

Résumé

Objectifs : La présente étude vise à déterminer si un hygiéniste dentaire autorisé peut améliorer la santé buccodentaire des résidents en maisons d'accueil pour personnes âgées (MAPA) de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie.

Méthodologie : Un hygiéniste dentaire autorisé a entrepris une intervention d'hygiène buccodentaire de 24 semaines au sein de cinq maisons d'accueil pour personnes âgées afin de tester le modèle de soins *Senior Smiles*. Les MAPA ont été invitées à participer à la recherche, laquelle était financée par une subvention du bureau régional d'assurance-maladie de la Nouvelle-Galles du Sud, Erina. Les résidents devaient consentir à subir une évaluation du risque lié à la santé buccodentaire, à recevoir un plan de soins buccodentaires et à être orientés pour recevoir le traitement approprié, au besoin. Les indices de plaque dentaire des résidents ont été consignés avant et après l'intervention, et les valeurs p ont été calculées au moyen d'un test t pour échantillons appariés. Les nombres de résidents ayant subi un examen, ayant reçu un traitement et ayant été orientés pour recevoir des soins dentaires plus complexes ont également été consignés.

Résultats : Le test t pour échantillons appariés a été effectué au moyen du programme d'analyse statistique SPSS et a comparé les indices de plaque mesurés avant et après l'intervention auprès des résidents des cinq MAPA. Un résultat significatif sur le plan statistique ($p < 0,0001$) montre que l'intervention d'un hygiéniste dentaire a entraîné une réduction efficace de l'indice de plaque dentaire chez les résidents des cinq MAPA.

Conclusion : Le modèle *Senior Smiles* a permis de prodiguer des soins d'hygiène buccodentaire préventifs aux résidents, en plus d'offrir un mécanisme d'orientation lorsque des traitements plus complexes ont été nécessaires, et de créer un programme de prise en charge formelle pour des soins buccodentaires continus au sein des MAPA. Le modèle de soins *Senior Smiles* s'est avéré être une réussite qui peut être reproduite ailleurs.

Introduction

Les problèmes de santé buccodentaire chez les personnes âgées d'Australie reflètent ce qui est observé dans le secteur de la santé à l'échelle mondiale. En effet, la prestation de soins d'hygiène buccodentaire appropriés aux personnes âgées, et en particulier à celles qui vivent en maison d'accueil pour personnes âgées (MAPA), représente un défi d'envergure (1). La population des

personnes âgées d'Australie est en croissance rapide : selon les projections du Bureau de la statistique de l'Australie, plus d'un Australien sur quatre sera âgé de plus de 65 ans (7,30 millions) d'ici 2050. La proportion de la population âgée de 85 ans ou plus passera de 1,5 % (295 000) en 2001 à 5,8 % (1,62 million) d'ici 2051 (2).

Les conséquences sur la santé buccodentaire des soins prodigués en maison d'accueil sont bien documentées (1, 3-6). Bien souvent, ces maisons d'accueil accordent la priorité aux besoins urgents (soins d'élimination et de propreté, administration des bains et alimentation) et n'offrent que des soins d'hygiène buccodentaire minimales. Le maintien de la santé buccodentaire des personnes âgées est essentiel, car les problèmes médicaux et dentaires deviennent de plus en plus complexes et exigeants en termes de ressources avec l'âge (7) et entraînent des conséquences néfastes sur la qualité de vie et le budget national en santé. Il est donc essentiel que des programmes de prévention soient mis en place afin de s'attaquer au problème de la mauvaise santé buccodentaire des personnes âgées en MAPA, en particulier celles qui ont besoin d'aide pour maintenir de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire.

Hopcraft et ses collaborateurs (1) ont indiqué que les résidents des MAPA présentaient des taux élevés de maladies buccodentaires qui sont directement liés à la difficulté à accéder aux services dentaires, plus particulièrement aux soins d'hygiène préventifs. Dans le cadre d'une étude plus récente menée en 2010 sur la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud, Wallace et ses collègues (16) ont interrogé 17 gestionnaires de MAPA. Ces gestionnaires ont indiqué que leurs établissements offraient des soins d'hygiène buccodentaire limités et qu'ils avaient souvent du mal à obtenir des traitements dentaires pour leurs résidents.

Dès 1999, Chalmers et ses collaborateurs (4) ont suggéré que le recours aux hygiénistes dentaires pouvait être une option rentable pour s'attaquer aux problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées en MAPA. Bien que cette approche soit bien documentée au Japon (8-12), en Finlande (13), en Corée (14) et en Inde (15), où on a eu recours aux hygiénistes dentaires pour réduire le risque de pneumonie de déglutition, il semble qu'elle n'ait pas été adoptée à grande échelle en Australie. Des études menées sur 4 ans par Wallace et ses collaborateurs (16-20) au sein de 17 MAPA ont révélé que les résidents avaient toujours une mauvaise santé buccodentaire, qu'ils n'avaient qu'un accès limité (voire inexistant) aux mécanismes d'orientation pour obtenir des traitements dentaires, et que les politiques des MAPA en matière de prise en charge de la santé buccodentaire sont insuffisantes encore aujourd'hui.

Ces observations (16-20), ainsi que la recherche réalisée par Hopcraft et ses collaborateurs (21) en 2011 (dans le cadre de laquelle des dentistes et des hygiénistes dentaires autorisés ont examiné 510 personnes âgées en MAPA et produit des diagnostics

très similaires), ont poussé Wallace et ses collaborateurs (16-20) de la Faculté de santé buccodentaire de l'Université de Newcastle (Australie) à mettre au point un nouveau modèle de soins, nommé *Senior Smiles*. Ce projet visait à tester le nouveau modèle de soins en plaçant un hygiéniste dentaire autorisé en MAPA afin d'offrir des évaluations du risque sur la santé buccodentaire, des plans de soins de santé buccodentaire, de l'éducation en matière de santé buccodentaire et des mécanismes d'orientation destinés à la prise en charge des cas plus complexes. L'hypothèse nulle était que le modèle de soins entraînerait une amélioration de l'indice de plaque dentaire et de l'état de santé buccodentaire des personnes âgées en MAPA. Une subvention du bureau local d'assurance-maladie de la Nouvelle-Galles du Sud, Erina, a permis de financer une étude de recherche d'une durée de 12 mois. L'étude a commencé en janvier 2014 et le financement a servi à embaucher un hygiéniste dentaire autorisé, qui a travaillé dans cinq MAPA de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud. L'étude a évalué l'efficacité du nouveau modèle de soins à améliorer la santé buccodentaire des personnes âgées vivant dans les cinq MAPA visées par la recherche.

Population de l'étude et méthodologie

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique en recherche sur les humains de l'Université de Newcastle (numéro d'approbation H-20130382).

Afin de permettre la recherche, les auteurs ont envoyé une déclaration d'intérêt aux MAPA de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie). Les cinq MAPA retenues étaient regroupées dans un rayon de 15 minutes de déplacement et l'hygiéniste dentaire a visité chacune d'entre elles une journée par semaine, pendant 12 mois. Tous les résidents des cinq MAPA choisies ont été invités à participer à l'étude.

Une brochure d'information, un formulaire de consentement et une enveloppe de réponse prépayée ont été envoyés à chaque résident, à un membre de leur famille ou à leur plus proche parent (PPP). Les chercheurs ont également eu recours à une lettre de suivi et à un appel téléphonique, au besoin. Le consentement a permis à l'hygiéniste dentaire de réaliser, sur place, des évaluations du risque sur la santé buccodentaire pour les résidents des MAPA. Le consentement à recevoir un traitement dentaire plus complexe était obtenu directement par le praticien en médecine dentaire qui prodiguait les soins en question (sur place ou à la clinique dentaire publique ou privée locale).

L'intervention à l'étude a duré 24 semaines, et l'hygiéniste dentaire a maintenu son emploi au-delà de la durée de l'étude (pendant un total de 12 mois). La principale responsabilité de l'hygiéniste dentaire était d'améliorer les pratiques et d'accroître les connaissances en matière de santé buccodentaire au sein des MAPA.

Au départ, les résidents étaient réticents à participer à l'étude. L'hygiéniste dentaire a passé les premières semaines du projet à créer un rapport avec l'ensemble des résidents, ce qui a ultimement permis d'améliorer les taux de participation. La communication et la création d'un climat de confiance sont des parts essentielles de la méthodologie.

L'hygiéniste dentaire a réalisé des évaluations du risque sur la santé buccodentaire, a mis au point des plans de soins buccodentaires personnalisés et a offert des mécanismes d'orientation aux résidents qui avaient besoin d'un traitement dentaire plus complexe. Les résidents ont été orientés vers la clinique dentaire publique, une pratique dentiste privée et un prosthodontiste de la région. Lorsque les résidents étaient incapables de quitter la MAPA, le dentiste en pratique privée et le prosthodontiste se rendaient sur place. L'hygiéniste dentaire a assuré la liaison avec les PPP des résidents et a offert une formation sur la santé buccodentaire en contextes formel et informel au personnel de chaque MAPA.

Les hygiénistes dentaires ont utilisé un miroir buccal à main illuminé pour réaliser l'inspection visuelle de la bouche et évaluer l'indice de plaque dentaire au début de l'étude et à la semaine 24. L'évaluation du risque sur la santé buccodentaire portait sur les dents naturelles, la xérostomie, la présence d'infections, de maladies parodontales et de caries. L'information a mené à la mise en place des mécanismes d'orientation des résidents vers le dentiste et le prosthodontiste. Au cours de l'intervention de 24 semaines, les résidents ont reçu une aide quotidienne pour le brossage, le nettoyage de l'espace interproximal et le nettoyage des dentiers de la part du personnel des MAPA et de l'hygiéniste dentaire, en plus de recevoir des produits d'hygiène buccodentaire. Les problèmes comme la présence d'ulcères, de xérostomie et de candidose ont été pris en charge grâce aux produits d'hygiène dentaire appropriés. L'hygiéniste dentaire a utilisé l'indice de plaque dentaire de Silness et Løe (22) pour évaluer la santé buccodentaire des résidents avant le début de l'intervention et après les 24 semaines. Ces indices ont été consignés par l'hygiéniste dentaire afin d'en garantir la cohérence.

Résultats

Durant les 12 mois d'activité du modèle de soins *Senior Smiles* au sein des cinq MAPA de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud, 337 résidents ont consenti à prendre part à l'étude. Tous les résidents ont subi une évaluation du risque sur la santé buccodentaire et reçu un plan de soins buccodentaires de la part de l'hygiéniste dentaire. Dix-sept des évaluations de risque sur la santé buccodentaire étaient incomplètes; par conséquent, 320 évaluations ont été analysées au départ. Parmi les 320 résidents évalués, 210 (66 %) ont été orientés vers l'hygiéniste dentaire afin de recevoir des soins hygiéniques buccodentaires. Cent dix résidents n'ont pas eu à être orientés vers l'hygiéniste dentaire, car ils prenaient bien soin de leurs dents naturelles ou de leur

dentier eux-mêmes, et certains résidents ne présentaient ni dents naturelles, ni dentier et aucun problème de santé buccodentaire. Des 210 résidents qui ont été orientés vers l'hygiéniste dentaire, 84 résidents (40 %) ont également été orientés vers la clinique dentaire publique régionale et 60 résidents (29 %) ont été orientés vers un dentiste en pratique privée ou un prosthodontiste. Les 66 résidents (31 %) restants ont été évalués par l'hygiéniste dentaire, qui a jugé qu'ils n'avaient pas besoin de soins dentaires supplémentaires.

Parmi les 84 résidents qui ont été orientés vers une clinique dentaire publique, 40 résidents (48 %) ont terminé leur traitement ou étaient en train de le recevoir, 10 résidents (12 %) sont demeurés en liste d'attente, 16 résidents (19 %) ont résisté au traitement, 6 résidents (7 %) ont eu des problèmes de transport et 1 résident (1 %) n'a pas reçu l'autorisation de quitter la MAPA pour recevoir un traitement en clinique publique. Ce dernier résident n'avait pas les moyens financiers de recevoir les soins en pratique privée et n'a donc pas pu recevoir le traitement. De plus, 4 résidents (5 %) n'ont pas reçu l'autorisation de leur PPP d'obtenir un traitement, 4 autres (5 %) attendaient l'autorisation de leur PPP, 2 résidents (2 %) ont quitté la MAPA et 1 résident (1 %) est décédé avant de pouvoir recevoir le traitement.

Parmi les 60 résidents qui ont été orientés vers une pratique dentaire privée, 45 résidents (75 %) avaient terminé le traitement ou étaient en train de le recevoir, 4 résidents (7 %) ont résisté au traitement, 1 résident (2 %) a eu des problèmes de transport, 2 résidents (3 %) ont quitté la MAPA, 5 résidents (8 %) n'ont pas reçu la permission de leur PPP d'obtenir un traitement, 2 résidents (3 %) attendaient l'autorisation de leur PPP et 1 résident (2 %) est décédé avant de recevoir le traitement.

Tous les résidents ont subi une évaluation du risque sur la santé buccodentaire et ont reçu des plans de soins buccodentaires qui visaient à améliorer des pratiques d'hygiène dentaire. Les résidents ont reçu gratuitement un dentifrice fluoré, des brosses à dents et des produits permettant la prise en charge de la xérostomie, du muguet buccal et d'autres problèmes de santé buccodentaire mineurs (comme les ulcères). Dans l'ensemble des 320 participants à l'étude, 204 (64 %) étaient partiellement édentés (quelques dents naturelles). Au début de l'étude, chez l'ensemble des résidents participants, le nombre moyen de dents naturelles par résident ($n = 320$) était de 9,2. Chez les résidents qui avaient des dents naturelles ($n = 204$), le nombre moyen de dents par résident était de 14,4.

Un test t pour échantillons appariés a été réalisé au moyen du logiciel SPSS (IBM SPSS *Statistics* d'IBM Corporation, *Software Group*, Somers, N.Y., É.-U.) pour comparer les indices de plaque dentaire avant l'intervention (tableau 1) aux indices de plaque dentaire après l'intervention (tableau 2) chez les résidents des cinq MAPA. Au cours de l'intervention de 24 semaines, le suivi de 112 résidents a été interrompu : 50 résidents sont décédés,

16 résidents ont quitté la MAPA et 46 résidents n'ont pas atteint la fin de la période d'intervention de 24 semaines. Deux cent huit résidents ont pu faire l'objet de l'analyse après l'intervention.

Tableau 1.
Indices de plaque dentaire avant l'intervention

Tous les résidents ($n = 320$)	1,8
Tous les résidents ayant des dents naturelles ($n = 204$)	2,0

Tableau 2.
Indices de plaque dentaire après l'intervention

Tous les résidents ($n = 208$)	1,3
Tous les résidents ayant des dents naturelles ($n = 124$)	1,4

L'analyse a révélé une faible corrélation ($r = 0,432$) entre les indices de plaque dentaire avant et après l'intervention et une amélioration significative de la plaque dentaire ($p < 0,0001$) en raison de la mise en place du modèle de soins buccodentaires fondé sur la présence de l'hygiéniste dentaire pour surveiller et maintenir la bonne santé buccodentaire des résidents pendant la période de l'intervention. L'ampleur de l'effet (0,49) sur les indices de plaque dentaire indique que les résultats ont une signification modérée pour la pratique (tableau 3).

Discussion

Les résultats de cette étude fournissent un aperçu des avantages du modèle de soins *Senior Smiles*, conçu pour la prise en charge de la santé buccodentaire des personnes âgées en MAPA. Les personnes âgées représentent un groupe de patients vulnérables ayant des maladies buccodentaires importantes (23). La littérature actuelle confirme qu'une bonne santé buccodentaire est essentielle à la bonne santé générale et que les maladies buccodentaires sont fortement liées aux problèmes de santé généraux. En effet, la mauvaise santé buccodentaire est liée à des maladies chroniques comme le diabète ainsi que les maladies cardiovasculaires, respiratoires et cérébrovasculaires. Les personnes âgées en MAPA sont particulièrement à risque en raison de leur fragilité, de leur déficit cognitif et de leur dépendance sur le personnel de la MAPA pour administrer les soins d'hygiène buccodentaire (5, 24-28).

La prise en charge des soins buccodentaires en MAPA est complexe et de nombreux facteurs y font obstacle : les MAPA doivent fournir l'ensemble des soins dont leurs résidents ont besoin tout en respectant les exigences de rentabilité associées à

leur budget. Les résidents ont souvent accès à des fonds limités et les PPP peuvent être réticents à autoriser le paiement des soins buccodentaires. Par ailleurs, les professionnels des soins dentaires ont souvent de la difficulté à prodiguer des traitements dentaires en MAPA aux personnes âgées présentant un déficit cognitif (tableau 4).

En tenant compte de ces difficultés, le gouvernement australien a entériné en 2010 un programme de santé buccodentaire en MAPA, le *Better Oral Health in Residential Care* (BOHRC). Cette initiative de « formation des formateurs » a fourni aux MAPA les ressources permettant de former leur personnel sur les bonnes pratiques de santé buccodentaire destinées aux résidents. Le BOHRC a atteint 89 % des MAPA australiennes et visait à faire la promotion d'une approche nationale cohérente favorisant une meilleure santé buccodentaire chez les Australiens en MAPA (29). Le BOHRC est très réussi et a fourni une formation en soins buccodentaires à plus de 4 885 membres du personnel infirmier en MAPA, en plus de mettre au point et de distribuer un ensemble de ressources recherchées en la matière. La formation offerte était appropriée et les ressources distribuées étaient fondées, mais le fait demeure que le personnel des MAPA se concentre sur les autres soins de santé et que la santé buccodentaire ne fait toujours pas l'objet d'une prise en charge adéquate dans la majorité des MAPA.

Il est décevant de constater que les problèmes de santé buccodentaire ne se sont pas beaucoup améliorés depuis que Chalmers a entamé ses recherches, il y a plus de dix ans (3-7, 23, 28). Il y a toujours un besoin criant pour une approche collaborative qui s'attaquera au problème complexe qui sévit dans cet environnement difficile. Les connaissances locales sont importantes, les renseignements démographiques sont pertinents, les relations professionnelles entre le personnel des MAPA et les fournisseurs de soins buccodentaires sont essentielles et, finalement, un modèle de soins orienté sur la prévention est nécessaire.

Avant la mise en œuvre du modèle de soins *Senior Smiles*, aucune des cinq MAPA visées par l'étude n'avait un protocole formel de prise en charge de la santé buccodentaire. De manière générale, les résidents aptes prenaient en charge leurs soins d'hygiène dentaire eux-mêmes, mais les mêmes soins étaient souvent négligés chez les résidents qui présentaient des déficits cognitifs ou physiques qui les rendaient incapables de le faire. Les membres du personnel des MAPA ont confirmé que les soins d'hygiène dentaire n'étaient pas prioritaires, qu'ils n'étaient pas à l'aise de travailler dans la zone buccale et qu'ils étaient incapables de détecter avec assurance les maladies buccodentaires nécessitant l'orientation vers un professionnel, voire un traitement urgent. Le modèle de soins *Senior Smiles* s'attaque à ces inégalités et fournit à la direction et au personnel des MAPA l'occasion de travailler dans un contexte de collaboration et de soutien, avec un hygiéniste et d'autres praticiens des soins dentaires, afin d'optimiser les soins buccodentaires offerts à leurs patients.

Tableau 3.
Indices de plaque dentaire avant et après l'intervention

DONNÉES STATISTIQUES SUR LES ÉCHANTILLONS APPARIÉS				
	Moyenne	N	Écart-type	Erreur-type
Paire 1				
Indice (avant)	1,837	208	0,7370	0,0511
Indice (après)	1,346	208	0,4967	0,0344

CORRÉLATION ENTRE LES ÉCHANTILLONS APPARIÉS			
	N	Corrélation	Sig.
Paire 1			
Indice (avant) et indice (après)	208	0,432	0,000

	n	Différence moyenne	Écart-type	IC à 95 %	Valeur p
Indices de plaque avant et après l'intervention	208	0,490	0,688	0,40, 0,58	< 0,0001

Un résultat significatif sur le plan statistique ($p < 0,0001$) montre que l'intervention d'un hygiéniste dentaire entraîne une réduction efficace de l'indice de plaque dentaire chez les résidents des cinq MAPA.

Tableau 4.

DONNÉES RELATIVES À L'ÉTAT DU PARCOURS DE TRAITEMENT DES RÉSIDENTS		
Résident	Public	Privé
Traitement complété ou en cours	40 (44 non traités)	45 (15 non traités)
Décédés	1	1
Déménagé (nouvel établissement ou retour à la maison)	2	2
PPP a refusé l'administration du traitement dentaire	4	5
En attente de la décision du PPP	4	2
N'a pas reçu l'autorisation de quitter la MAPA	1	0
A refusé le traitement ou résisté à le recevoir	16	4
Problème de transport ou délai à la MAPA	6	1
Toujours sur la liste d'attente	10	0

La mise en œuvre du modèle de soins *Senior Smiles* a d'abord été difficile : l'hygiéniste dentaire a eu du mal à intégrer son travail au fonctionnement quotidien des MAPA, les résidents et le personnel des MAPA résistaient souvent aux pratiques d'hygiène buccodentaire, qui n'était par ailleurs pas considérée comme étant prioritaire.

Cette difficulté n'est pas limitée aux MAPA d'Australie ; d'autres pays confirment (30) que les MAPA sont des environnements difficiles à intégrer et les résidents présentant un déficit cognitif peuvent refuser que leur hygiène buccodentaire soit prise en charge. Le contexte exige des procédés cohérents et systématiques qui favorisent les bonnes pratiques en matière d'hygiène buccodentaire ainsi que les mécanismes d'orientation bien établis. Le présent modèle de soins repose sur un défenseur de la santé buccodentaire, soit l'hygiéniste dentaire autorisé qui se concentre sur la prévention afin de prendre en charge la santé dentaire en MAPA, et ce, sur une base quotidienne. Le modèle de soins *Senior Smiles* fournit un lien essentiel entre la prévention et les soins en matière de traitements dentaires dans un cadre procurant attention et soutien. L'hygiéniste dentaire crée un lien avec les membres du personnel, les résidents, les dentistes et les prothodontistes, ce qui renforce les bonnes pratiques en hygiène buccodentaire au sein de l'établissement.

Conclusion

Les résultats de l'étude indiquent que le modèle de soins *Senior Smiles* réussit à fournir des soins buccodentaires aux personnes âgées vivant dans les maisons d'accueil pour personnes âgées de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud. L'hygiéniste dentaire a joué un rôle important dans la réussite de l'initiative : les relations de collaboration et les mécanismes d'orientation des patients qu'il a mis au point ont mis en valeur les pratiques préventives en santé buccodentaire et permis l'administration diligente des soins dentaires appropriés pour les personnes âgées vivant dans les cinq MAPA. Ce modèle de soins est transposable et a été adopté dans d'autres MAPA en conséquence directe des résultats de l'initiative *Senior Smiles*.

Pertinence clinique

La présente étude visait à définir les bienfaits sur la santé buccodentaire des personnes âgées des maisons d'accueil de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, de l'intervention d'un hygiéniste dentaire autorisé pour fournir des évaluations du risque sur la santé buccodentaire, des plans de soins et des mécanismes d'orientation vers des services d'hygiène et de soins dentaires.

Observations principales

Les données relatives aux indices moyens ont montré que l'intervention d'un hygiéniste dentaire entraîne une amélioration des indices de plaque dentaire chez les résidents.

Conséquences sur la pratique

Les personnes âgées en maisons d'accueil ont besoin d'une approche structurée en matière de soins buccodentaires préventifs qui offrent des mécanismes d'orientation permettant l'administration rapide de soins. La recherche fournit un modèle de soins qui peut être adopté dans n'importe quel établissement ou centre d'hébergement.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier sincèrement M. Richard Nankervis, président et directeur général du bureau local d'assurance-maladie de la côte centrale de la Nouvelle-Galles du Sud, qui a cru au concept *Senior Smiles* et offert un soutien financier à la recherche, et la Dre Susan Cartwright, directrice des Affaires scientifiques à Colgate Palmolive, Australie, qui a généreusement offert des produits de soins dentaires à tous les résidents qui ont participé à l'étude. ■

Références

- Hopcraft MS, Morgan MV, Satur JG, Wright FAC. Dental service provision in Victorian residential aged care facilities. *Aust Dent J* 2008;53: 239-245.
- Australian Bureau of Statistics. (2005) Population Projects, Australia, 2004; 2101. ABS (Cat. No. 3222.0).
- Chalmers JM, Hodge CP, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD. The Adelaide Dental Study of Nursing Homes 1998. AIHW cat. N. DEN 83. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit (Dental Statistics and Research Series N.22) 2000.
- Chalmers JM, Ettinger RL, Thomson WM, Specicer AJ. Aging and Dental Health. AIHW cat. No DEN 45. AIHW Dental Statistics and Research Series No 19. The University of Adelaide, 1999.
- Chalmers JM. Oral health promotion for our ageing Australian population. *Aust Dent J* 2003; 48: 2-9.
- Chalmers JM, Carter KD *et al.* The oral health of older adults with dementia. AIHW cat. No. DEN 111. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit (Dental Statistics and Research Series No. 29) 2005.
- Chalmers JM, Gryst M, Jolly M. Dental Resource Handbook. Adelaide: Alzheimer's Association of South Australia; 1997 (Updated 2001).
- Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H *et al.* Oral hygiene reduces respiratory infections in the elderly bed-bound nursing home patients. *Arch Gerontol Geriatr* 1996; 22: 11-19.
- Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T *et al.* Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 430-433.
- Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T. Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 94: 191-195.
- Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg* 2007; 5: 69-74.
- Nakamura Y, Kanaoka R, Yamabe Y. Items used to assess oral health in care-dependant persons and changes in oral condition after care intervention. *Int Chin J Dent* 2005; 5: 53-60.
- Peltola P, Vehkalahti MM, Simoila R. Effects of 11 – month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* 2007; 24: 14-21.

14. Choi SM, Kim GU, Sa KJ. Effects of professional oral care for long-term patients in nursing facilities on the streptococcus mutans population in the intraoral region. *J Korea Acad-Industrial Cooperation Society* 2014; 15: 5062-5069.
15. Baby J, Fenol A. Effect of professional oral care on the incidence of pneumonia in the elderly living in nursing homes – a pilot study. *KMJ* 2010; 6: 55-59.
16. Wallace JP, Taylor JA, Wallace LG, Cockrell DJ. Student focused oral health promotion in residential aged care facilities. *Int J Health Promot Educ* 2010; 48: 111-130.
17. Wallace JP, Taylor JA, Blinkhorn FA. An Assessment of a service learning placement programme in residential aged care facilities for final year dental hygiene students. *J Disabil Oral Health* 2012; 13: 163-167.
18. Wallace JP, Blinkhorn AS, Blinkhorn FA. Reflective folios for dental hygiene students: what do they tell us about a residential aged care student placement program? *Eur J Dent Educ* 2013; 17: 236-240.
19. Wallace JP, Blinkhorn AS, Blinkhorn FA. An assessment of the educational value of service-learning community placements in residential aged care facilities. *Int J Dent Hyg* 2014; 12: 298-304.
20. Wallace JP, Blinkhorn As, Blinkhorn FA. Dental hygiene students' views on a service-learning residential aged care placement program. *Am J Dent Hyg* 2014; 88: 309-315.
21. Hopcraft MS, Morgan NM, Satur JG, Wright FAC. Utilising dental hygienists to undertake dental examinations and referral in residential aged care facilities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 378-384.
22. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. *Acta Odontol Scand* 1963; 21: 533-551.
23. Charmers JM, Carter KD, Fuss JM, Spencer Aj, Hodge CP. Caries experience in existing and new nursing home residents in Adelaide, Australia. *J Gerodontology* 2002; 19: 30-40.
24. Peterson PE. The burden of oral disease: challenges of improving oral health in the 21st century. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 3.
25. Miegel K, Wachtel T. Improving the oral health of older people in long-term residential care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 2009; 4: 97-113.
26. Kandelman D, Peterson PE, Ueda H. Oral health, general and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224-236.
27. National Advisory Committee on Oral Health. Healthy mouths, health lives: Australia's National Oral Health Plan 2004-2013. Government of South Australia, on behalf of the Australian Health Minister's Conference (AHMC). Endorsed by AHMC 29 July 2004.
28. Chalmers J, Peterson A. Oral hygiene care of residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs* 2005; 52: 410-419.
29. Lewis A, Wallace J, Deutsch A, King P. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. *Aust Dent J* 2015; 60 (1 Suppl.): 1-11.
30. Hargraves VM, Mitchell TV, Carter-Hanson C, Simmer-Beck M. A qualitative analysis of oral health care needs in Arkansas nursing facilities: the professional role of the dental hygienist. *Am J Dent Hyg* 2014; 88: 353-363.

Créateurs de carrières !

Chez **Centres dentaires Lapointe**, les hygiénistes dentaires sont des professionnels de première ligne.

Nous vous offrons de nombreux avantages exclusifs :

AVANTAGES

- Régime de retraite (avec participation de l'employeur)
- Plan d'assurances collectives
- Remboursement de la cotisation professionnelle*
- Remboursement des frais d'inscription pour certaines formations*
- Programme d'escompte de soins dentaires*
- Primes de fin de semaine

*Certaines conditions s'appliquent

CONTACTEZ : **Yanny Gagnon,**
Conseillère en ressources humaines
(450) 679-2300 poste 2257
cv@centreslapointe.com

Lapointe
centres dentaires



Zoom santé

COUP D'ŒIL SUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DES AÎNÉS DU QUÉBEC :

une comparaison avec le reste du Canada. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*

Par **Rosanna Baraldi** avec la collaboration de **Valeriu Dumitru**¹

Source : Reproduction autorisée. « © Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2014 » Novembre 2014, numéro 48.

C'est à partir du début des années 2000, sous l'impulsion de la grande initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la santé buccodentaire, que les perceptions sur l'importance de la santé des dents et de la bouche sont appelées à se transformer². On peut affirmer, sans trop risquer de se tromper, que pendant de longues années, la santé

buccodentaire a été considérée comme un domaine à part, sans lien avec la santé générale, et de moindre importance. Cette marginalisation est d'ailleurs toujours observable, car les changements profonds mettent souvent du temps à se concrétiser. À cet égard, mentionnons que l'image de l'adulte âgé édenté, longtemps banalisée, persiste encore³. En intégrant la santé buccodentaire aux programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé générale, la stratégie de l'OMS provoque un virage important : on reconnaît officiellement que la santé buccodentaire joue un rôle critique dans l'état de santé général⁴.

OBJECTIFS GÉNÉRAUX

L'information statistique présentée dans cette publication vise à documenter et à comparer quelques indicateurs de santé buccodentaire chez les adultes québécois âgés de 45 ans et plus, en prêtant une attention particulière aux plus de 65 ans, soit les personnes âgées de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus. Les analyses présentées portent sur l'état de la dentition, sur le temps écoulé depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires au moment de l'enquête, et sur le fait de bénéficier ou non d'une assurance couvrant en totalité ou partiellement les soins dentaires.

Les données analysées sont tirées de l'*Enquête sur le vieillissement en santé* menée par Statistique Canada en 2008-2009, dont l'un des objectifs était de permettre la production d'estimations statistiques fiables chez les aînés. Pour ce faire, Statistique Canada a suréchantillonné les personnes de 65 ans et plus.

Cette enquête permet également de comparer les Québécois aux personnes résidant dans le reste du Canada, apportant ainsi un éclairage particulier sur les informations statistiques recueillies.

De fait, les recherches récentes ont montré que la santé des dents et de la bouche est liée à plusieurs problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, les infections pulmonaires, ou encore le diabète⁵. Plus globalement, comme le souligne le rapport de l'OMS (2003), la santé buccodentaire est un facteur déterminant de qualité de vie : « Le complexe maxillo-facial nous permet de parler, de sourire, d'embrasser, de toucher, de sentir, de goûter, d'avalier et de pleurer sans éprouver de douleur. Il nous protège contre les infections microbiennes et les menaces liées à l'environnement. Les maladies buccodentaires restreignent les activités scolaires, professionnelles et personnelles, entraînant la perte de millions d'heures d'études et de travail chaque année partout dans le monde. De plus, l'impact psychologique et social de ces maladies diminue sensiblement la qualité de vie⁶. »

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE : UN CHAMP PROPICE AUX INÉGALITÉS DE SANTÉ

De façon récurrente, les données d'enquêtes sur la santé buccodentaire des populations révèlent la présence d'importantes inégalités de santé. Les populations vulnérables, que ce soit dans les pays en développement ou dans les pays riches et industrialisés, sont particulièrement touchées par plusieurs obstacles à l'accès aux soins dentaires, dont le coût est, sans nul doute, parmi les principaux.

En 2010, le rapport de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP, 2008) concluait que les personnes qui expriment une insatisfaction à l'égard de leur santé buccodentaire, qui déclarent de moins bonnes habitudes de brossage des dents ou qui sont édentées sont moins favorisées sur le plan économique, se considèrent plus fréquemment comme pauvres ou très pauvres, et sont moins scolarisées⁷. En 2010 également, on pouvait lire dans le rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'*Enquête canadienne sur les mesures de la santé* (ECMS, 2007-2009) que comparativement à leurs concitoyens plus favorisés, on observe entre autres chez les Canadiens à faible revenu :

- un nombre nettement moins élevé de consultations chez le dentiste au cours des 12 derniers mois;
- des taux inférieurs de consultations annuelles à des fins de suivi, de prévention ou de traitement;
- une plus forte proportion d'évitement des consultations chez le dentiste en raison des coûts;
- une proportion supérieure de personnes ne recevant pas les traitements recommandés en raison des coûts⁸.

Au Canada, dans la foulée du mouvement initié par l'OMS, un Groupe de travail fédéral-provincial-territorial composé des directeurs de santé dentaire a déposé en 2005 la première Stratégie canadienne de santé buccodentaire⁹. Reconnaissant le peu d'efforts consacrés à la promotion de la santé buccodentaire et le fait que les citoyens et les gouvernements ne sont guère conscients des liens entre la santé générale et la santé buccodentaire, ce document décrit les obstacles à l'atteinte et au maintien d'un état de santé optimal et fixe des objectifs à atteindre pour 2010¹⁰. En 2012, ce même groupe de travail publiait le Cadre canadien 2013-2018 sur la santé buccodentaire, document dans lequel sont présentés les progrès accomplis depuis 2005, les objectifs relatifs à l'amélioration de l'état de santé buccodentaire, et les stratégies qui permettraient de les concrétiser¹¹.

Le Québec, de son côté, s'est doté du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*¹² visant à « soutenir la mise en œuvre de services de prévention et de promotion favorables au maintien et à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants et de la population en général »¹³. Dans ce plan d'action, diverses interventions sont proposées en lien avec les problèmes identifiés et les populations cibles. Bien que la population adulte soit incluse, les actions sont principalement dirigées vers les enfants, de manière à agir en amont de l'apparition de problèmes plus sérieux.

ORGANISATION ET COÛTS DES SOINS DENTAIRE

Au Canada, les services médicaux et hospitaliers sont couverts par des régimes universels financés par les gouvernements au moyen des impôts et des taxes payés par les contribuables. C'est

ce qu'on appelle communément l'assurance maladie. Mis à part certains programmes précis pouvant varier d'une province à l'autre (ex. services aux enfants de moins de 10 ans, services aux personnes prestataires d'un programme d'aide financière, etc.), la plupart des soins dentaires ne sont pas inclus dans les régimes d'assurance maladie, et sont principalement offerts par des praticiens indépendants dans le cadre de cliniques privées. Les coûts relatifs aux soins dentaires sont donc défrayés soit par la personne qui reçoit le service, soit en partie ou en totalité par une assurance privée à laquelle la personne peut souscrire pour elle-même et pour les membres de sa famille, très souvent dans le cadre d'un programme d'assurance collective lié à l'emploi.

Les soins dentaires sont dispendieux. Selon les informations récentes disponibles sur le site Internet de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2011, les dépenses attribuées à la catégorie « Autres professionnels », c'est-à-dire principalement aux dentistes et aux spécialistes de la vue, totalisaient 19,5 milliards de dollars, soit 9,8 % des dépenses totales en santé au Canada¹⁴. De ce 19,5 milliards, on constate que les dépenses consacrées aux dentistes par les compagnies d'assurance sont de l'ordre de 11,9 milliards de dollars, et de 700 millions de dollars pour la part payée par le secteur public, sans compter les sommes déboursées directement par les individus.

Ainsi, les dépenses en soins dentaires constituent la très grande part des dépenses de santé payées par les compagnies d'assurances, loin devant les soins de la vue et les services rendus par d'autres professionnels tels que les chiropraticiens, les psychologues, les physiothérapeutes, etc. Pour prendre la mesure de ce que peuvent signifier tous ces milliards, mentionnons que dans son rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire réalisé à partir des données de l'ECMS 2007-2009, Santé Canada souligne qu'en 2009, les coûts directs totaux des soins dentaires arrivaient au deuxième rang, après ceux des maladies cardiovasculaires. En ce sens, les coûts directs totaux des soins dentaires étaient plus élevés que ceux liés aux maladies mentales, aux troubles de l'appareil digestif, aux maladies respiratoires, aux blessures et aux cancers¹⁵.

SANTÉ BUCCODENTAIRE ET VIEILLISSEMENT

Bien que l'importance d'une bonne santé buccodentaire dans le maintien d'une bonne santé générale soit de plus en plus reconnue, il semble tout de même que la santé buccodentaire des personnes plus âgées soit laissée pour compte. Elle retient peu l'attention des gouvernements, des citoyens et même des chercheurs¹⁶.

Pourtant, lorsque l'on examine les connaissances disponibles sur la santé buccodentaire des personnes âgées, la situation apparaît comme étant très préoccupante. En ce sens, dans le cadre des Journées de santé dentaire publique du Québec de 2013, le titre de l'un des ateliers, *Catastrophe en gérodontologie... Comment*

prévenir?, soulignait l'ampleur du problème et la nécessité d'intervenir auprès de cette population¹⁷. Dans son mémoire présenté lors de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, l'Ordre des dentistes du Québec qualifiait « d'alarmante » la situation de la santé buccodentaire des personnes âgées à l'échelle du continent, et surtout celle des personnes en perte d'autonomie :

« Contrairement aux aînés qui sont souvent assez alertes pour accéder aux cabinets des dentistes et y recevoir les soins requis comme les autres adultes, les personnes en perte d'autonomie, autant à domicile qu'en institution, demandent une attention spéciale pour leur procurer les soins requis¹⁸. »

« Quand elles ont un problème buccal, les personnes âgées sont plus enclines à se retirer de la vie sociale, alors qu'une bouche en bon état contribue à les garder optimistes et plus à l'aise en société²². »

Le vieillissement accroît le risque de problèmes buccodentaires qui peuvent se répercuter sur la santé générale souvent fragilisée des personnes plus âgées. Chez les aînés, on observe généralement une prévalence plus élevée de problèmes cumulatifs et évolutifs tels que les caries de la racine, les gingivites, les parodontites¹⁹, les cancers de la bouche, et autres²⁰. La sécheresse de la bouche, associée à la prise de certains médicaments souvent prescrits aux personnes âgées, diminue la quantité de salive et rend les dents plus sensibles au développement de la carie. En raison de dents manquantes, cariées ou obstruées, la surface de mastication peut être réduite et entraîner des problèmes sur le plan de l'alimentation générale et de la capacité à manger certains aliments. Ainsi, lorsque la perte d'autonomie apparaît dans la vie des personnes, la santé buccodentaire peut se dégrader rapidement. Souvent, quelques mois suffisent pour constater l'apparition de caries et de maladies des gencives²¹.

Par ailleurs, comme le décrit un document diffusé par le Centre d'excellence pour la santé buccodentaire et le vieillissement, les troubles buccodentaires influencent tout autant le bien-être social et psychosocial que la santé physique :

Si les aînés sont parmi les sous-groupes présentant le plus de problèmes buccodentaires, ils sont aussi parmi ceux qui auraient le moins recours aux soins dentaires²³. Il est fort probable que la question du coût soit l'un des facteurs déterminants de ce moindre recours. Toutefois, indépendamment des coûts, il a également été observé que la présence de divers troubles de santé peut diminuer l'attention que les personnes âgées portent aux soins de leur bouche et de leurs dents. Bon nombre d'entre elles auraient tendance à ne pas exprimer leurs besoins tant qu'elles ne ressentent pas de douleurs importantes ou qu'elles n'éprouvent pas de difficultés notables à s'alimenter. De même, les habitudes d'hygiène peuvent aussi être négligées. Souvent, les personnes en perte d'autonomie n'ont plus la dextérité nécessaire pour bien prendre soin de leurs dents et n'en informent pas leur entourage²⁴.

D'autres éléments subjectifs peuvent être en cause dans ce moindre recours aux soins par les personnes plus âgées : des croyances personnelles selon lesquelles la perte des dents est un phénomène normal ou naturel, une anxiété vécue relativement aux soins, aux douleurs et désagréments qui peuvent être associés aux visites chez le dentiste, une insatisfaction ressentie lors de soins précédents, etc. Certaines études rapportent une sous-déclaration des symptômes par les personnes âgées : plus de la moitié des symptômes considérés comme sérieux ne seraient pas déclarés aux professionnels de la santé²⁵. Dans un programme public suédois incluant le suivi dentaire régulier, il a été constaté que 13 % des personnes de 65 ans et plus ne se présentaient pas à leur consultation, et que cette proportion atteignait 21 % chez les 80 ans et plus²⁶.

Ces quelques observations illustrent bien la complexité de la problématique de la santé buccodentaire dans le contexte du vieillissement, ainsi que la nécessité d'interventions multidisciplinaires et la promotion de modalités d'accès aux soins dentaires mieux adaptés aux besoins des personnes âgées.

RÉSULTATS

L'*Enquête sur le vieillissement en santé 2008-2009* (voir l'encadré sur l'enquête à la page 28) comprend un module sur la santé buccodentaire permettant de tracer un portrait sommaire de l'état de la dentition et du temps écoulé depuis la dernière consultation chez un professionnel de la santé dentaire à partir de données auto-déclarées recueillies auprès des adultes de 45 ans et plus. Cette enquête s'est également intéressée aux enjeux liés aux inégalités de santé en incluant des questions sur le fait d'avoir ou non des assurances couvrant en totalité ou partiellement les frais dentaires, sur le type d'assurance détenu, et sur le statut de la retraite. Ces aspects sont particulièrement pertinents lorsque l'on s'intéresse à la population des 65 ans et plus découpée plus finement en sous-groupes de 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. Pour toutes les analyses statistiques effectuées, une comparaison entre la population québécoise et la population du reste du Canada est présentée.

L'ÉTAT DE LA DENTITION

Pour tous les groupes d'âge, les Québécois sont proportionnellement plus nombreux à ne plus avoir de dents naturelles ou à porter des prothèses que les personnes du reste du Canada.

Les résultats obtenus en 2008-2009 dans le cadre de l'*Enquête sur le vieillissement en santé* indiquent que près du quart de la population québécoise âgée de 45 ans et plus (24 %) rapporte n'avoir plus aucune dent naturelle, contre 13 % pour les personnes du reste du Canada (tableau 1). En outre, environ 58 % des Québécois de 45 ans et plus déclarent porter des prothèses, contre 33 % des personnes du reste du Canada, ce qui constitue un écart important.

Tableau 1.

Certaines caractéristiques de l'état des dents selon le sexe et selon l'âge, adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009¹

	Avoir dents naturelles ²	Aucune dent naturelle	Porter des prothèses ³
	%		
Total			
Québec	75,8	24,2	57,8
Reste du Canada	87,2	12,8	33,2
Hommes			
Québec	78,4	21,6	54,9
Reste du Canada	88,0	12,0	32,1
Femmes			
Québec	73,3	26,7	60,4
Reste du Canada	86,5	13,5	34,2

1. Pour chacune des caractéristiques présentées dans ce tableau, les différences entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives.
2. Cette catégorie inclut le fait d'avoir une ou plusieurs dents naturelles.
3. Le terme « prothèse » désigne les dentiers, partiels et fausses dents qui peuvent être enlevés. Les implants permanents sont exclus.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Des différences importantes, qui vont dans le même sens que celles observées pour l'ensemble de la population, sont également présentes lorsque l'on compare les hommes entre eux et les femmes entre elles (Québec par rapport au reste du Canada). Les hommes et les femmes du Québec sont proportionnellement plus nombreux à déclarer n'avoir aucune dent naturelle ainsi qu'à porter des prothèses que les hommes et les femmes du reste du Canada (tableau 1). Conséquemment, les hommes et les femmes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir au moins une ou plusieurs dents naturelles. Les écarts sont importants : alors que 22 % des hommes québécois déclarent n'avoir aucune dent naturelle, ce sont 12 % des hommes du reste du Canada qui sont touchés par cette situation. Du côté des femmes, on observe que près de 27 % des Québécoises déclarent n'avoir aucune dent naturelle, alors que c'est le cas pour près de 14 % des femmes du reste du Canada.

Sans surprise, on observe que la proportion des personnes édentées augmente d'un groupe d'âge à l'autre, tant au Québec que dans le reste du Canada. En se référant à la figure 1, on constate qu'au Québec, la proportion des personnes édentées débute à 9 % chez

les 45-54 ans pour atteindre 69 % chez les 85 ans et plus, alors que dans le reste du Canada, cette proportion passe de 3,7 % chez les 45-54 ans à 40 % chez les 85 ans et plus. On observe que l'augmentation de la proportion des personnes édentées selon l'âge progresse rapidement au Québec et que les écarts entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont importants chez tous les groupes d'âge. Par exemple, la proportion des personnes édentées au Québec chez les 65-74 ans est similaire à la proportion des personnes édentées dans le reste du Canada chez les 85 ans et plus, soit environ 40 %.

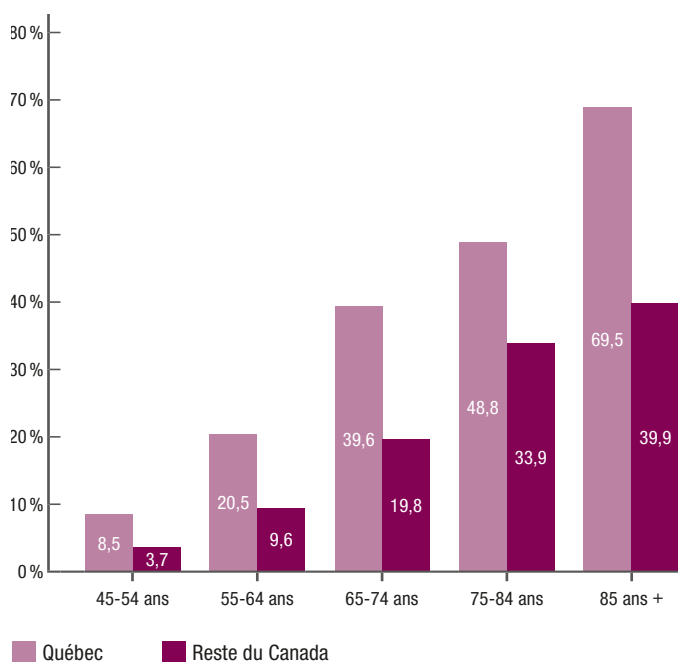
En concordance avec les résultats portant sur l'édentation, la proportion des personnes déclarant avoir des dents naturelles diminue d'un groupe d'âge à l'autre (figure 2). Notons que les écarts observés entre la population du Québec et celle du reste du Canada, à partir du groupe des 55-64 ans, sont encore une fois importants. Comme pour l'édentation, on observe sans surprise que la proportion de personnes portant des prothèses dentaires augmente d'un groupe d'âge à l'autre, au Québec comme dans le reste du Canada (figure 3). C'est toujours au Québec que les

estimations sont passablement plus élevées, et les écarts entre les deux populations sont importants. Soulignons principalement les écarts observés chez les deux groupes d'âge plus jeunes, soit les 45-54 ans et les 55-64 ans, pour lesquels on constate que, proportionnellement, plus du double des personnes du Québec déclarent porter des prothèses comparativement aux personnes du reste du Canada.

C'est toujours au Québec que les estimations sont passablement plus élevées, et les écarts entre les deux populations sont importants.

Figure 1.

ÉDENTATION SELON L'ÂGE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES AU MOMENT DE L'ENQUÊTE

Alors que 56 % des Québécois de 45 ans et plus déclarent avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête, ceci est le cas pour 71 % des personnes du reste du Canada (tableau 2). Parallèlement, tandis que près du quart des Québécois (24 %) déclarent qu'il s'est écoulé trois ans ou plus depuis leur dernière visite chez un spécialiste des soins dentaires, seulement 14 % des personnes du reste du Canada entrent dans cette catégorie. Les différences entre ces proportions sont significatives.

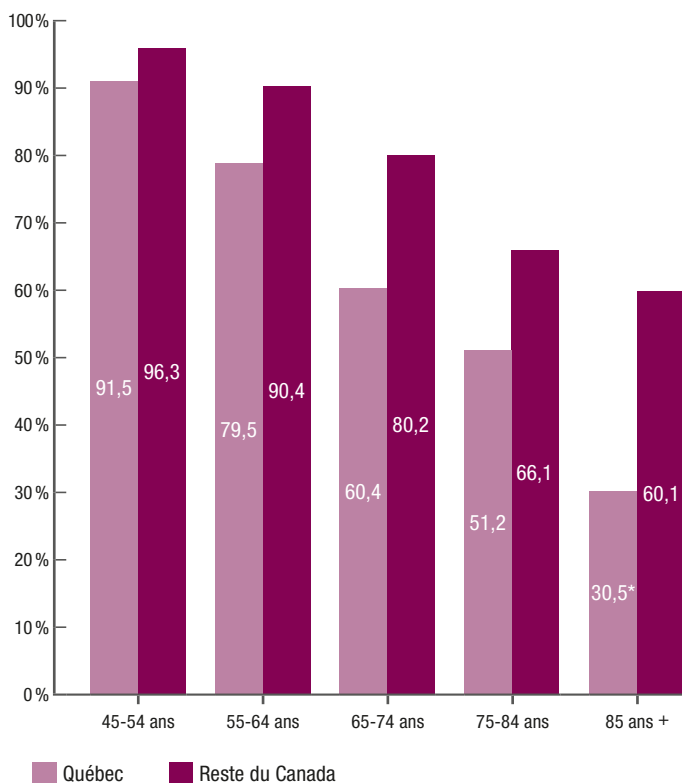
Lorsque l'on compare les hommes entre eux et les femmes entre elles (Québec par rapport au reste du Canada), les différences vont dans le même sens que celles observées dans l'ensemble de la population. Les hommes et les femmes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreux à avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête, et proportionnellement moins nombreux à avoir attendu trois ans ou plus avant de consulter un professionnel des soins dentaires (tableau 2).

Les résultats détaillés selon les groupes d'âge présentés dans la figure 4 révèlent, sans surprise, qu'au Québec comme dans le reste du Canada, plus les gens sont âgés, moins ils ont consulté un spécialiste des soins dentaires dans les 12 mois précédant l'enquête. Alors que 66 % des Québécois et que 77 % des personnes du reste du Canada âgées de 45 à 54 ans déclarent avoir consulté un spécialiste des soins dentaires durant les 12 derniers mois, ces proportions tombent à 23 % pour les Québécois de 85 ans

et plus et à 48 % pour les personnes du reste du Canada dans ce même groupe d'âge.

Bien que ce phénomène de diminution avec l'âge du recours à un spécialiste des soins dentaires sur une période de 12 mois soit observable tant au Québec que dans le reste du Canada, les différences entre les proportions observées au Québec et dans le reste du Canada sont significatives pour tous les groupes d'âge. Autrement dit, dans tous les groupes d'âge examinés, les personnes du reste du Canada ont été proportionnellement plus nombreuses à consulter un spécialiste des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête.

Figure 2.
PROPORTION DES PERSONNES AYANT DES DENTS NATURELLES¹ SELON L'ÂGE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

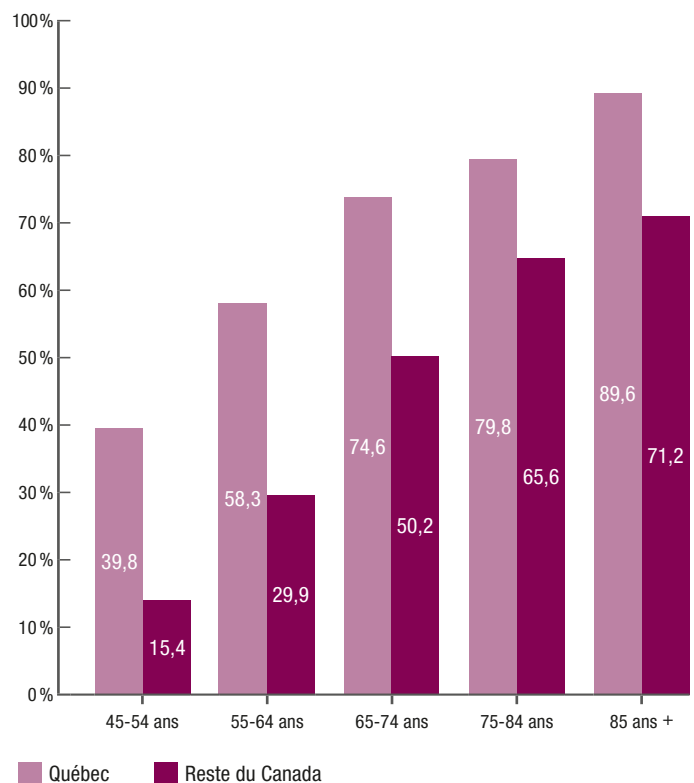
* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

1. Cette catégorie inclut le fait d'avoir une ou plusieurs dents naturelles.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec

En se référant maintenant à la figure 5, lorsque l'on examine la période variant d'un an à moins de trois ans, on peut observer, tous groupes d'âges confondus, tant au Québec que dans le reste du Canada, qu'environ 15 % à 20 % de la population des 45 ans et plus se situent dans cette catégorie. La plus faible proportion observée est de 15 % (chez les 55-64 ans du reste du Canada), tandis que la proportion la plus élevée observée est de 21 % (chez les 45-54 ans du Québec). Ainsi, les estimations obtenues pour cette période écoulée depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires (un an à moins de trois ans) varient relativement peu selon l'âge. Notons que les seules différences

Figure 3.
PORT DE PROTHÈSES¹ SELON L'ÂGE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs. Les différences entre les divers groupes d'âge pour la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatives, sauf celles entre les 65-74 ans et les 75-84 ans au Québec, et celles entre les 75-84 ans et les 85 ans et plus du reste du Canada.

1. Le terme «prothèse» désigne les dentiers, partiels et fausses dents qui peuvent être enlevés. Les implants permanents sont exclus.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

significatives entre la population québécoise et celle du reste du Canada sont observées chez les 45-54 ans. Pour tous les autres groupes d'âge, les différences observées ne sont pas significatives.

En ce qui concerne les consultations qui remontent à trois ans et plus (figure 6), dans tous les groupes d'âge, les différences entre les Québécois et les personnes du reste du Canada sont significatives, les Québécois étant toujours proportionnellement plus nombreux à déclarer une visite chez un professionnel des soins dentaires qui remonte à trois ans et plus. On peut constater que l'écart le plus important touche le sous-groupe des 85 ans et plus : 59 % des Québécois ont déclaré ne pas avoir consulté un professionnel des soins dentaires depuis au moins trois ans, contre 33 % des personnes dans le reste du Canada. Ce sont là des différences notables.

Parmi les divers motifs pouvant expliquer pourquoi les personnes n'ont pas consulté un professionnel des soins dentaires durant trois ans et plus, les plus fréquents sont les suivants (données non présentées) : ce n'était pas nécessaire selon le répondant (57 % au Québec contre 39 % dans le reste du Canada); le coût (10 % au Québec contre 20 % dans le reste du Canada); le port d'un dentier (25 % au Québec contre 33 % dans le reste du Canada).

Tableau 2.

DERNIÈRE VISITE CHEZ UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES SELON LE SEXE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009

	Moins d'un an	Un an à moins de trois ans	Trois ans et plus ¹
	%		
Total			
Québec	56,5	19,1	24,4
Reste du Canada	70,7	15,1	14,2
Hommes			
Québec	55,9	19,9	24,2
Reste du Canada	69,0	15,6	15,4
Femmes			
Québec	57,0	18,3	24,7
Reste du Canada	72,4	14,6	13,0

Note : Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

1. Incluant les personnes qui ont déclaré n'avoir jamais consulté un professionnel des soins dentaires.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

AVOIR UNE ASSURANCE COUVRANT LES FRAIS DENTAIRES, RETRAITE ET CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES

Les résultats de la figure 7 indiquent que, tant au Québec que dans le reste du Canada, la proportion des personnes ayant une assurance complémentaire couvrant en totalité ou partiellement les frais dentaires diminue d'un groupe d'âge à l'autre. Globalement, alors que 39 % des Québécois de 45 ans et plus ont déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires, c'est 61 % des personnes du reste du Canada qui déclarent en avoir une. Au Québec, les proportions passent de 61 % chez les 45-54 ans à 10 % chez les 85 ans et plus, tandis que dans le reste du Canada, les proportions passent de 74 % à 34 % pour les mêmes groupes d'âge. Il s'agit, là encore, de différences notables. Mis à part le fait que pour chacun des groupes d'âge, les proportions des personnes ayant une assurance couvrant les frais dentaires sont toujours significativement plus élevées du côté du reste du Canada, il est intéressant de constater que comparativement aux Québécois, les personnes de 65 ans et plus du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreuses à adhérer à une assurance couvrant les frais dentaires. Par exemple, chez les Québécois de 65 à 74 ans, 14 % déclarent avoir une assurance pour les frais dentaires, tandis que c'est le cas pour 43 % des personnes du reste du Canada. L'écart est tout aussi important entre les groupes d'âge subséquents : 8 % contre 32 % lorsque l'on compare les 75-84 ans, et 10 % contre 34 % chez les 85 ans et plus.

Pour tenter de mieux comprendre ces différences importantes, le statut de la retraite, c'est-à-dire le fait d'être complètement retraité ou non complètement retraité, a été examiné; le passage à la retraite complète signifiant souvent l'abandon de l'assurance collective parrainée par l'employeur (données non présentées). Or, tous groupes d'âges confondus, on observe que du côté du reste du Canada, 41 % des personnes complètement retraitées déclarent avoir une assurance pour frais dentaires, tandis que c'est le cas pour 16 % des Québécois²⁷.

Si l'on se questionne ensuite sur le type d'assurance détenu par les personnes âgées de 65 ans et plus, les données disponibles indiquent qu'il s'agit principalement d'une assurance liée à l'employeur, ou d'un autre type d'assurance privée, et non d'une assurance liée à un programme gouvernemental (données non présentées). Pour donner un ordre de grandeur quant à la proportion des personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'un programme d'assurance dentaire gouvernemental, mentionnons qu'au Québec, cela s'appliquerait à environ 1,3 % de la population des 65 ans et plus, ce qui s'avère, somme toute, un phénomène marginal²⁸.

À partir des résultats obtenus, on peut émettre l'hypothèse que les personnes retraitées du reste du Canada pourraient être proportionnellement plus nombreuses que celles du Québec à souscrire à une assurance parrainée par leur ancien employeur²⁹.

La proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant la dernière année, qu'elles souscrivent ou non à une assurance, tend à diminuer d'un groupe d'âge à l'autre, et ce, particulièrement à partir de 65 ans.

Une autre question qui se pose lorsque l'on explore la dimension de l'accès aux soins dentaires à la lumière du fait de souscrire à une assurance couvrant en totalité ou en partie ce type de soins est celle de son impact sur les habitudes de consultation d'un professionnel. Bien que les données de l'enquête ne nous permettent pas d'examiner les choses sous l'angle des « habitudes », les résultats présentés dans le tableau 3 confirment l'évidence : les personnes ayant une assurance couvrant les frais dentaires sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté un professionnel des soins dentaires durant l'année précédant l'enquête que celles qui n'avaient pas d'assurance. Par ailleurs, la proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant la dernière année, qu'elles souscrivent ou non à une assurance, tend à diminuer d'un groupe d'âge à l'autre, et ce, particulièrement à partir de 65 ans.

En se référant toujours au tableau 3, il est intéressant de constater que parmi les personnes ayant déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires, la proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête est significativement plus élevée dans le reste du Canada qu'au Québec (81 % contre 72 %), et que les différences sont également significatives chez les 45-54 ans, les 55-64 ans et les 65-74 ans. De même, les différences sont significatives lorsque l'on compare les personnes du même sexe du reste du Canada et du Québec. Bref, si l'on consulte plus sur une période de 12 mois lorsque l'on possède une assurance, les personnes du reste du Canada sont proportionnellement plus nombreuses à avoir recours aux services professionnels que les Québécois dans la même situation.

Tableau 3.

PROPORTION DES PERSONNES AYANT CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE SELON L'ÂGE, LE FAIT D'AVOIR UNE ASSURANCE ET SELON LE SEXE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009

	Avoir une assurance	Ne pas avoir d'assurance
	%	
Total		
Québec	71,6 ^a	46,7 ^a
Reste du Canada	80,9 ^a	54,9 ^a
Sexe		
Hommes		
Québec	70,5 ^a	45,0 ^a
Reste du Canada	78,7 ^a	53,1 ^a
Femmes		
Québec	72,8 ^a	48,0 ^a
Reste du Canada	83,0 ^a	56,4 ^a
Groupes d'âge		
45-54 ans		
Québec	73,4 ^a	53,3
Reste du Canada	83,6 ^a	59,0
55-64 ans		
Québec	72,5 ^a	54,1
Reste du Canada	80,6 ^a	56,6
65-74 ans		
Québec	62,1 ^a	42,8 ^a
Reste du Canada	79,0 ^a	57,3 ^a
75-84 ans		
Québec	51,6 ^{a*}	37,7 ^a
Reste du Canada	70,9	48,7 ^a
85 ans et plus		
Québec	44,8 ^{**}	21,4 ^{*a}
Reste du Canada	65,4	39,8 ^a

a Différence significative entre la population du Québec et celle du reste du Canada dans chaque catégorie présentée.

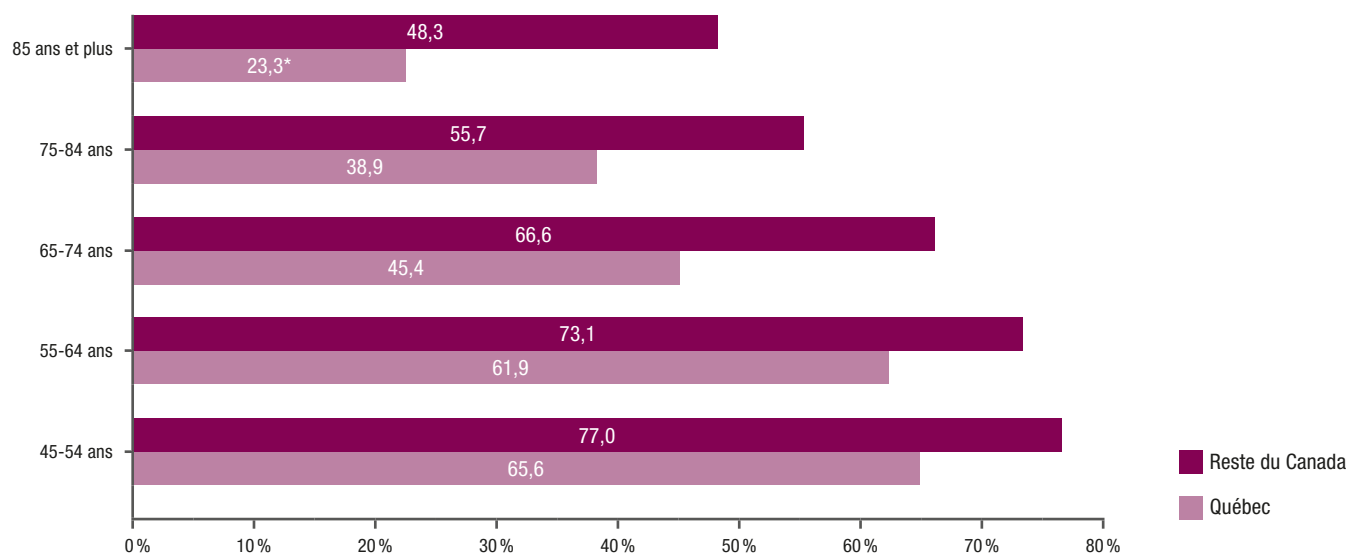
* Précision passable, coefficient de variation entre 15 % et 25 % : interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 4.

PROPORTION DES PERSONNES DE 45 ANS ET PLUS DONT LA DERNIÈRE VISITE CHEZ UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES REMONTE À MOINS D'UN AN SELON L'ÂGE, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009



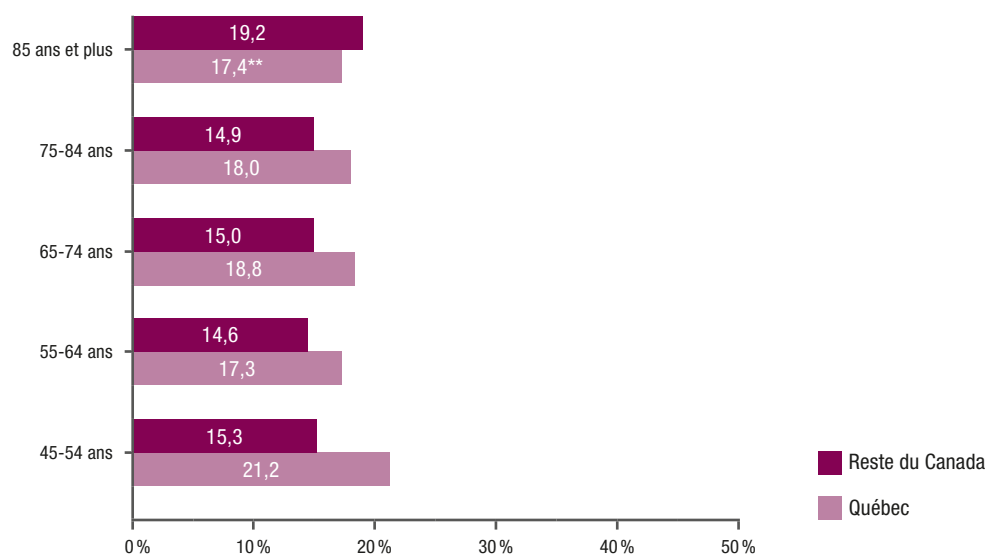
Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25% : interpréter avec prudence.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 5.

PROPORTION DES PERSONNES DE 45 ANS ET PLUS DONT LA DERNIÈRE VISITE CHEZ UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES REMONTE À UN AN ET PLUS, MAIS À MOINS DE TROIS ANS SELON L'ÂGE, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009

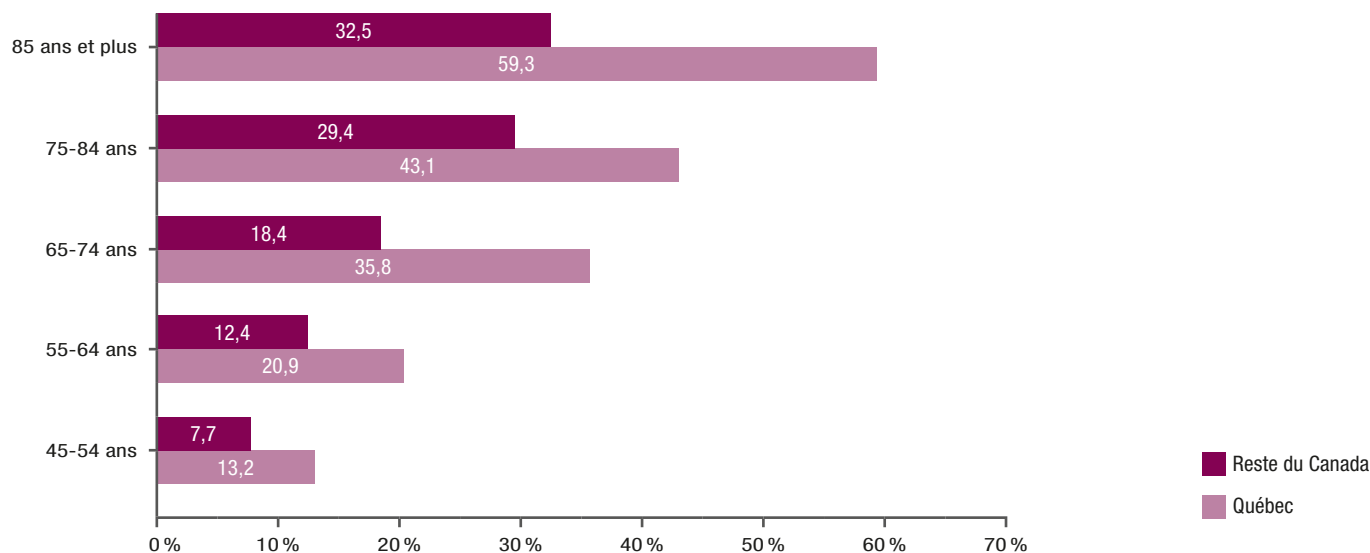


**Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25% : estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 6.

PROPORTION DES PERSONNES DE 45 ANS ET PLUS DONT LA DERNIÈRE VISITE CHEZ UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES REMONTE À TROIS ANS ET PLUS SELON L'ÂGE, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009

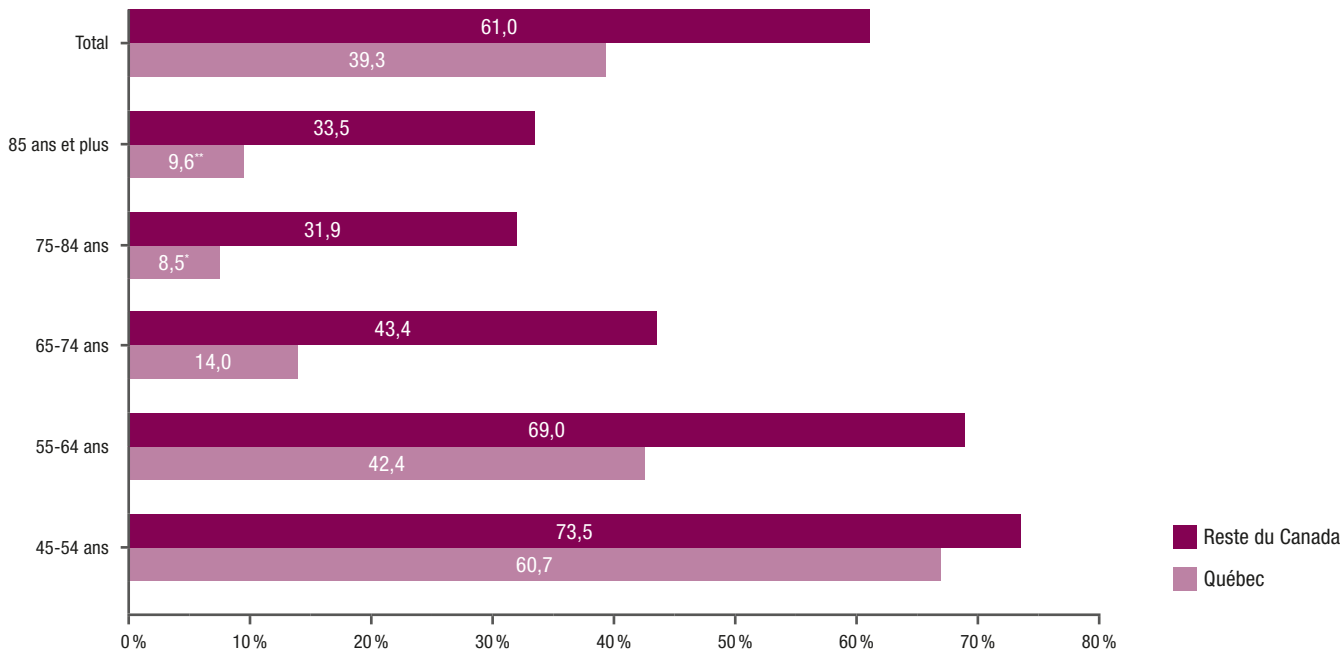


Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.
1. Incluant les personnes qui ont déclaré n'avoir jamais consulté un professionnel des soins dentaires.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Figure 7.

PROPORTION DES PERSONNES AYANT UNE ASSURANCE COUVRANT LES SOINS DENTAIRES SELON L'ÂGE, ADULTES DE 45 ANS ET PLUS, QUÉBEC ET RESTE DU CANADA, 2008-2009



Note: Tous les résultats des comparaisons entre la population du Québec et celle du reste du Canada sont significatifs.

* Précision passable, coefficient de variation entre 15% et 25%: interpréter avec prudence.

** Faible précision, coefficient de variation supérieur à 25%: estimation fournie à titre indicatif seulement.

Source: Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillesse en santé 2008-2009*, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

Compte tenu des premiers résultats présentés dans cette publication, il serait pertinent d'approfondir les analyses afin de mieux comprendre les écarts observés entre la population du Québec et celle du reste du Canada.

LE MOT DE LA FIN

Les résultats des analyses statistiques réalisées à partir des données de l'*Enquête sur le vieillissement 2008-2009* présentés dans ce bulletin confirment que les sous-groupes plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une perte des dents naturelles, mais aussi une diminution notable des consultations d'un professionnel des soins dentaires sur une période d'une année précédant l'enquête. Ces résultats viennent souligner, une fois de plus, l'importance d'une meilleure sensibilisation des personnes plus âgées aux conséquences potentielles des problèmes buccodentaires sur la santé générale, de même que l'importance d'adapter les pratiques de prévention et de dépistage aux réalités des groupes plus âgés.

En outre, les analyses révèlent que les comparaisons effectuées entre les Québécois et les personnes du reste du Canada vont toutes dans le même sens. Pour dire les choses simplement, elles révèlent que l'état de santé buccodentaire des Québécois, ainsi que leurs pratiques de consultation et d'adhésion à une protection via l'assurance seraient moins favorables à une bonne santé buccodentaire que celles des personnes du reste du Canada : il y a ainsi au Québec plus de personnes édentées, plus de personnes portant des prothèses et des fausses dents, moins de personnes ayant consulté sur une période de 12 mois précédant l'enquête, moins de personnes bénéficiant d'une assurance couvrant les frais dentaires, et moins de personnes ayant consulté sur une période de 12 mois en dépit du fait d'avoir une assurance.

Les résultats de ces comparaisons entre le Québec et le reste du Canada et le fait que les écarts soient souvent importants suscitent plusieurs questionnements. Premièrement, on peut se demander si les programmes d'assurance disponibles dans le cadre des avantages sociaux liés à l'emploi sont plus généreux dans les autres provinces canadiennes qu'au Québec. Ceci pourrait impliquer, par exemple, que les individus auraient moins à déboursier de leur poche pour couvrir la totalité des frais des

soins dentaires. De même, serait-il possible que les incitatifs à conserver une assurance couvrant en partie ou en totalité les frais dentaires sont plus convaincants dans le reste du Canada qu'au Québec? Plusieurs auteurs ont évoqué le déclin des protections accordées dans le cadre des programmes d'assurance couvrant les frais dentaires depuis la crise des années 1990, l'augmentation générale des prix des services dentaires, et le fait que certains services, plus dispendieux, soient de plus en plus suggérés ou requis³⁰. Ces phénomènes seraient-ils plus importants au Québec?

Par ailleurs, le fait que dans cette enquête, les personnes du reste du Canada soient plus enclines à souscrire à une assurance couvrant les frais dentaires lorsqu'elles quittent le marché du travail pour prendre leur retraite vient aussi soulever des interrogations quant à un rapport, plus global, au système de soins de santé. Rappelons que dans le reste du Canada, 34 % des personnes de 85 ans et plus ont déclaré posséder une assurance couvrant les soins dentaires. Le modèle du patient « consommateur de soins » pour qui une protection au moyen d'une assurance est nécessaire – modèle implanté aux États-Unis – serait-il plus présent dans le reste du Canada qu'au Québec?

Un autre type d'hypothèse peut également être avancé. Pourrait-on envisager des différences dans la valeur sociale ou culturelle accordée à la santé des dents, au rapport au dentiste, aux expériences vécues lors des visites, ou encore des représentations distinctes associées à la santé buccodentaire en lien avec le vieillissement? Le fait que même parmi les personnes possédant une assurance, celles du reste du Canada soient souvent plus nombreuses à consulter un professionnel sur une période d'un an, pourrait appuyer ce type de questionnement. À cet effet, des études de nature qualitative seraient certainement pertinentes pour aller plus loin et donner encore plus de sens à l'information statistique. Et si de tels phénomènes devaient être observés chez les adultes et les aînés, peut-on penser qu'au Québec, les générations plus jeunes, qui ont profité de programmes de dépistage et de soins de base gratuits pour les moins de 10 ans³¹, auraient d'autres types d'expériences et de représentations à l'égard de la santé des dents et de la bouche?

D'autres indicateurs de santé buccodentaire présents dans l'*Enquête sur le vieillissement 2008-2009* pourraient nous permettre de mieux comprendre la situation des populations plus âgées : raisons pour lesquelles les personnes n'ont pas consulté un professionnel des soins dentaires, questions sur le fait d'éviter de manger certains aliments à cause de problèmes liés à la bouche ou aux dents, questions sur le brossage des dents et l'utilisation de la soie dentaire. Par ailleurs, des indicateurs sociodémographiques tels que le revenu, la scolarité, le fait de vivre seul, ou encore des indicateurs ou déterminants de santé tels que la présence de maladies chroniques, des limitations sur le plan de la mobilité, le fait de fumer, etc., sont également disponibles dans l'enquête. Compte tenu des premiers résultats présentés dans cette publication, il serait pertinent d'approfondir les analyses afin de mieux comprendre les écarts observés entre la population du Québec et celle du reste du Canada. ■

À PROPOS DE L'ENQUÊTE

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est un programme d'enquêtes générales et thématiques réalisées par Statistique Canada. L'ESCC, *Vieillesse en santé 2008-2009*, faisant partie du volet thématique de ce programme, fournit des données sur la santé des personnes de 45 ans et plus vivant à domicile (c'est-à-dire en ménage privé), représentatives à l'échelle du pays et des provinces. Elle permet d'étudier divers facteurs liés au vieillissement en santé, comme l'état de santé général et le bien-être, l'activité physique, l'utilisation des services de santé et la participation sociale.

La population cible ne comprend pas les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et des terres de la Couronne, des établissements institutionnels, des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées.

Dans cette publication, les analyses portent sur les données du module sur la santé buccodentaire. Ces données ont été recueillies auprès de 30 865 Canadiens, dont 5 217 Québécois, âgés de 45 ans et plus ayant fait l'objet d'une interview en face à face assistée par ordinateur (IPAO), entre décembre 2008 et novembre 2009.

Les données proviennent du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) et le seuil de signification pour les tests statistiques a été fixé à 5 %.

Pour en savoir plus sur l'ESCC, *Vieillesse en santé 2008-2009*, veuillez consulter le site Web de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>

Pour accéder aux fichiers de microdonnées des enquêtes (fichiers de partage pour le Québec et FMGD), vous pouvez vous adresser au Centre d'accès aux données de recherche de l'ISQ (CADRISQ) en consultant son site Web à l'adresse <http://www.stat.gouv.qc.ca/produits-services/acces-donnees-recherche/index.html>, ou par téléphone au 514 343-2299.

Références :

1. Les auteurs remercient Ghyslaine Neill, Monique Bordeleau et Katrina Joubert pour leurs commentaires et assistance en tout genre.
2. E.P. PETERSEN (2008). «World Health Organization Global Policy for Improvement of Oral Health – World Health Assembly 2007», *International Dental Journal*, no 58, p. 115-121.
3. M. BENIGERI, et autres (2002). «Connaissances et perceptions des adolescents face à la santé dentaire», *Revue canadienne de santé publique*, vol. 93, no 1, p. 54-58.
4. P.E. PETERSEN (2003). Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 – *Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 40 p., [En ligne]. [http://www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).



Ce bulletin est réalisé par la Direction des statistiques de santé en vertu du Programme de mise en valeur des données d'enquêtes de l'ISQ.

Ont collaboré à la réalisation :

Émilie Granger, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Direction des communications

Pour plus de renseignements :

Rosanna Baraldi
Institut de la statistique à
du Québec
1200, avenue McGill College,
5^e étage Montréal (Québec)
H3B 4J8
Téléphone: 514 873-4749
(poste 6104)
Télécopieur: 514 864-9919
Courriel:
contactsante@stat.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives
Canada
Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
4^e trimestre 2014
ISSN 1911-5520
(version imprimée)
ISSN 1911-5539 (PDF)
La version PDF de ce bulletin
est diffusée sur le site Web de
l'Institut, à l'adresse suivante :
www.stat.gouv.qc.ca.

©

**Gouvernement du Québec,
Institut de la statistique
du Québec, 2006**

Toute reproduction autre
qu'à des fins de consultation
personnelle est interdite sans
l'autorisation du gouverne-
ment du Québec.

www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

5. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (2007). *Mémoire présenté à la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés*, Direction générale de l'Ordre des dentistes du Québec, 11 p. [En ligne]. [http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/Memoire_aines_092007.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).
6. P.E. PETERSEN, *op. cit.*
7. H. CAMIRAND et C. GALARNEAU (2010). « Santé buccodentaire », *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 6, p. 131-157.
8. SANTÉ CANADA (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, Publications Santé Canada, 113 p.
9. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES DIRECTEURS DE SANTÉ DENTAIRE (2005). *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire*, 67 p., [En ligne]. [http://www.fptdwg.ca/assets/PDF/FR_Canadian_Oral_Health_Strategy_Final.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).
10. *Ibid.*
11. GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL DES DIRECTEURS DE SANTÉ DENTAIRE (2012). *Réduire les problèmes dentaires – Un cadre d'action fédéral-provincial-territorial pour améliorer la santé bucco-dentaire*, 57 p. [En ligne]. [http://www.caphd.ca/sites/default/files/FrameworkOctober15FINAL_French.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).
- Il faut noter que si le Québec a contribué au document, il ne partage pas l'idée d'un cadre pancanadien sur la santé buccodentaire. Il souhaite rester l'unique responsable des plans d'action et autres stratégies visant le développement de politiques et de modes de vie sains sur son territoire.
12. Ce plan d'action a été prolongé jusqu'en 2015.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2006). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 66 p. [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-231-01.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).
14. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2013). *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, Ottawa, ICIS, 45 p. [En ligne]. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NHEX_EXEC_SUM_2013_FR] (Consulté le 16 septembre 2014).
15. SANTÉ CANADA (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, Publications Santé Canada, 113 p.
16. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT. *Une bonne santé buccodentaire - Synonyme de qualité de vie pour nos aînés*. Québec, Université Laval, 8 p. [En ligne]. [<http://www.cesbv.ulaval.ca/files/c7ada0e2f19f8436d666fff3df0b31b4/depliant-cesbv.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).
17. JOURNÉES DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Journées de la santé dentaire – Programme*, [En ligne]. [<http://www.jsdpq.qc.ca/programme/programme.html>] (Consulté le 16 septembre 2014).
18. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (2007). Mémoire déposé à la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés. 11 p. [En ligne]. [http://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/Memoire_aines_092007.pdf] (Consulté le 16 septembre 2014).
19. Parodontite : Inflammation des tissus de la mâchoire qui fixent les dents.
20. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT, *op.cit.*
21. ASSOCIATION DES DENTISTES DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*, 10 p. [En ligne]. [http://www.google.ca/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCIOQfjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.assnat.qc.ca%2FMedia%2FProcess.aspx%3FMediaId%3DANQ_Vigie.Bll.ocumentGenerique_75907%26process%3DDefault%26token%3DZyMoxNwUn8ikQ%2BTRKYwPcjWrKwg%2BvIv9rji-j7p3xLGTZDmLVSmJLoqe%2FvG7%2FYWzz&ei=dOz8U6r4FaLisAT01YHABA&usq=AFQjCNFbG-gV4g3-ENUMj0oZ7F4pPVg8aw&bvvm=bv.73612305.d.cWc] (Consulté le 16 septembre 2014).
22. CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET LE VIEILLISSEMENT (2006). *Mandat et mécanismes de travail*, Québec, Université Laval, 15 p. [En ligne]. [<http://www.cesbv.ulaval.ca/files/516bf731632e669645b416e42b6f50df/brochure-mandat-et-mecanisme.pdf>] (Consulté le 16 septembre 2014).
23. Voir le tableau *Consultation de spécialistes en soins dentaires selon l'âge et le sexe, 2009-2010* tiré du rapport produit par l'Infocentre de santé publique (octobre 2012) et diffusé par le MSSS : <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/sante-bien-etre/index.php?Consultation-de-specialistes-en-soins-dentaires-selon-le-sexe> (Consulté le 16 septembre 2014).
24. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC, *op. cit.*
25. M. FOLLIGUET, F. SCHVALLINGER et N. ELAMRANI (2012). « La santé bucco-dentaire de la personne âgée », *La santé de l'homme*, n° 417, p. 34-36.
26. *Ibid*
27. Ces estimations portent sur la population des 55 ans et plus. Statistique Canada a choisi de ne pas poser plusieurs des questions servant à déterminer le statut de la retraite aux personnes de 45 à 54 ans. L'indicateur « statut de la retraite – objectif » est composé de variables portant sur l'âge des répondants (plus de 54 ans), de l'activité sur le marché du travail et de la provenance des revenus. Cet indicateur correspond à la définition standard de la « retraite » établie par Statistique Canada.
28. Cette proportion, qui doit être interprétée avec prudence, a été tirée du fichier de partage des données québécoises de l'enquête où cette information était disponible. Toutes les autres estimations ont été calculées à partir du fichier de microdonnées à grande diffusion permettant la comparaison entre le Québec et le reste du Canada, mais où l'information plus détaillée portant sur le type de régime d'assurance n'était pas disponible.
29. Pour les employés qui détiennent une assurance collective dans le cadre d'un emploi, il est généralement possible au moment de la retraite, de continuer à adhérer à l'assurance maladie complémentaire dans le cadre de produits destinés aux retraitées.
30. B. THOMPSON, et autres (2014). "The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study", *BMC Oral Health*, vol.14, n° 78, 10 p. C. RAMRAJ, et autres (2013). "Is Accessing Dental Care becoming More Difficult? Evidence from Canada's Middle-Income Population", *PLoS ONE*, vol. 8, n° 2.
31. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE (2014). *Services dentaires – RAMQ*, [En ligne]. [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>] (Consulté le 11 septembre 2014).

TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE : DES RÉSULTATS À L'ÉTUDE SALVEO

Par **Alain Marchand** École de relations industrielles. Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal.
Alain.marchand@umontreal.ca

Source: Reproduction autorisée. Marchand, A. « Travail et santé mentale: des résultats de l'étude Salveo. »
Objectif Prévention, volume 40, numéro 1, 2017, pp. 14-16.

L'étude Salveo (qui signifie « être en bonne santé, bien se porter » en latin) est l'une des plus grandes recherches réalisées au Canada sur la santé mentale en milieu de travail. Elle visait à mieux comprendre et à intervenir sur les problèmes de santé mentale des employés. Voici un résumé des principaux résultats.



Les stressseurs du travail, hors travail et les caractéristiques individuelles agissent et interagissent simultanément pour expliquer les problèmes de santé mentale.

La réaction physiologique

Nous avons, premièrement, mis en évidence que les employés souffrant de détresse psychologique, de dépression et d'épuisement professionnel étaient sujets à une dérégulation des concentrations de cortisol salivaire. Comparativement aux employés manifestant de faibles symptômes, la détresse, la dépression et l'épuisement professionnel étaient marqués par des concentrations plus élevées au réveil, suivies d'une forte diminution pendant le reste de la journée¹. En regard de l'alpha-amylase, la détresse psychologique était marquée par des concentrations plus faibles au réveil et plus élevées à partir de 14 h jusqu'au coucher².

Globalement, ces résultats montrent que la santé mentale n'est pas seulement une affaire d'employés qui se plaignent dans des questionnaires. En effet, la santé mentale trouve également une composante plus objective dans la réaction physiologique.

Ensuite, nous avons souligné que certains stressseurs du travail pouvaient entraîner une perturbation physiologique.

- La sécrétion diurne de cortisol salivaire était influencée par les demandes psychologiques, la reconnaissance et le sur-engagement¹.
- La sécrétion diurne d'alpha-amylase salivaire semblait plus réactive, car elle est associée aux demandes psychologiques, au soutien des collègues, aux conflits interpersonnels, à la reconnaissance et à l'insécurité d'emploi².

Enfin, nous avons trouvé que certains traits de personnalité pouvaient changer l'influence des stressseurs du travail sur la sécrétion de cortisol salivaire.

- L'estime de soi agissait comme un modérateur de la relation entre les demandes physiques et la sécrétion de cortisol salivaire.
- Le trait d'agréabilité (une personne naïve, sympathique, indulgente et coopérative) modérait l'influence des heures de travail.
- Le trait névrosisme (tendance à expérimenter des émotions négatives, la peur, la nervosité, l'insécurité, les inquiétudes, l'irritabilité, l'anxiété sociale, une faible estime de soi, l'impulsivité et l'impuissance) interagissait avec le soutien des collègues³.

Les facteurs au travail, hors travail et individuels

Les résultats de notre recherche apportent un soutien substantiel au modèle multiniveaux des déterminants de la santé mentale de la main-d'œuvre. Ce modèle a comme postulat que les stressseurs du travail, hors travail et les caractéristiques individuelles agissent et interagissent simultanément pour expliquer les problèmes de santé mentale.

- Les facteurs hors travail et les caractéristiques individuelles changent considérablement la façon dont les stressseurs du travail se lient aux problèmes de détresse psychologique et de dépression : le rôle de plusieurs stressseurs s'atténue voire s'élimine complètement. Toutefois, les effets des stressseurs hors travail et des caractéristiques individuelles contribuent plus faiblement lorsque l'analyse porte sur l'épuisement professionnel⁴.
- Pour bien comprendre et intervenir sur les stressseurs du travail, il faut absolument tenir compte de la situation familiale, du soutien du réseau social hors travail et des caractéristiques personnelles pour arriver à cibler correctement ce qui pose problème avec le travail.
- La contribution du milieu de travail est importante par l'utilisation des compétences, la gestion des demandes physiques et psychologiques, la valorisation d'une supervision engagée et respectueuse, la prise en charge des comportements agressifs, la sécurité d'emploi et la culture organisationnelle⁵⁻⁶.
- La vie en couple et la vie avec des enfants mineurs sont associées à des symptômes plus faibles de santé mentale, alors que les tensions maritales et parentales ainsi que les problèmes de conciliation travail-famille sont liés à des symptômes plus élevés.
- Le genre, l'âge, les problèmes de santé chroniques, la consommation d'alcool et de tabac, la pratique de l'activité physique, les traits de personnalité et les événements stressants de l'enfance contribuent également aux symptômes de santé mentale.

Nous avons analysé les taux de réclamations à l'assureur pour problèmes de santé mentale des employés sur une période de trois ans⁷.

Les pratiques de gestion des ressources humaines

Nous avons analysé les taux de réclamations à l'assureur pour problèmes de santé mentale des employés sur une période de trois ans⁷. Les 63 établissements participants ont été classés selon qu'ils étaient efficaces (taux de réclamation inférieur à la médiane de la population cliente de l'assureur) ou peu efficaces (taux de réclamation supérieur à la médiane). Ensuite, 63 pratiques de gestion de la santé et du mieux-être ont été classées selon trois niveaux: macro (communication et expression-régulation des risques), méso (conditions de travail) et micro (l'individu lui-même).

- Les établissements efficaces se distinguent en développant des pratiques touchant la conception des tâches (ex.: participation des employés aux décisions), les demandes du travail (ex.: contrôle de la charge de travail), les gratifications (ex.: perspective de carrière), l'activité physique (ex.: abonnement à un centre sportif) et la conciliation travail-famille (ex.: horaire flexible de travail). Les établissements qui s'investissaient dans l'un ou l'autre de ces cinq domaines de pratiques de gestion avaient entre 2,2 et 6,8 fois plus de chances d'être efficaces en santé mentale.
- Les pratiques de gestion se classent selon trois approches d'intégration des niveaux macro, méso et micro: laisser-faire, partiellement intégrée, intégrée. L'approche intégrée, dans laquelle les établissements développent simultanément des pratiques touchant la conception des tâches, les demandes, les gratifications, l'activité physique, la nutrition et la conciliation travail-famille, était une caractéristique forte des établissements efficaces (2,8 fois plus de chances d'être efficaces en santé mentale).
- Le portrait de six études de cas d'établissements efficaces⁸ suggère que l'approche intégrée est une stratégie efficace pour réduire les taux de réclamation pour problème de santé mentale et que l'investissement dans les pratiques de santé et de mieux-être au travail est également à la portée des petites et moyennes entreprises.

Prévenir les problèmes

En conclusion, l'étude Salveo a permis de mieux comprendre les facteurs du travail, hors travail et individuels qui sont associés aux symptômes de santé mentale ainsi que les pratiques de gestion à mettre en place pour prévenir ces problèmes chez les travailleurs. La prévention et l'intervention à cet égard sont à la portée de toutes les entreprises. ■

RÉFÉRENCES

Les références indiquées dans cet article sont disponibles sur notre site Internet (asstsas.qc.ca/OP401014)

MÉTHODOLOGIE

L'étude a été conduite avec le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada et du fonds de recherche du Québec-Santé. Les données ont été recueillies entre 2009-2012 auprès de 2162 travailleurs et 75 représentants des ressources humaines de 63 milieux de travail au Québec. Les milieux de travail étaient diversifiés aux plans du secteur économique, de la taille et de la syndicalisation. Aussi, 401 employés de 34 milieux de travail ont accepté de participer à un volet comportant la prise d'échantillons de salive pour la mesure des concentrations de cortisol et d'alpha-amylase à raison de cinq échantillons par jour (au réveil, 30 minutes après le réveil, à 14 h, à 16 h, au coucher) pendant trois jours (deux jours de travail et une journée de repos).

En conclusion, l'étude Salveo a permis de mieux comprendre les facteurs du travail, hors travail et individuels qui sont associés aux symptômes de santé mentale ainsi que les pratiques de gestion à mettre en place pour prévenir ces problèmes chez les travailleurs.

SYNTHÈSE DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA SANTÉ MENTALE

		Détresse	Dépressions	Épuisement	
FACTEURS DU TRAVAIL	Conception des tâches	Utilisation des compétences	○	○	●
		Autorité décisionnelle	○	○	○
	Demandes	Demandes physiques	○	●	○
		Demandes psychologiques	○	●	●
		Nombre d'heures de travail	○	○	○
		Horaire de travail irrégulier	○	○	○
		Soutien des collègues	○	○	○
	Relations sociales	Soutien de la supervision	○	○	○
		Supervision abusive	●	●	●
		Comportements agressifs	○	○	●
		Harcèlement	○	○	○
	Gratifications	Reconnaissance	○	○	○
		Perspective de carrière	○	○	○
		Insécurité d'emploi	●	○	●
FACTEURS HORS TRAVAIL	Situation familiale	Vivre en couple	●	●	○
		Présence d'enfants mineurs	○	○	●
		Revenu du ménage	○	○	○
		Tensions maritales	●	●	○
		Tensions parentales	●	●	○
		Conflits famille-travail	○	○	●
		Conflits travail-famille	●	●	●
	Réseau social hors travail	Soutien à l'extérieur du travail	○	●	○
CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES		Être une femme	●	●	○
		Âge	○	●	●
		Problèmes de santé chronique	●	●	●
		Consommation d'alcool	●	●	○
		Tabac	○	●	○
		Activités physiques	●	●	○
		Estime de soi	●	●	○
		Centre interne de contrôle	●	●	●
		Événements stressants de l'enfance	○	●	○

● Facteurs de risque pour la santé mentale

● Facteurs de protection pour la santé mentale

ALTERSEXUALISER LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ :

expériences des membres de la communauté lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre

Par Amber Lee*, BDSc(HD), Hyg. Dent. Aut.; Zul Kanji[§], M.Sc., Hyg. Dent. Aut.

Source: Reproduction autorisée. Lee, A., Kanji, Z. « Altersexualiser le système de soins de santé : expériences des membres de la communauté lesbienne gaie, bisexuelle et transgenre. Traduit de l'article original intitulé "Queering the health care system: Experiences of the lesbian, gay, bisexual, transgender community", *Can J Dent Hyg.* 2017;51(2):80-89

RÉSUMÉ

La communauté lesbienne, gaie, bisexuelle et transsexuelle (LGBT) représente une population diversifiée de gens en ce qui a trait au genre, au sexe et à l'orientation sexuelle. Cette revue de la littérature explore la recherche actuelle sur l'expérience des personnes LGBT en Amérique du Nord en matière de santé, afin de tenter de cerner les obstacles aux soins auxquels elles font face et élaborer des stratégies pour améliorer la santé globale de cette communauté. L'expérience des gens de la communauté LGBT en matière de soins a été étudiée en fonction de 7 dimensions : l'existence, l'intégrité physique et émotionnelle, la valeur de soi, l'individualité, l'expression et le pouvoir. La communauté LGBT a des préoccupations uniques en matière de santé et elle est à risques plus élevés de problèmes de santé mentale, de l'usage de substances et de suicide. Ces inégalités en matière de santé ont été associées à la discrimination sociale, à l'ignorance et aux présomptions attribuées au genre, au sexe et à la sexualité. Telles barrières auxquelles cette population est confrontée ont aussi mené à des soins remis à plus tard ou abandonnés, à la non-divulgaration de la sexualité ou de l'identité sexuelle, à la hausse de comportements négatifs en matière de santé, et à la stigmatisation intérieure. Les expériences qui ont été identifiées révèlent un important besoin de réévaluer et de renforcer la formation sur la sensibilisation aux réalités culturelles et sur l'éducation LGBT qui est fournie aux professionnels de soins de la santé.

INTRODUCTION

La communauté lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre (LGBT) représente une population diversifiée de personnes qui ne se reconnaissent pas dans les normes sociales traditionnelles de sexe, de genre et de sexualité^{1,2}. Une version plus exhaustive et inclusive du sigle comprend également les personnes queer, en questionnement, intersexes, pansexuelles, bispirituelles et asexuelles, mais le

sigle LGBTQI2SNBA+ et les autres variations dans la même veine ont fait l'objet de nombreuses critiques et portent à confusion. Par conséquent, le simple LGBT est souvent utilisé^{3,4}. Afin de créer un sentiment d'unité au sein de leur communauté, les personnes LGBT ont commencé à se réappropriier le mot *queer* et à l'utiliser comme un terme plus inclusif désignant toutes les personnes qui appartiennent à la communauté LGBT²⁻⁵. Dans le présent article, le sigle LGBT et le terme *queer* seront utilisés indifféremment.

Jusqu'en 1973, l'Association américaine de psychiatrie considérait toujours l'homosexualité comme une maladie mentale⁶⁻⁸. Encore aujourd'hui, malgré les progrès vers l'égalité des personnes LGBT réalisés dans les pays nord-américains, les relations LGBT sont toujours considérées comme des actes criminels dans 73 pays, qui sont passibles de peine de mort dans 13 d'entre eux⁹.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2014 a révélé que 3 % des Canadiens se considèrent comme étant homosexuels ou bisexuels¹⁰. À titre de comparaison, en 2012, environ 3,5 % de la population des États-Unis se considéraient comme étant gais, lesbiennes, bisexuels ou transgenres¹¹. Il est probable que ces proportions soient des sous-estimations, car seules les personnes qui sont à l'aise avec l'auto-identification et qui souhaitent répondre au sondage feront partie du compte final. S'il est vrai que les discussions sur le genre, le sexe et la sexualité sont de plus en plus fréquentes depuis les dernières années (surtout en Amérique du Nord), il y a toujours des lacunes importantes sur le plan de l'éducation et de la sensibilisation, et la stigmatisation ne recule qu'à pas lents^{2,12-15}. Les personnes qui s'auto-identifient comme étant *queer* ont toujours fait l'objet de discrimination, de stigmatisation sociale, de harcèlement et de violence, phénomènes qui continuent de faire partie de leur réalité aujourd'hui^{2,6,8,16-19}, et qui sont associés à des taux supérieurs de toxicomanie, d'alcoolisme, de maladies,

de maladies mentales, de détresse psychologique et de suicide, comparativement aux personnes qui ne s'auto-identifient pas comme étant queer^{2,12,17-25}.

La communauté LGBT comprend une variété de genres, de sexes, de sexualités, d'âges, d'origines ethniques, de statuts socioéconomiques et de niveaux d'alphabétisation^{2,18,19,26}. Les facteurs comportementaux, structurels et sociaux (comme la stigmatisation, la discrimination et l'inadéquation de la couverture d'assurance maladie) ont un effet sur les besoins en soins de santé des personnes LGBT^{2,6,14,16,17,21,22}. Afin d'améliorer leur santé et leur qualité de vie tout en atténuant les inégalités, les politiques et les pratiques relatives aux soins de santé doivent tenir compte des expériences et des besoins uniques de cette population. La présente analyse documentaire explore les expériences de soins de santé des personnes LGBT en Amérique du Nord afin de cerner les obstacles aux soins et de contribuer à la définition de stratégies qui amélioreront les expériences de cette population dans le système de soins de santé. Une définition des expériences uniques des personnes LGBT permettra aux professionnels de la santé de reconnaître leurs lacunes sur le plan culturel et les aidera à éviter de reproduire les comportements discriminatoires. En comprenant comment les personnes queer perçoivent et vivent leurs expériences du système de soins de santé, les fournisseurs de soins primaires (y compris les hygiénistes dentaires) pourraient adopter des approches qui leur permettront de fournir des soins de santé sécuritaires, personnalisés et exhaustifs aux membres de la communauté LGBT.

MÉTHODOLOGIE

Les articles ont été récupérés des bases de données PubMed, CINAHL et Google Scholar en utilisant les mots clés *lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, health care providers, health care experience, discrimination et barriers*. Seuls les textes entiers rédigés en anglais et accessibles en ligne ont été retenus dans le cadre de cette analyse. Afin de pouvoir observer les changements qui se sont opérés avec le temps, nous n'avons appliqué aucune limite sur la date de publication. L'analyse a porté sur 28 études de recherche ayant utilisé des approches phénoménologiques, ethnologiques et d'études de cas, en plus d'une revue systématique, d'une revue de la littérature, d'un rapport et de deux livres.

Définir et comprendre la terminologie

Avant d'aborder la recherche, il est important de comprendre la terminologie utilisée au sein de cette communauté particulière. La classification des termes contribuera à une meilleure compréhension culturelle de la réalité queer (voir au tableau 1).

Genre

Le *genre* est une construction sociale de l'identité masculine et féminine basée sur des comportements conformistes et des

normes culturelles^{2,4,5,18,27,28}. Le genre est souvent considéré comme étant synonyme de sexe; cependant, le *sexe* est une classification biologique dépendante de l'anatomie. L'*identité de genre* fait quant à elle référence à l'expérience individuelle du genre au sentiment d'appartenance à un genre donné^{2-5,7,27,29}; l'identité de genre ne peut donc être déterminée que par la personne intéressée et peut correspondre, ou non, au sexe qui lui a été assigné à la naissance⁷. Les termes *cis* et *cisgenre* décrivent les personnes dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance^{3-5,29}, alors que *trans* et *transgenre* désignent les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance^{2-5,7,16,29}. Par exemple, une personne dont le sexe biologique reconnu à la naissance est féminin et qui s'identifie elle-même comme étant une femme est considérée comme étant une femme cis (ou cisgenre). En revanche, une personne dont le sexe biologique reconnu à la naissance est féminin, mais qui s'identifie elle-même comme étant un homme est considérée comme étant un homme trans (ou transgenre). Comme *trans* est un terme général qui décrit les personnes qui ne sont pas cis, il désigne également celles qui se considèrent comme étant non binaires²⁹. Le terme *non binaire* est un autre terme générique qui fait référence aux personnes qui ne se reconnaissent pas dans la classification binaire et statique des genres²⁹. Les personnes non binaires peuvent appartenir à un genre intermédiaire (p. ex., les personnes de genre queer), avoir plus d'un genre (p. ex., les personnes bigenres ou polygenres), avoir une identité de genre changeante (p. ex., les personnes de genre variant) ou n'avoir aucun genre (p. ex., les personnes agenres)^{3,15,16,29}. Il existe également le concept d'*expression de genre*, qui fait référence à la manière (comportements, apparence physique) dont les personnes extériorisent leur genre^{3,4,28,29}. Il existe tout un spectre d'expressions de genre entre les pôles de la féminité et de la masculinité²⁹.

Sexe

Le *sexe* est la classification biologique des personnes, qui sont femmes, hommes ou intersexes selon leurs caractéristiques physiques et leur capacité reproductive²⁹. Les caractéristiques physiques utilisées pour déterminer le sexe comprennent les organes reproducteurs, les chromosomes et le profil hormonal^{2,4,5,18,27,29}. Les personnes *intersexes* présentent, pour diverses raisons, une anatomie sexuelle ou reproductive qui n'est pas conforme aux morphologies masculine ou féminine habituelles^{4,5,30}. Par exemple, une personne née avec des organes génitaux qui semblent être à mi-chemin entre les organes génitaux typiquement masculins et féminins ou une personne qui présente à la fois les chromosomes XY et XX sont considérées comme étant des personnes intersexes³⁰. Le terme *intersexe* remplace le terme hermaphrodite, que beaucoup considèrent aujourd'hui comme étant dépassé, fautif et offensant^{4,30}.

Orientation sexuelle

L'*orientation sexuelle* décrit l'attraction sexuelle, romantique ou émotive qu'une personne éprouve pour une autre personne. À l'heure actuelle, la littérature demeure ambivalente au sujet de l'orientation sexuelle, qui peut dépendre du genre, du sexe ou d'une combinaison du genre et du sexe de la personne intéressée par rapport à celle de son partenaire^{2,4,5,7,27,31}. Dans le but de réduire le risque de confusion, le présent article définit l'orientation sexuelle en fonction du genre. Les auteurs reconnaissent que les définitions de l'hétérosexualité et de l'homosexualité qui suivent sont limitées par l'hypothèse selon laquelle une personne s'identifie nécessairement à l'une ou à l'autre des définitions traditionnelles et binaires des genres. Ainsi, une personne peut être attirée par des personnes de même genre (homosexualité) ou du genre opposé (hétérosexualité), par des personnes de divers genres (p. ex., bisexualité et pansexualité) ou encore n'éprouver aucune attraction sexuelle (asexualité)⁴.

Affirmation de son identité

L'*affirmation de son identité* (pour laquelle on emploie souvent le terme anglais *coming out*) correspond au processus d'acceptation et d'affirmation de l'identité queer d'un individu. L'affirmation de son identité comprend également le dévoilement de cette identité aux autres³⁻⁵. Les expressions dans le *placard* ou *être dans le placard* font référence aux personnes qui dissimulent leur identité ou qui ne l'ont pas encore dévoilée⁵. L'affirmation de son identité n'est pas un événement ponctuel et unique, mais plutôt un processus continu, qui s'étend sur toute la vie d'une personne LGBT.

Théorie critique^{32,33}

Le présent article ne vise pas à examiner la théorie critique en détail. Toutefois, une brève présentation de cette théorie et de son application au contexte queer est appropriée. Les fondements de la théorie critique reposent dans la déconstruction et la critique des institutions, des lois, des politiques, des organisations, des définitions et des pratiques afin de détecter les inégalités de pouvoir. En effet, avec le temps, les perspectives de la majorité ont été acceptées comme des vérités; les points de vue qui diffèrent de ceux de la culture dominante sont considérés comme étant déviants et sont par conséquent brimés. La théorie critique et la recherche à démarche critique visent à réveiller les consciences et à corriger les injustices issues de l'ignorance et des idées fausses en favorisant les changements sociaux fondamentaux. Les paradigmes de la théorie critique comprennent la théorie féministe, la théorie critique relative à la race, la théorie relative à l'invalidité et la théorie queer. Par exemple, l'objectif de la théorie queer est de remettre en question la structure normative encadrant le genre et la sexualité et de la faire évoluer. Selon le credo de la théorie queer, les concepts sociaux actuels concernant le genre et la sexualité privilégient les personnes cisgenres et hétérosexuelles et marginalisent les membres de la communauté

LGBT. Étant donné que ces dynamiques sont profondément ancrées dans les systèmes et les pratiques de la société, la plupart des personnes (et en particulier les membres de la culture dominante majoritaire) n'en ont pas conscience. Les théoriciens queer croient que les récits uniques des membres de la communauté LGBT doivent être relatés et que les chercheurs doivent se servir de leurs observations afin de corriger les inégalités et créer une société plus égalitaire.

Expériences de soins de santé

On peut regrouper les difficultés rencontrées par les personnes LGBT au sein du système de soins de santé dans les sept « dimensions » décrites dans les travaux fondamentaux de Stevens³⁴. Nous avons choisi le cadre de Steven en raison de sa capacité à résumer des concepts complexes, touchant divers contextes du système de soins de santé, de manière holistique et intégrale. Par ailleurs, la structure narrative de son étude rapporte de manière authentique les expériences du système de soins de santé, en prenant le point de vue LGBT.

Existence

La première dimension, celle de l'existence, est liée au sentiment d'être traité comme un être humain³⁴. Plusieurs chercheurs ayant interrogé les membres de la communauté LGBT ont découvert que ces personnes croient que leur identité queer les rend invisibles et qu'elles se sentent exclues par les professionnels de la santé^{6,8,34-36}. Les indices non verbaux (comme les expressions faciales et la position du corps) seraient les principales sources d'inconfort^{34,35}. En revanche, les expériences positives du système de soins de santé sont associées aux professionnels faisant preuve de compassion et d'empathie (par exemple, en inclinant la tête, en regardant droit dans les yeux et en parlant avec entrain)^{34,37}. Une étude menée par Taylor a révélé que les hommes trans disent ne pas se sentir écoutés, avoir l'impression de servir d'outil de recherche et qu'on met leur identité en doute, ce qui mine les relations entre les clients et les fournisseurs¹⁴.

Intégrité physique

La dimension de l'intégrité physique est liée à la dignité que les personnes ressentent lorsque les professionnels de la santé doivent franchir les frontières de l'espace personnel (par exemple, lors d'un examen gynécologique)³⁴.

Les cas où les fournisseurs de soins de santé ont fait preuve de respect à l'égard de la personne en état de vulnérabilité et expliqué chacune des étapes de la procédure (tant avant de commencer que pendant son déroulement) sont associés à une expérience positive³⁴. Les expériences négatives ont surtout été signalées par des femmes qui disaient avoir été manipulées brutalement par leur fournisseur de soins de santé, ce qui avait provoqué un sentiment de violation et de traumatisme^{34,38}.

Tableau 1.

TERMINOLOGIE LGBT	
TERME	DÉFINITION
Genre	Construction sociale des concepts tels que masculinité et féminité, dans une culture donnée et à une époque déterminée.
Identité de genre	Sentiment psychologique d'appartenance à un genre ou à un autre. Puisqu'il s'agit d'un sentiment, l'identité de genre n'est pas nécessairement apparente.
Expression de genre	Utilisation d'un comportement, de vêtements, d'une coiffure, d'une voix, de caractéristiques physiques, etc., pour extérioriser le genre d'une personne. L'expression de genre ne reflète pas nécessairement l'identité de genre.
Cis ou cisgenre	Personnes ayant une identité non transgenre. Ces termes sont utilisés pour désigner les personnes dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance. Le préfixe cis signifie « du même côté ».
Trans ou transgenre	Termes génériques utilisés pour désigner les personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance.
Non binaire	Terme générique qui désigne les personnes qui ne se reconnaissent pas dans la classification statique et binaire des genres (limitée aux hommes et aux femmes).
Bispirituel	Identité culturelle et spirituelle utilisée par certaines personnes des Premières Nations pour décrire les individus ayant à la fois un esprit masculin et un esprit féminin. Le terme peut servir à désigner des personnes ayant diverses identités de genre, expressions de genre, orientations sexuelles ou jouant divers rôles liés au genre.
Sexe	Classification biologique d'une personne, soit femme, homme ou intersexe. Le sexe est déterminé en fonction des caractéristiques comme l'anatomie sexuelle et reproductrice et la constitution génétique.
Orientation sexuelle	Référence à l'attraction physique, romantique ou émotive qu'une personne ressent pour une autre personne.
Queer	Terme de plus en plus utilisé par les membres de la communauté LGBT en raison de son caractère inclusif. Le terme queer recouvre une vaste gamme d'identités non hétérosexuelles et non cis et remplace à l'occasion le sigle LGBT. Il s'agit toutefois d'un mot qui était autrefois utilisé de manière péjorative et que la communauté LGBT s'est réapproprié; certaines personnes pourraient encore être gênées par l'utilisation du mot <i>queer</i> aujourd'hui.
Affirmation de son identité	Processus de prise de conscience, d'acceptation et de dévoilement de son identité queer. Affirmer son identité (ce qu'on appelle aussi <i>faire son coming out</i> ou <i>sortir du placard</i>) est un processus continu qui n'inclura pas nécessairement l'ensemble de l'entourage de la personne intéressée. De manière générale, l'affirmation de son identité compte plusieurs étapes et une personne peut avoir affirmé son identité seulement dans certaines situations ou à certains individus.

Intégrité émotionnelle

De nombreuses personnes LGBT interrogées dans le cadre des différentes études ont insisté sur l'importance de l'intégrité émotionnelle^{17,24,34}. Cette dimension est liée au sentiment de sécurité qu'une personne ressent lorsqu'elle divulgue ses informations au fournisseur de soins de santé et à sa perception que ses préoccupations et ses émotions sont prises au sérieux³⁴. Un des obstacles aux soins de santé les plus souvent signalés par les membres de la communauté LGBT est la discrimination suivant l'affirmation de son identité au fournisseur de soins de santé^{15,17,26,35}. Il s'agit pour ces personnes d'un événement stressant, qui les place dans un état de vulnérabilité émotionnelle²⁴. La qualité globale de l'expérience vécue par une personne LGBT dépend fortement de la réaction du professionnel de la santé au dévoilement de son identité^{6,24}. Les personnes LGBT considèrent que l'acceptation de leur identité est extrêmement importante et le facteur déterminant dans leur appréciation des praticiens de la santé²⁴. Les femmes lesbiennes et bisexuelles ont indiqué qu'elles préfèrent faire affaire avec des praticiens LGBT afin de préserver leur intégrité émotionnelle et de prévenir la survenue de nouveaux traumatismes¹³.

Valeur

La valeur est liée à l'impression d'avoir de l'importance aux yeux des fournisseurs de soins de santé³⁴. Les membres de la communauté LGBT sont confrontés à la discrimination sociale sur une base quotidienne et la stigmatisation est parfois internalisée^{2,17,24}, ce qui fait en sorte qu'ils sont nombreux à croire qu'ils ne méritent pas de recevoir de l'aide^{2,17}. Les interactions positives et qui mettent l'individu en valeur sont donc importantes pour favoriser la confiance et l'ouverture entre les clients et les fournisseurs de soins de santé^{2,24,34,37}. En amenuisant les préoccupations et en évitant le contact physique, les fournisseurs de soins de santé donnent l'impression d'abandonner les clients¹⁴. Les hommes trans ont par ailleurs indiqué qu'ils croient ne pas mériter les interactions qui valorisent leur genre en raison de leur expression de genre androgyne¹⁴.

Unicité

Cette dimension porte sur la reconnaissance de l'individualité et de la diversité des expériences personnelles par les fournisseurs de soins de santé³⁴. Si les fournisseurs de soins de santé sont portés sur les présomptions et les généralisations fondées sur des stéréotypes, les personnes LGBT indiquent avoir vécu une expérience négative^{6,13,34,36}. Il est important pour les personnes LGBT que les fournisseurs de soins de santé voient au-delà du genre, du sexe ou de l'orientation sexuelle et reconnaissent que leurs patients mènent des vies multidimensionnelles^{6,14}.

Expression

Cette dimension tient compte du confort qu'une personne ressent lorsqu'elle doit exprimer son opinion, ses pensées et

ses préoccupations³⁴. Elle ressemble beaucoup à l'intégrité émotionnelle, mais une grande partie de l'expression est liée aux suppositions des professionnels de la santé^{24,34-36}, qui provoquent des expériences négatives lorsqu'ils supposent que leurs clients sont hétérosexuels¹⁶. L'absence d'un vocabulaire non genré (tant à l'oral qu'à l'écrit) contribue également à entraver la liberté d'expression^{16,37}.

Pouvoir

Cette dimension porte sur les relations de pouvoir entre les clients et les fournisseurs de soins de santé³⁴. La participation des personnes LGBT aux décisions relatives à leurs soins de santé est importante pour qu'elles se sentent en contrôle et qu'elles créent des relations positives avec leur fournisseur de soins de santé^{34,35}. Les professionnels de la santé qui prennent le temps d'expliquer les résultats des examens ainsi que les procédures à réaliser et qui travaillent en collaboration avec leurs clients créent des expériences positives, alors que ceux qui se montrent dominants et insensibles sont perçus comme étant cruels^{14,34,35}.

Obstacles aux soins

Les articles examinés relèvent trois obstacles qui empêchent les membres de la communauté LGBT d'accéder aux soins : la discrimination, l'ignorance et les suppositions.

Discrimination

La discrimination contre les membres de la communauté LGBT empêche bon nombre d'entre eux d'avoir recours aux services du système de soins de santé^{19,26}. De nombreux participants aux études croient que le dévoilement de leur identité à leurs fournisseurs de soins de santé et la discrimination à laquelle ils s'exposeraient auraient un effet sur la qualité des soins¹⁶. Dans certains cas, les personnes LGBT peuvent être exposées à un risque accru de discrimination en raison de leur appartenance à divers groupes marginalisés (comme les personnes bispirituelles, qui appartiennent à la fois aux communautés LGBT et aux Premières Nations)^{6,17}. Les personnes qui ont dévoilé leur identité à des fournisseurs de soins de santé signalent des réactions variant entre la gêne et la curiosité excessive, en passant par l'hostilité, le rejet direct, la pitié injustifiée, la condescendance et le refus d'administrer des soins^{6,14,15,35,36,39,40}.

On a cerné deux principaux types de discrimination : la discrimination réelle et la discrimination anticipée²⁶. La discrimination réelle est vécue lorsqu'un fournisseur de soins de santé exprime un jugement ou fait des remarques homophobes ou transphobes et qu'il refuse que les partenaires de même sexe soient acceptés au chevet des patients à titre de membres de la famille^{2,26,36}. Les partenaires de même sexe disent parfois être des amis ou des colocataires pour éviter d'être traités différemment²⁶. Les participants aux recherches examinées dans le cadre de cette analyse ont également fait état des défis liés à la recherche de

soins en santé mentale, car certains fournisseurs inexpérimentés considèrent l'homosexualité et la transidentité comme étant des maladies mentales^{36,39}. La discrimination anticipée est le fait de s'attendre à être l'objet d'une discrimination en raison de la stigmatisation sociale existante ou d'expériences négatives antérieures avec les fournisseurs de soins de santé^{2,6,19,22,25,26}.

Cette forme de discrimination a un effet sur la volonté d'un individu à dévoiler son identité de genre ou son orientation sexuelle et à recourir aux services du système de soins de santé^{6,19,25,26}. Les deux formes de discrimination menacent la santé des personnes LGBT et sont à l'origine de détresse émotionnelle, de soins inadéquats et d'un manque de suivi médical approprié^{6,19,26}.

De plus, les polices d'assurance et l'image de soi pourraient empêcher les personnes LGBT d'accéder aux soins appropriés^{2,39}. Par exemple, certains hommes trans indiquent avoir du mal à obtenir des soins gynécologiques en raison d'une protection inadéquate de leur régime d'assurance ou d'une dysphorie corporelle^{38,39}. Le test Pap et l'examen des seins peuvent être des événements dysphoriques et débilissants sur le plan émotionnel, et certains hommes trans décident de complètement éviter de recevoir des soins gynécologiques³⁹.

Ignorance et manque de connaissances

Le manque de connaissances relatives aux problèmes de santé propres aux personnes LGBT et les jugements des professionnels de la santé sont d'autres obstacles aux soins de santé pour ces patients^{2,14,36}. Certains professionnels de la santé semblent mal connaître la terminologie propre à cette communauté, ce qui accentue le stress des patients, qui sentent que la responsabilité d'éduquer les fournisseurs de soins de santé et de justifier leur identité leur revient^{6,12,14,16,19,36}. De nombreuses personnes queer ont indiqué que leurs fournisseurs de soins de santé semblent être mal préparés et qu'ils agissent maladroitement après avoir pris connaissance de l'identité du patient, évitant les discussions portant sur l'orientation sexuelle pendant la planification des soins de santé^{26,35}. Une étude réalisée par l'Université McGill et portant sur les personnes âgées queer a révélé que le système de soins de santé avait adopté une approche « ne rien demander, ne rien dire » en ce qui concerne l'orientation sexuelle⁸. Cet inconfort marqué de la part des fournisseurs de soins de santé fait en sorte que les patients eux-mêmes sont inconfortables et incapables de parler ouvertement de leurs problèmes de santé^{35,36}. On a également fait état d'un manque général de connaissances en ce qui concerne les soins de santé destinés aux personnes transgenres (comme l'hormonothérapie)^{2,12,14,16,39}.

Suppositions des fournisseurs de soins de santé

Les personnes LGBT indiquent que les suppositions au sujet de leur orientation sexuelle, de leur sexe et de leur genre envahissent l'environnement des soins de santé^{34,37}. Ces suppositions se

manifestent dans le vocabulaire employé par les fournisseurs de soins de santé, dans les documents écrits et dans les images et les pamphlets qui se trouvent dans les cabinets^{16,34,35,40}. L'utilisation d'un langage hétéronormatif a un effet négatif sur la relation entre les clients et les fournisseurs de soins de santé et crée de l'inconfort et de la détresse chez les personnes LGBT^{6,8,34-36}. Les répondants LGBT indiquent que l'idée selon laquelle tous les patients sont hétérosexuels et cisgenres constitue un obstacle important à la formation d'une relation de confiance avec leurs fournisseurs de soins de santé^{35,37}. Les études ont révélé que les personnes transgenres ont du mal à dévoiler leur identité de genre, car les formulaires d'admission n'offrent que des options de genre binaires fondées sur les notions traditionnelles de masculinité et de féminité^{16,35,39}. En outre, pour les personnes transgenres, le fait d'avoir des pièces d'identité gouvernementales qui ne reflètent pas leur identité et leur expression de genre constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins⁴¹.

Répercussions des obstacles

Ces obstacles sont associés à plusieurs conséquences néfastes sur la santé.

Soins retardés ou interrompus

Des expériences antérieures négatives ou une discrimination perçue au sein du système de soins de santé poussent des personnes LGBT à attendre avant de demander des soins de santé^{6,16,17,22,31,42}. La recherche a démontré que les personnes LGBT sont moins susceptibles de demander des soins médicaux comparativement à leurs contreparties non queer^{2,13,16,19,21,24,39,43,44} et qu'elles sont celles qui participent le moins aux programmes de prévention en santé^{22,24,37}. On a également observé que les lesbiennes et les femmes bisexuelles sont moins susceptibles d'avoir un médecin de famille et de subir régulièrement un test Pap et un examen des seins^{13,20,21,31}. Dans le cadre d'une étude récente sur les personnes transgenres et non binaires, 28 % des répondants ont indiqué qu'ils avaient été victimes de harcèlement en contexte de soins de santé et qu'ils avaient retardé l'obtention de soins en raison de discrimination¹⁵.

Augmentation des comportements néfastes pour la santé

La difficulté à accéder aux services de soins de santé répondant aux besoins propres à la communauté LGBT (comme l'information sur les pratiques sexuelles sécuritaires) a mené à une prévalence accrue des comportements néfastes pour la santé au sein de cette population^{17-21,24,25}. Les taux de tabagisme et de consommation d'alcool et de drogue sont plus élevés chez les personnes LGBT^{17-20,24,25}, et les minorités sexuelles sont exposées à un risque accru de contracter une maladie transmissible sexuellement¹⁸. L'automédication au moyen de « médicaments de la rue » est commune chez les personnes transgenres qui ne peuvent obtenir de leur médecin l'hormonothérapie appropriée³⁹. Le dépistage régulier du VIH est particulièrement difficile chez

les hommes queer, qui craignent de recevoir un résultat positif et d'être ainsi exposés au double stigmatisme de l'infection par le VIH et de l'identité queer^{12,39}.

Non-dévoilement de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle

Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé aient la capacité de permettre aux personnes LGBT d'affirmer leur identité tout en se sentant en sécurité dans l'environnement des soins de santé^{7,17,35,40,42,43}. Le dévoilement de l'identité queer aux fournisseurs de soins de santé améliore la probabilité de recevoir l'information et les soins appropriés (par exemple, l'information sur les pratiques sexuelles sécuritaires et les recommandations concernant les tests appropriés)^{6,7,24}. La recherche a montré une hausse de l'utilisation des services médicaux chez les femmes lesbiennes qui avaient dévoilé leur identité à leur médecin^{7,31}. Les personnes LGBT hésitent à dévoiler leur orientation sexuelle par crainte de revivre des expériences négatives ou que l'information ait un effet négatif sur leurs soins^{2,13,16,18,19,22,24,31,35,37,42}. Les personnes LGBT ont indiqué avoir subi une anxiété extrême lorsqu'elles ont affirmé leur identité en contexte de soins de santé, redoutant que cette information ne les rende vulnérables aux mauvais traitements et au refus de traitement^{19,24,35,43}. Certaines croient qu'il est risqué de dévoiler sa sexualité, à moins que l'information ne soit absolument pertinente^{24,35}. D'autres personnes ne veulent pas dévoiler leur identité, même dans les cas où l'information semble être pertinente, de manière à protéger leur bien-être¹⁹.

Stigmatisation internalisée

Les cas de discrimination ont fait en sorte que les personnes ne se sentent pas en sécurité dans l'environnement de soins de santé et ont renforcé le sentiment de stigmatisation^{2,19}. Ce sentiment pourrait pousser les personnes queer à croire qu'elles ne méritent pas le respect de leurs fournisseurs de soins de santé ou le même accès aux soins que les personnes non queer². La stigmatisation internalisée peut également être associée à un risque accru de comportements néfastes pour la santé et à des conséquences telles que la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme, le suicide et des problèmes de santé mentale comme la dépression et les troubles de l'alimentation^{2,12,17-21,24,25,31}.

Stratégies pour le changement

Il est primordial de créer un environnement de soins de santé où les personnes LGBT se sentiront en sécurité. Non seulement les programmes de santé générale doivent-ils être plus inclusifs, mais les participants de différentes études ont aussi indiqué que les programmes et les services de santé destinés particulièrement aux personnes LGBT étaient nécessaires et importants^{17,40,43}. Dans le cadre d'une étude menée par Brotman et ses collaborateurs et portant sur les personnes bispirituelles, on a souligné la nécessité de trouver davantage de professionnels bien disposés envers les

personnes LGBT dans le système de soins de santé¹⁷. Les professionnels de la santé doivent réfléchir à leurs propres sentiments et suppositions au sujet de l'identité de genre et de la sexualité et évaluer leurs propres réactions, partis pris et éventuelles lacunes afin de mieux comprendre les besoins en matière de santé des personnes LGBT^{8,13,20}. Les personnes LGBT insistent sur l'importance de préparer les fournisseurs de soins de santé à prodiguer des soins adaptés aux personnes LGBT et à employer un langage inclusif^{1,8,13,20,35}. Barnoff et ses collaborateurs ont mené une étude axée sur les expériences de soins de santé vécues par les lesbiennes ayant reçu un diagnostic de cancer qui a révélé que les participantes souhaitaient avoir l'occasion de créer des liens avec d'autres lesbiennes qui sont dans la même situation⁴³. La nécessité d'offrir davantage d'information et de programmes de soutien à la santé orientés sur les membres de la communauté LGBT exige de plus amples efforts⁴³.

On a suggéré que les affiches sur les espaces positifs et d'autres affiches inclusives pouvaient servir à manifester du soutien à la communauté LGBT^{1,17,19,37,40,45}.

Les participants à diverses études ont insisté sur l'importance d'une formation de sensibilisation aux réalités culturelles destinée aux professionnels de la santé. Cette formation devrait porter une attention particulière aux personnes LGBT qui ont subi des traumatismes^{16,19,35}. Les participants ont également souligné qu'il est nécessaire que les fournisseurs de soins de santé collaborent et tissent des relations les uns avec les autres afin d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences en matière de travail avec les membres de la communauté LGBT¹⁴. Une étude qui s'est penchée sur les jeunes LGBT a recommandé que les fournisseurs de soins de santé rappellent, lors de chaque rendez-vous, qu'ils sont professionnellement tenus de respecter la confidentialité de leurs clients. En effet, le dévoilement de l'identité constitue une menace non négligeable à la sécurité des personnes LGBT³⁷. À l'avenir, une éducation plus exhaustive et orientée sur la santé des personnes LGBT et les compétences culturelles devrait être intégrée aux programmes de sciences de la santé et d'entrée en pratique^{14,17,20}. Il est essentiel que les fournisseurs de soins de santé comprennent les répercussions de la stigmatisation et qu'ils aient la capacité de faire preuve d'empathie (par la sensibilisation et la validation) afin de créer des relations de confiance avec les clients^{8,16}. Ces connaissances peuvent faciliter la mise au point de programmes pédagogiques, de politiques et d'interventions visant la réduction des inégalités dont sont victimes les membres de la communauté LGBT.

La *Loi canadienne sur les droits de la personne* interdit la discrimination basée sur l'orientation sexuelle depuis 1996⁴⁷. Le projet de loi C-16, dont l'évaluation est en cours, propose des amendements à la Loi afin d'ajouter l'identité de genre et l'expression de genre aux motifs de discrimination interdits⁴⁸. À l'heure actuelle, sept provinces et un territoire reconnaissent l'identité de genre et l'expression de genre dans leur législation

en matière de droits de la personne (tableau 2)⁴⁹⁻⁵³. Les fournisseurs de soins de santé doivent reconnaître leur obligation civile à prodiguer des soins sécuritaires et inclusifs à tous leurs patients ainsi que l'importance d'améliorer leur compréhension de l'expérience de soins de santé des membres de la communauté LGBT.

Lacunes en recherche

La principale limite ou le principal défi nuisant à la recherche sur les expériences des personnes LGBT vient du fait que les chercheurs ne peuvent étudier que les individus qui sont à l'aise avec l'auto-identification; par conséquent, une grande proportion de personnes LGBT dans le placard est exclue. De plus, les recherches sur les minorités sexuelles (comme les personnes pansexuelles et asexuelles) semblent être peu nombreuses. À ce jour, la plus grande partie de la recherche s'est penchée sur les expériences des personnes lesbiennes et gaies et il n'y a pas suffisamment de recherche s'intéressant aux expériences des membres des communautés bisexuelles et transgenres. Les études qualitatives et longitudinales sont également nettement insuffisantes, ce qui complique l'analyse de la variation dans le temps des points de vue et des expériences.

À l'heure actuelle, la recherche suggère que les professionnels de la santé sont passés de la discrimination franche (par exemple, le refus de traitement) à des formes plus subtiles de discrimination (comme le langage non inclusif). La peur d'affirmer son identité aux fournisseurs de soins de santé est toujours un obstacle à l'obtention de soins de santé appropriés pour les personnes LGBT. Il n'y a pas non plus assez de recherche étudiant les répercussions de la stigmatisation des personnes queer sur leur santé et leur bien-être, en particulier dans le contexte canadien¹⁷. En outre, aucune des sources examinées ne s'est penchée sur les expériences de soins de santé dentaire des personnes queer. En effet, la plus grande partie de la recherche est orientée sur les expériences avec les médecins et le personnel

infirmier. On n'a que peu, voire aucune information sur l'expérience des personnes LGBT avec les services de soins bucco-dentaires. Il faut examiner plus en profondeur la variété des inégalités entre les sous-groupes de personnes queer (p. ex., selon l'âge, l'origine ethnique ou la culture) pour détecter les autres obstacles aux soins associés à l'augmentation du risque de discrimination³¹.

CONCLUSION

Le présent article fournit un aperçu des expériences de soins de santé relatives à l'existence, à l'intégrité physique, à l'intégrité émotionnelle, à la valeur, à l'unicité, à l'expression et au pouvoir des membres de la communauté LGBT en Amérique du Nord. Les obstacles aux soins comprennent la discrimination basée sur l'ignorance et les suppositions des fournisseurs de soins de santé et mènent à l'administration tardive ou à l'interruption des soins, à l'augmentation des comportements néfastes pour la santé, au non-dévoilement de l'identité et à l'internalisation des stigmates. Il faut aussi réaliser des enquêtes qualitatives additionnelles sur les expériences des minorités sexuelles et des personnes de genre non binaire. Les expériences de soins de santé des personnes LGBT de couleur, d'âges différents et de diverses origines ethniques doivent aussi faire l'objet d'études plus approfondies. Les personnes LGBT sont exposées à un risque disproportionné de problèmes médicaux ou de détresse mentale et psychologique émanant de la discrimination sociale profondément enracinée.

Les observations des recherches étudiées ici révèlent un urgent besoin d'analyser et de réformer la formation en compétence culturelle fournie aux professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux membres de la communauté LGBT. Il faut déployer des efforts pour atténuer la souffrance et accroître les sentiments de confort et de sécurité des personnes LGBT dans les environnements de soins de santé afin d'augmenter leur santé générale et leur qualité de vie au sein de la communauté. ■

SOYEZ À L'ABRI

... AVEC L'ASSURANCE HABITATION DE LA PERSONNELLE!



PROTECTION ET DÉTECTION DES DÉGÂTS D'EAU... SOUS UN MÊME TOIT!

Protégez vos biens encore mieux avec les **Solutions H2O+**

Protégez votre résidence, c'est facile. Essayez notre nouvelle soumission!

▶ lapersonnelle.com/ohdq

▶ 1 888 476-8737

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



Ordre des hygiénistes dentaires du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation et entreprise

La bonne combinaison.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

Tableau 2.

HUMAN RIGHT			
MOTIFS DE DISCRIMINATION INTERDITS			
PROVINCE OU TERRITOIRE	ORIENTATION SEXUELLE	IDENTITÉ DE GENRE	EXPRESSION DE GENRE
Colombie-Britannique	1992	2016	2016
Alberta	2009	2015	2015
Saskatchewan	1993	2014	-
Manitoba	1987	2012	-
Ontario	1986	2012	2012
Québec	1977	2016	2016
Nouveau-Brunswick	1992	-	-
Nouvelle-Écosse	1991	2012	2012
Île-du-Prince-Édouard	1998	2013	2013
Terre-Neuve-et-Labrador	1995	2013	2013
Yukon	1987	-	-
Territoires du Nord-Ouest	2002	2002	-
Nunavut	1999	2017	2017
Canada	1996	Projet de loi C-16	Projet de loi C-16

Références :

- Ard KL, Makadon HJ. *Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender people: Understanding and eliminating health disparities*. Boston: The Fenway Institute; 2012.
- Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: National Academies Press; 2011.
- Loyola University Maryland. LGBTQ terms and definitions [Internet]. Available from: www.loyola.edu/club/spectrum/lgbtq-terms-and-definitions
- Qmunity. *Queer terminology from A to Q*. Vancouver, BC: Qmunity; 2013. Available from: qmunity.ca/wp-content/uploads/2015/03/Queer-Terminology-Web-Version-Sept-2013-Cover-and-pages.pdf
- University of California at Berkeley, Gender Equity Resource Center. Definition of terms [Internet]. Berkeley, CA: UC Berkeley; 2013. Available from: geneq.berkeley.edu/lgbt_resources_definition_of_terms#gender
- Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, Rowe B. The impact of coming out on health and health care access: The experiences of gay, lesbian, bisexual and Two-Spirit people. *J Health Soc Policy*. 2002;15(1):1-29.
- Bradford JB, Cahill S, Grasso C, Makadon HJ. Policy focus: Why gather data on sexual orientation and gender identity in clinical settings. Boston: The Fenway Institute; 2012. Available from: www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/policy_brief_why_gather.pdf
- Brotman S, Ryan B, Cormier R. The health and social service needs of gay and lesbian elders and their families in Canada. *Gerontologist*. 2003;43(2):192-202
- Carroll A. *State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: Criminalisation, protection and recognition*. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA); May 2016. Available from: http://ilga.org/downloads/02_ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2016_ENG_WEB_150516.pdf
- Statistics Canada. Same-sex couples and sexual orientation... by the numbers [Internet]. 2014. Available from: www.statcan.gc.ca/eng/dai/smr08/2015/smr08_203_2015#a3
- Gates GJ, Newport F. LGBT percentage highest in DC, lowest in North Dakota. Gallup [Internet]. 2013. Available from: www.gallup.com/poll/160517/lgbt-percentage-highest-lowest-north-dakota.aspx
- Finkenauer S, Sherratt J, Marlow J, Brodey A. When injustice gets old: A systematic review of trans aging. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2012;24(4):311-30.
- Barbara AM, Quandt SA, Anderson RT. Experiences of lesbians in the health care environment. *Women & Health*. 2001;34(1):45-62.
- Taylor ET. Transmen's health care experiences: Ethical social work practice beyond the binary. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2013;25(1):102-20.
- Cornelius JB, Carrick J. A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nurs Educ Perspect*. 2015;36(3):176-78.
- Bauer GR, Scheim AI, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario, Canada: Results from a respondent-driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):713-20.e1.
- Brotman S, Ryan B, Jalbert Y, Rowe B. Reclaiming space-regaining health: The health care experiences of Two-Spirited people in Canada. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2002;14(1):67-87.
- Rawat R. Multi-dimensional burden of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) community: Health perspective. *AASCIT*. 2015;2(6):320-25.
- Quinn GP, Sutton SK, Winfield B, Breen S, Canales J, Shetty G, et al. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning (LGBTQ) perceptions and health care experiences. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(2):246-61.
- Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviors, health status, and access to and use of health care: A population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Arch Fam Med*. 2000;9(10):1043-51.

21. Aaron D, Markovic N, Danielson M, Honnold J, Janosky J, Schmidt N. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health*. 2001;91(6):972–75.
22. Mitra S, Globerman J. Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people. *Rapid Review #79*. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network; 2014.
23. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people [press statement]. Geneva: UNAIDS; 2015. Available from: www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/september/20150929_LGBTI#_ftnref1
24. Durso LE, Meyer IH. Patterns and predictors of disclosure of sexual orientation to healthcare providers among lesbians, gay men, and bisexuals. *Sex Res Social Policy*. 2013;10(1):35–42.
25. Alvy LM, McKirnan D, Du Bois SN, Jones K, Ritchie N, Fingerhut D. Health care disparities and behavioral health among men who have sex with men. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2011;23(4):507–22.
26. Zuccaro L. The health care experiences of LGBT seniors. Transition (a publication of The Vanier Institute of the Family). 2014;44(3):14–15.
27. van Anders SM. Beyond sexual orientation: Integrating gender/sex and diverse sexualities via sexual configurations theory. *Arch Sexual Behav*. 2015;44(5):1177–1213.
28. Rainbow Health Ontario. Media reference guide discussing trans and gender-diverse people [Internet]. Available from: www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2016/01/Media-Reference-Guide-Trans-and-Gender-Diverse-People1.pdf
29. Trans Primary Care. Language and terminology [Internet]. Available from: www.rainbowhealthontario.ca/TransHealthGuide/intro-terms.html
30. Intersex Society of North America. What is intersex? [Internet]. Available from: www.isna.org/faq/what_is_intersex
31. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Reports*. 2008;19(1):53–64.
32. Evans NJ, Forney DS, Guido FM, Patton LD, Renn KA. Student development in college: *Theory, research, and practice*. 2nd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2010.
33. Sullivan, Nikki. *A critical introduction to queer theory*. New York, NY: NYU Press; 2003.
34. Stevens PE. Lesbians' health-related experiences of care and noncare. *West J Nurs Res*. 1994;16(6):639–59.
35. Harbin A, Beagan B, Goldberg L. Discomfort, judgment, and health care for queers. *J Bioeth Inq*. 2012;9(2):149–60.
36. Saulnier CF. Deciding who to see: Lesbians discuss their preferences in health and mental health care providers. *Social Work*. 2002; 47(4):355–65.
37. Law M, Mathai A, Veinot P, Webster F, Mylopoulos M. Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2015;16:175.
38. Lambda Legal. *When health care isn't caring: Lambda Legal's survey on discrimination against LGBT people and people living with HIV*. New York, NY: Lambda Legal; 2010. Available from: www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/whcic-report_when-health-care-isnt-caring.pdf
39. Xavier J, Bradford J, Hendricks M, Safford L, McKee R, Martin E, et al. Transgender health care access in Virginia: A qualitative study. *Int J Transgend*. 2013;14(1):3–17.
40. MacDonnell JA, Daley A. Examining the development of positive space in health and social service organizations: A Canadian exploratory study. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2015;27(3):263.
41. Bauer GR, Zong X, Scheim AI, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: A respondent-driven sampling survey. *PLoS One*. 2015:1–16.
42. van Dam MAA, Koh AS, Dibble SL. Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2001;5(1):11–19.
43. Barnoff L, Sinding C, Grassau P. Listening to the voices of lesbians diagnosed with cancer: Recommendations for change in cancer support services. *J Gay Lesbian Soc Serv*. 2005;18(1):17–35
44. Grant JM, Mottet LA, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey [Internet]. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011. Available from: www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NTDS_Report.pdf
45. Eliason MJ, Schope R. Does “don't ask don't tell” apply to health care? Lesbian, gay, and bisexual people's disclosure to health care providers. *J Gay Lesbian Med Assoc*. 2001;5(4):125–34.
46. Positive Space, University of Toronto. Posters & stickers [Internet]. 2015. Available from: positivespace.utoronto.ca/resourcesposters/posters/
47. Hurley MC. *Sexual orientation and legal rights*. Ottawa: Library of Parliament; 2007. Available from: www.loppar.gc.ca/content/lopp/researchpublications/921-e.pdf
48. Bill C-16. *An act to amend the Canadian Human Rights Act and Criminal Code*. 1st Sess, 42nd Parl, 64-65 Elizabeth II, 2015–2016 (as passed by the House of Commons, 18 Nov 2016). Available from: www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=8609176&Language=E&Mode=1
49. Spencer C. A brief Canadian history of laws affecting and gays and lesbians [Internet]. 2008. Available from: www.canadianelderlaw.ca/Gay%20Timeline.htm
50. Cossman B. Bill C-16 – No, it's not about criminalizing pronoun misuse [Internet]. 2016. Available from: sds.utoronto.ca/blog/bill-c-16-no-its-not-about-criminalizing-pronoun-misuse/
51. Ministry of Justice, Government of British Columbia. BC Human Rights Code to include explicit protection for gender identity, expression [news release]. 2016 Jul 25. Available from: <https://news.gov.bc.ca/releases/2016JAG0025-001352>
52. Bill 103. *An Act to strengthen the fight against transphobia and improve the situation of transgender minors in particular*. 1st Sess, 41st Leg, 2016 (Chapter 19). Québec: Québec Official Publisher; 10p. Available from: www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2016C19A.PDF
53. Ostroff J. Nunavut protects transgender rights in unanimous vote [Internet]. *The Huffington Post Canada*. 2017 Mar 15. Available from: www.huffingtonpost.ca/2017/03/15/nunavut-transgender-rights_n_15386394.html

Prévenez la douleur et la sensibilité dentinaires avec la plus récente technologie de protection des dents

Leonard J. Litkowski, DDS, MS

ÉTUDE DE CAS : SARAH



Sarah, 28 ans, se présente à un nettoyage dentaire régulier.

Elle dit ressentir une douleur aux dents et pointe les prémolaires et la canine du côté droit de la mâchoire supérieure. La douleur est d'une durée très courte et est souvent causée par les liquides froids, l'air ou même les soies de sa brosse à dents.

Auparavant, la douleur se manifestait aléatoirement, mais maintenant, elle pourrait survenir pratiquement tous les jours si Sarah ne faisait pas attention. L'examen a révélé une récession gingivale d'environ 1 mm dans la région des 1^{re} et

2^e prémolaires et de la canine, ainsi qu'une inflammation et une accumulation de plaque.

Les autres régions de la bouche étaient sans plaque et sans inflammation apparente. Sarah avoue éviter de passer dans la région douloureuse et sensible lors des brossages, craignant qu'une sensation de douleur se manifeste. Elle a réagi à un jet d'air et à un balayage de la sonde sur la surface de la racine. Sur une échelle de 10, sa douleur était à 7 ou 8. Aucune carie dentaire n'a été observée.

Hypersensibilité dentinaire

Les symptômes de Sarah correspondent à ceux de l'hypersensibilité dentinaire, une douleur dentaire passagère découlant d'une dentine exposée, causée par un stimulus et qui ne peut être attribuée à aucun autre problème ou pathologie dentaire^{1,2}. Sarah n'est pas la seule à ressentir de la douleur. Environ 36 % des adultes déclarent avoir une sensibilité dentinaire associée à un stimulus comme le chaud ou le froid, la pression d'air ou le toucher³. L'hypersensibilité dentinaire se manifeste souvent sous forme de douleur aiguë, mais lorsqu'elle devient chronique, elle peut entraîner une négligence d'hygiène buccale, à un manque de vigilance à suivre les recommandations et à un évitement des rendez-vous chez le dentiste^{4,5}.

Diagnostic, mécanisme et gestion

Les symptômes de douleur et de sensibilité dentinaire ressentis par les patients peuvent également être associés aux états pathologiques suivants, qui peuvent être diagnostiqués lors d'un examen :

- Caries dentaires, fissures aux dents, dents fracturées et névralgie suivant un traitement dentaire².

- De nombreuses visites peuvent être nécessaires pour écarter les autres causes possibles de la douleur et diagnostiquer l'hypersensibilité dentinaire.

Le mécanisme de l'hypersensibilité dentinaire :

- Dans le cas de l'hypersensibilité dentinaire, la dentine est exposée (image 1a), des tubules ouverts se forment à la surface exposée, stimulant les nerfs pulpairens lors d'un stimulus³.
- La théorie la plus acceptée expliquant le mécanisme de l'hypersensibilité dentinaire est la théorie hydrodynamique. Un mouvement rapide du fluide dans les tubules ouverts entraîne une stimulation des nerfs accompagnée d'une douleur de courte durée, mais aiguë (image 1b)³.
- Les tubules doivent être ouverts dans la cavité orale et la pulpe³.



Image 1a :
Des tubules ouverts se forment dans la dentine, permettant un mouvement rapide du fluide et entraînant une stimulation du nerf^{3,7}.



Image 1b :
Le fluide dans les tubules découlant de l'exposition de la dentine déclenche la stimulation du nerf^{3,7}.

Les modalités de traitement incluent :

- Une dépolarisation du nerf à l'aide de nitrate de potassium pour prévenir toute repolarisation et réduire la transmission du réflexe⁶.
- L'obturation des tubules qui consiste à former une couche à la surface et à l'intérieur des tubules, bloquant ainsi le mouvement du fluide dentinaire et prévenant la stimulation du nerf⁶.

Évolution des produits traitant l'obturation des tubules

L'organisme dispose d'un mécanisme de défense naturel contre la déminéralisation de la surface et l'érosion de l'émail : il s'agit de la production d'une solution sursaturée de calcium (Ca) et de phosphore (P) dans la salive. Il a été démontré que l'administration d'une quantité supplémentaire de Ca et de P sous forme de phosphate de calcium amorphe (PCA) ralentit davantage le processus et peut boucher les tubules ouverts.

Cependant, le PCA ne peut pas rester à la surface assez longtemps pour qu'une réaction ait lieu. Pour améliorer la substantivité et la rétention à la surface, de la phosphopeptide de caséine et de phosphate de calcium amorphe (PPC-PCA) a été ajoutée. NovaMin (phosphosilicate de calcium et de sodium) est une des technologies les plus récentes qui permettent d'accroître l'adhérence des minéraux à la surface. NovaMin a démontré une substantivité optimale et une adhérence à la surface en apportant du calcium et du phosphate dans la région sensible.

Technologie NovaMin

NovaMin est un matériau de remplacement en vitrocéramique conçu pour les os endommagés à la suite d'une blessure traumatique (par ex. : accidents, trauma causé par une arme, cancer, etc.)⁸. Il a donc été formulé pour adhérer à l'os et aux tissus mous, puis a été utilisé en dentisterie sous forme de particules pour régénérer l'os lors de poches parodontales⁹. La modification de la taille des particules a permis à ce matériau de pénétrer dans les tubules, d'interagir avec le fluide dentinaire et de former un sceau, à la surface et à l'intérieur des tubules, interrompant efficacement le mouvement du fluide¹⁰. La couche d'obturation générée (apparente à l'hydroxyapatite) est plus dure que la dentine sous-jacente et résiste aux expositions acides à la surface de la dent¹¹. L'incorporation de NovaMin avec le fluorure dans la formule stable d'un dentifrice peut produire des effets de désensibilisation et favoriser une protection contre la carie.

RÉEXAMINEZ LA VISITE DE SARAH

Faire une recommandation conforme à la pratique dentaire préventive

Sarah a besoin d'une protection continue contre la douleur due aux dents sensibles. Elle peut y arriver en utilisant régulièrement un dentifrice qui répare* les régions sensibles des dents en dégageant du calcium et du phosphate, éléments constitutifs des dents¹².

Sensodyne est un dentifrice recommandé par les dentistes. Il contient 5 % p/p de NovaMin, pour[†] :

- Assurer une protection de longue durée éprouvée en clinique contre l'hypersensibilité dentinaire¹²
- Commencer à agir dès la 1^{re} semaine¹²
- Offrir une protection efficace contre la douleur aux dents sensibles et, par une utilisation continue, aider à en prévenir la récurrence¹²
- Nettoyer efficacement les dents pour aider à conserver la santé des gencives¹²
- Procurer un goût frais de menthe pour laisser une sensation de fraîcheur et de propreté dans la bouche¹²

Pour aider Sarah à bénéficier d'une protection continue contre la douleur aux dents sensibles et l'aider à en prévenir la récurrence, on lui recommande deux brossages par jour avec Sensodyne Répare et Protège¹².



*Forme une couche protectrice sur les parties sensibles des dents. Deux brossages par jour pour une protection durable contre la sensibilité.

†Bienfaits observés avec 2 brossages par jour

1. Holland, G. R., Narhi, M. N., Addy, M., et al. Guidelines for the design and conduct of clinical trials on dentine hypersensitivity. *J Clin Periodontol.* 1997. 24:808-13. 2. Canadian Advisory Board on Dentine, H. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *J Can Dent Assoc.* 2003. 69:221-6. 3. Addy, M. Dentine hypersensitivity: New perspectives on an old problem. *International Dental Journal.* 2002. 52:367-375. 4. Schiff, T., Delgado, E., Zhang, Y. P., et al. Clinical evaluation of the efficacy of an in-office desensitizing paste containing 8% arginine and calcium carbonate in providing instant and lasting relief of dentin hypersensitivity. *Am J Dent.* 2009. 22 Spec No A:8A-15A. 5. Schiff, T., Delgado, E., Zhang, Y. P., et al. The clinical effect of a single direct topical application of a dentifrice containing 8.0% arginine, calcium carbonate, and 1450 ppm fluoride on dentin hypersensitivity: the use of a cotton swab applicator versus the use of a fingertip. *J Clin Dent.* 2009. 20:131-6. 6. Markowitz, K. The original desensitizers: strontium and potassium salts. *J Clin Dent.* 2009. 20:145-51. 7. Litkowski, L. J. (communication personnelle). The Science of Sensitivity Relief: Next Generation in Desensitization. 2017. Toronto Academy of Dentistry, W. C. Toronto. 8. Earl, J. S., Leary, R. K., Muller, K. H., et al. Physical and chemical characterization of dentin surface following treatment with NovaMin technology. *J Clin Dent.* 2011. 22:62-7. 9. Efland, S. E., Magne, P., Douglas, W. H., et al. Interaction between bioactive glasses and human dentin. *J Mater Sci Mater Med.* 2002. 13:557-65. 10. LaTorre, G. et Greenspan, D. C. The role of ionic release from NovaMin (calcium sodium phosphosilicate) in tubule occlusion: an exploratory in vitro study using radio-labeled isotopes. *J Clin Dent.* 2010. 21:72-6. 11. Parkinson, C. R. et Willson, R. J. A comparative in vitro study investigating the occlusion and mineralization properties of commercial toothpastes in a four-day dentin disc model. *J Clin Dent.* 2011. 22:74-81. 12. GlaxoSmithKline Soins de santé aux consommateurs. CSS Sensodyne Répare et Protège (5 % de NovaMin avec fluorure de sodium) GCSAE/CHSEO/0030/15. 2015

Les marques de commerce sont détenues ou utilisées sous licence par le groupe de sociétés GSK.

©2018 Groupe de sociétés GSK ou son concédant de licence.

SENSODYNE **RÉPARE ET PROTÈGE**

COMMENT RECONNAÎTRE LA VIOLENCE CONJUGALE ?

Par le **Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale**

Source: Reproduction autorisée. « Comment reconnaître la violence conjugale? » Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (maisons-femmes-qc.ca)

La violence conjugale est une problématique sociale qui découle des rapports de pouvoirs inégaux entre les hommes et les femmes dans la société. Les femmes en sont les principales victimes. Elle n'est pas le résultat d'une perte de contrôle, mais bien un moyen choisi pour dominer la victime et affirmer son pouvoir sur elle.

COMMENT SE MANIFESTE-T-ELLE ?

Coups de poing ou gifles, blagues humiliantes ou menaces verbales, la violence conjugale endosse plusieurs formes. Comment la reconnaître ?

Les formes de violence

La violence conjugale se définit par le fait qu'il y a un membre du couple qui cherche à avoir le pouvoir sur l'autre en utilisant les moyens nécessaires. Comment s'y prendra-t-il ?

Il existe plusieurs façons d'amener l'autre à se soumettre. Lui faire peur, lui faire mal, l'humilier, l'isoler, lui faire sentir son infériorité pour détruire sa confiance en soi sont autant de moyens utilisés par l'agresseur. Les formes sont donc diverses. Il est rare que l'agresseur n'utilise qu'une seule forme pour soumettre sa victime. Il prendra soin d'identifier celles qui ont le plus d'impact.

Voici brièvement comment chacune des différentes formes se présente au quotidien.

Parmi ces formes de violence, il importe de reconnaître la stratégie adoptée par l'agresseur pour manipuler sa conjointe. Souvent, une stratégie sera adaptée aux réactions de la victime. Par exemple, dans une situation où une femme est bien entourée avec un réseau social influent, la stratégie de son agresseur sera probablement de l'isoler dans un premier temps, en lui faisant honte et en la dénigrant devant les membres son entourage, ou en les agressant tout simplement. Ainsi, moins elle est entourée, plus il est facile de la garder sous son emprise. Violence sur mesure!

1. Violence VERBALE

La violence verbale... s'entend. Éclats de voix, cris, insultes, injures, menaces, hurlements. Souvent, l'agresseur va élever la voix pour intimider sa compagne ou la menacer. La violence verbale peut aussi se manifester par des interdictions, du chantage et des ordres.

2. Violence PSYCHOLOGIQUE

La violence psychologique est une série d'attitudes et de propos méprisants, humiliants. L'agresseur dénigre l'apparence de sa compagne ou ses capacités intellectuelles. Il lui reproche son peu de talents sexuels. Il critique sa façon d'éduquer les enfants ou de cuisiner. Bref, il nie sa façon d'être et lui renvoie une image d'elle-même totalement dévalorisante.

3. Violence PHYSIQUE

Quand les menaces, les cris ou les sarcasmes ne sont pas suffisants, l'agresseur passe aux coups, à la brutalité ou à la contrainte physique. Il secoue sa compagne, la gifle, lui broie les mains, l'écrase contre un mur, l'immobilise. Il peut aussi la séquestrer, l'attacher, faire mine de l'étrangler, lui flanquer des coups de poing au visage ou aux seins, et des coups de pied au ventre malgré sa grossesse, la frapper avec un bâton ou un couteau.



4. Violence SEXUELLE

La violence sexuelle, souvent vécue en silence, se traduit par le fait de forcer sa compagne à avoir des rapports sexuels avec lui ou avec d'autres personnes. L'agresseur peut l'obliger à avoir des relations à plusieurs. Il la brutalise et l'insulte, et peut la contraindre à regarder du matériel porno et à imiter les scènes du film.

5. Violence ÉCONOMIQUE

La violence économique se produit lorsque l'agresseur défend à sa compagne de travailler, ou au contraire l'oblige à travailler au-delà de ses forces pour bénéficier d'un meilleur revenu familial. Il peut aussi exercer un contrôle sur son choix de travail, ou encore poser des entraves sur le plan des études. Limiter à l'extrême les dépenses pour l'alimentation, les vêtements, les loisirs ou refuser tout accès à des ressources financières font aussi partie des moyens pouvant être utilisés par l'agresseur.

COMMENT S'EXERCE-T-ELLE ?

4 phases

- Phase 1 : climat de tension
- Phase 2 : agression
- Phase 3 : justification
- Phase 4 : réconciliation

Pour isoler sa victime et brimer sa liberté, l'agresseur crée tranquillement, à coups de stratégies, un piège semblable à une toile d'araignée. Il construit délibérément, à partir de la répétition du **CYCLE DE LA VIOLENCE**, un contexte duquel il sera de plus en plus difficile d'échapper.

Le cycle de la violence est constitué de 4 phases. Elles ne sont pas toujours présentes à chaque épisode de violence, mais agissent à un moment ou un autre. **Ces phases sont provoquées et initiées par l'agresseur** afin d'isoler et de soumettre sa victime.

La façon de faire est relativement simple : deux phases agissent pour contrôler la victime (phases de tension et d'agression) et deux autres visent à retenir la victime et l'empêcher de quitter l'agresseur (phases de justification et de réconciliation).

Phase 1 : climat de tension

Au début de la relation, tout va bien, c'est la lune de miel. Puis, petit à petit, la tension s'installe dans la maison, sous divers prétextes : elle ne fait pas les choses comme il le voudrait, *pourquoi n'a-t-elle pas rangé la garde-robe dès leur retour de voyage ?* Elle ne se comporte pas comme il le voudrait, *pourquoi démontre-t-elle tant de plaisir en compagnie d'autres personnes que lui ?* Les prétextes sont des déclencheurs utilisés pour créer un climat de tension et non la cause de la violence.

La tension se manifeste de plusieurs façons : longs silences qui la torturent, absences prolongées qui l'inquiètent, menaces, ton agressif, gestes prompts. La femme sait que la tension conduit presque à coup sûr à un éclatement et que c'est elle qui écoperà.

Elle perçoit cette menace croissante et tente par tous les moyens d'apaiser l'atmosphère. Elle surveille ses moindres gestes et paroles pour ne pas contrarier son conjoint, cherche à lui faire plaisir, calme les enfants. Elle essaie de se protéger des menaces de violence, explicites (menaces de coups ou de rupture, injures, excès de colère, etc.) ou implicites (attitudes, regards, silences, éloignements physiques, marques de réprobation, etc.). Cette femme s'ajuste et se centre sur les humeurs et les besoins du conjoint. Elle a peur et elle cherche constamment à éviter le pire.

Phase 2 : agression

L'acte de violence a lieu. Il peut être verbal, psychologique, physique, économique ou sexuel. L'homme peut donner l'impression de perdre le contrôle de lui-même, mais il n'en est rien. En fait, il laisse éclater sa violence avec l'intention bien arrêtée de maintenir son pouvoir sur sa partenaire. Dans un tel contexte, la femme se sent outragée, démunie. Pire, elle est démolie intérieurement. Mais, elle peut aussi réagir et se défendre contre l'agression pour faire cesser l'attaque et reprendre un certain contrôle sur la situation.

Phase 3 : justification

Aussitôt après l'agression, l'homme essaie de justifier son comportement. Il minimise le caractère et la gravité de l'agression. Il invoque ses problèmes d'alcool, de drogue ou de surconsommation de médicaments, ses problèmes au travail ou avec ses collègues, les abus physiques ou sexuels connus dans l'enfance, le rejet de sa mère, la famille d'accueil, des problèmes de santé comme la dépression ou des douleurs au corps. Il dit être incapable de maîtriser sa violence. Il rejette le tort sur sa conjointe disant qu'elle dramatise, qu'elle ne le comprend pas, qu'elle ne l'aime pas suffisamment, qu'elle est complètement folle ou qu'elle n'avait pas à le provoquer. Et puis il reprend rapidement la vie normale.

Devant toutes ces justifications, et à cause de tous les messages reçus antérieurement, la femme oublie sa propre colère. Elle en arrive à se voir en partie responsable des comportements violents du conjoint. Elle en arrive à croire qu'en modifiant ses propres attitudes et comportements, la violence va se résorber.

Phase 4 : réconciliation

L'homme commence à exprimer des regrets. Il veut se réconcilier. Il demande humblement pardon à sa conjointe, quémande son aide, la supplie de tout recommencer à zéro. Il lui achète même des cadeaux et redevient très amoureux. Il la complimente et lui fait une foule de promesses. Durant toute cette période, elle



redécouvre son compagnon calme et vraiment agréable. Ces apparents remords entretiennent chez la femme un seuil élevé de tolérance à l'agression, le conjoint l'assurant qu'il ne sera plus violent si elle répond à ses demandes. Cette phase maintient chez la femme un seuil élevé de tolérance à l'agression.

QUEL IMPACT A-T-ELLE SUR LES VICTIMES ?

1. Conséquences physiques
2. Conséquences psychologiques
3. Conséquences sociales
4. Conséquences émotives
5. Conséquences sexuelles

La violence conjugale a nécessairement des conséquences sur les femmes qui en sont victimes ainsi que sur les enfants qui y sont exposés de façon directe ou indirecte.

La violence conjugale a des conséquences immédiates qui se produisent durant la relation. Elle a aussi des conséquences à plus ou moins long terme, résultat de toutes les violences subies et répétées pendant plusieurs années.

Le type de conséquences est sensiblement le même pour une vaste majorité de victimes. Toutefois, ces conséquences peuvent être vécues différemment d'une personne à l'autre selon la vulnérabilité de départ, le soutien social, les interventions reçues suite aux agressions, l'intensité des agressions, la durée de la relation de violence, etc.

La violence conjugale a des conséquences **immédiates** qui se produisent durant la relation. Elle a aussi des conséquences à **plus ou moins long terme**, résultat de toutes les violences subies et répétées pendant plusieurs années.

1. CONSÉQUENCES PHYSIQUES

Conséquences immédiates

- Égratignures
- Morsures
- Ecchymoses
- Fractures
- Brûlures
- Etc.

Conséquences à plus ou moins long terme

- Surconsommation de médicaments, alcool, drogues, etc.
- Fatigue chronique
- Asthme
- Ulcères
- Hypertension
- Migraine
- Crise de panique
- Mort
- Suicide
- État de stress permanent
- Etc.

3. CONSÉQUENCES SOCIALES

Conséquences immédiates

- Diminution du soutien social et familial
- Perte d'argent
- Perte d'emploi
- Etc.

Conséquences à plus ou moins long terme

- Isolement
- Appauvrissement ou endettement
- Rupture avec la famille
- Problèmes avec les institutions (aide sociale, judiciaire, immigration, services sociaux, etc.)
- Menace de déportation pour les immigrantes parrainées
- Enlèvement des enfants
- Etc.

2. CONSÉQUENCES PSYCHOLOGIQUES

Conséquences immédiates

- Sentiment d'impuissance
- Confusion
- Sentiment de responsabilité face à la situation
- Sentiment d'humiliation
- Sentiment de colère refoulée
- Seuil de tolérance à la violence en croissance
- Sentiment d'incompétence
- Image négative d'elle-même
- Etc.

Conséquences à plus ou moins long terme

- Impuissance apprise (victimisation)
- Perte d'estime de soi
- Perte de confiance en soi
- Incapacité de s'affirmer
- Dépression
- État de stress post-traumatique
- Différents problèmes de santé mentale (TOC ou trouble obsessionnel-compulsif, phobies, crise d'anxiété, etc.)
- Etc.

4. CONSÉQUENCES ÉMOTIVES

Conséquences immédiates

- Peur
- Honte
- Culpabilité
- Tristesse
- Doute
- Etc.

5. CONSÉQUENCES SEXUELLES

Conséquences immédiates

- Fausse couche
- MTS (maladies transmises sexuellement)
- Lésions
- Etc.

Conséquences à plus ou moins long terme

- Perte de libido ou hypersexualisation
- Frigidité
- Douleurs
- Stérilité
- Irritation vaginale ou rectale
- Etc.

QUE PUIS-JE FAIRE ?

Pour mieux connaître vos droits, pour obtenir des scénarios de protection selon votre situation, pour vous sentir en sécurité ou pour toute autre forme d'aide, **n'hésitez pas à consulter les maisons d'aide et d'hébergement**. Elles peuvent vous recevoir pour une consultation externe ou vous accueillir pour un hébergement avec vos enfants.

Au nombre des services offerts dans les maisons d'aide et d'hébergement, on trouve notamment :

- un lieu sécuritaire et des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, offerts gratuitement aux femmes victimes de violence ainsi qu'à leurs enfants;
- du soutien et de l'accompagnement dans les démarches juridiques ou autres;
- un lieu d'écoute et d'entraide où les femmes sont amenées à se déculpabiliser et à reprendre le contrôle de leur vie;
- une intervention adaptée aux besoins des enfants;
- des services de consultation externe (sans hébergement) et de suivi pour les femmes et les enfants qui ont déjà été hébergés.

L'organisme SOS violence conjugale est une ligne 1-800-363-9010 avec service 24 h par jour, 7 jours par semaine, qui oriente immédiatement les femmes vers les places disponibles dans les maisons. Il est un complément indispensable au réseau des maisons d'aide et d'hébergement.

QUELS SONT MES DROITS ?

Les femmes victimes de violence conjugale ont des droits malheureusement souvent méconnus. La plupart du temps, les maisons d'hébergement sont en mesure de répondre aux questions relativement à ces droits. Dans le cas contraire, elles réfèrent les personnes à une ressource appropriée.

Connaître ses droits est un outil essentiel pour reprendre du contrôle sur sa vie.

Savoir, par exemple, que la victime a le droit d'être informée de la libération de son agresseur, de résilier son bail en raison de violence conjugale ou d'agression sexuelle ou, encore, d'être accompagnée dans le processus judiciaire représentent autant de leviers pour lutter contre le sentiment d'impuissance.

Quelques exemples de droits

1. La possibilité de rencontrer le ou la procureurE aux poursuites criminelles et pénales

Le Plan d'action gouvernemental 2004-2008 en matière de violence conjugale prévoit que les procureurEs rencontrent les victimes de violence conjugale avant le procès. Bien que le ou la procureurE aux poursuites criminelles et pénales (anciennement appelés procureurE de la couronne) ne soit pas l'avocatE de la victime, il est important que cette dernière lui parle pour savoir comment se déroulera le procès, quel sera son rôle, etc. Il ne faut donc pas hésiter à demander une rencontre préalable avec le ou la procureurE.

Les victimes de violence conjugale peuvent être accompagnées dans le processus judiciaire par une intervenante en maison d'hébergement ou par unE intervenantE du CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels). Le jour d'une comparution ou du procès, il est possible pour les victimes d'attendre le début de l'audition au local qui leur est réservé.

Des ressources
sont là pour vous
aider à vous
soustraire de la
violence de votre
partenaire.

2. Le droit d'être accompagnée

Les auditions en droit de la famille ou en protection de la jeunesse se déroulent à huis clos pour préserver l'anonymat des enfants mineurs. Toutefois, la victime de violence conjugale qui souhaite être accompagnée par une intervenante de maisons d'aide et d'hébergement demande à son avocatE de requérir la permission du ou de la juge pour que l'accompagnatrice soit admise. Par ailleurs, la Loi sur la protection de la jeunesse stipule que : « l'enfant et ses parents ont le droit d'être accompagnés et assistés par une personne de leur choix lorsqu'ils désirent obtenir des informations ou lorsqu'ils rencontrent le directeur (de la protection de la jeunesse) ou toute autre personne qu'il autorise » (Article 8).

3. Le droit d'être informée de la libération de son agresseur

Depuis quelques années, le ministère de la Justice a confié aux CAVAC le soin d'aviser les victimes de la libération de leur agresseur après sa comparution à la cour. Pour être avisées, les victimes s'assurent que les policiers ont bien leurs coordonnées si elles quittent leur domicile.

4. Le droit d'être informée de la libération temporaire ou conditionnelle prochaine de son agresseur

La Loi sur le système correctionnel du Québec prévoit que les services correctionnels ou la Commission québécoise des libérations conditionnelles (CQLC) doivent prendre les mesures possibles pour informer les victimes de violence conjugale de la date prévue d'une permission de sortie,

d'une libération conditionnelle ou totale de leur agresseur. Les conditions rattachées à la sortie et la destination de la personne contrevenante devraient également être communiquées. (Article 175)

Une victime peut transmettre au directeur de l'établissement pénitentiaire ou au président de la CQLC, des représentations écrites concernant l'octroi à la personne contrevenante d'une permission de sortir ou d'une libération conditionnelle. Elle peut exprimer ses craintes, faire connaître le harcèlement ou les menaces qui ont pu se poursuivre malgré l'emprisonnement, etc.

5. *Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)*

Lorsqu'elles sont victimes d'un acte criminel (à l'exception de menaces et du harcèlement qui ne sont toujours pas couverts par l'IVAC), les victimes de violence conjugale peuvent être indemnisées pour la perte de revenu en raison d'une incapacité temporaire ou permanente. Elles peuvent également recevoir du soutien pour défrayer les frais d'assistance médicale (incluant un soutien thérapeutique psychologique) rendus nécessaires suite à l'agression. Des mesures de réadaptation peuvent être prévues. Les délais sont toutefois longs et il faut s'armer de patience.

Pour plus d'information: www.ivac.qc.ca

6. *Résiliation du bail en raison de violence conjugale ou agression sexuelle*

Certaines victimes de violence conjugale doivent déménager afin de fuir leur conjoint qui menace leur sécurité. La résiliation du bail pour cause de violence conjugale ou d'agression sexuelle prend effet deux mois après l'envoi d'un avis au locateur, ou un mois après cet avis lorsque le bail est d'une durée indéterminée ou de moins de douze mois.

Pour plus d'information: www.rdl.gouv.qc.ca/fr/resiliation-d-un-bail/violence-conjugale-ou-agression-a-caractere-sexuel



7. *Adresse confidentielle à la cour*

Lorsque des personnes témoignent en cour, elles doivent s'identifier et donner leur adresse. Les femmes victimes de violence conjugale, qui ont fui leur conjoint et qui craignent pour leur sécurité, peuvent informer le ou la procureurE aux poursuites criminelles et pénales qu'elles ne souhaitent pas divulguer leur adresse. Cette demande est généralement acceptée sans problème.

8. *Le droit à la vie privée*

Comme pour tout autre citoyenNE, les renseignements personnels concernant les victimes de violence conjugale, détenus par un établissement ou un organisme communautaire, ne peuvent être divulgués à une autre organisation sans l'autorisation de la personne concernée. Lorsqu'une telle autorisation est demandée, il vaut mieux faire préciser le type d'information ainsi que le temps pour lequel vaut cette autorisation. En cas de doute, mieux vaut demander un délai et consulter un organisme de défense de droits.

Seule exception : lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité de la victime est compromise (danger imminent de mort ou de blessures physiques ou psychologiques graves), le ou la professionnelLE peut lever partiellement la confidentialité pour informer une personne pouvant aider la victime à assurer sa sécurité.

9. *Supervision de droits d'accès*

Les femmes victimes de violence conjugale qui craignent que leur conjoint profite de ses droits d'accès aux enfants pour menacer leur sécurité, ou celle de leurs enfants, peuvent demander que la visite ou l'échange de garde se passe dans un centre de supervision de droits d'accès. Cependant, il faut savoir que ces centres sont encore trop peu nombreux et donc inaccessibles dans certaines régions. Les avocatEs connaissent les services existants.

10. *Aide juridique*

Lorsqu'une plainte est déposée, les victimes n'ont pas à être représentées par unE avocatE. Toutefois, pour le règlement d'une séparation, d'un divorce ou de la garde d'enfants, il est préférable de consulter unE avocatE qui connaît bien la problématique de la violence conjugale.

Bien que les seuils d'admissibilité, beaucoup trop bas, excluent une grande partie de la population, certaines femmes victimes de violence conjugale peuvent obtenir les services d'unE avocatE en pratique privée qui accepte des mandats d'aide juridique ou par unE juriste permanentE de l'aide juridique.

Pour plus d'information:

www.avocat.qc.ca/public/iaaidejur.htm ■

Malléable en sortant de la seringue.
Rigide et poreux dans le défaut.

Préparez. Mélangez. Modelez.



La mise en place d'un matériau de greffe osseuse n'a jamais été aussi simple.

Une fois que les granules enrobés d'*easy-graft*^{MD} CLASSIC de GUIDOR^{MD} contenus dans la seringue ont été injectés dans le défaut osseux et entrent en contact avec le sang, ils se transforment en environ une minute, passant d'une masse malléable à une structure rigide et poreuse.

- Offre facilité d'utilisation et prévisibilité
- 100 % synthétique et complètement résorbable
- Idéal pour la préservation de la crête et pour le comblement du défaut dans le cas de la mise en place immédiate d'un implant

87% des cliniciens interrogés ont affirmé qu'ils utilisent le dispositif *easy-graft*^{MD} CLASSIC de GUIDOR^{MD} parce que dans de nombreux cas, il ne nécessite pas l'utilisation d'une membrane dentaire*.

SUNSTAR
 GUIDOR^{MD}

Dispositif *easy-graft*^{MD} CLASSIC
pour greffe osseuse alloplastique



Pour en savoir plus ou pour fixer un rendez-vous pour une démonstration, composez le **1-800-265-7203** ou visitez le site **GUIDOR.ca**

Aussi disponible - Membrane biorésorbable Guidor^{MD}

Ce produit ne doit pas être utilisé chez les femmes enceintes ou qui allaitent. Pour de plus amples renseignements sur le produit, notamment sur les indications, les contre-indications, les précautions et les effets indésirables possibles, veuillez consulter le mode d'emploi ou visiter le site GUIDOR.ca.

*Source : Sondage auprès des clients (N = 68), Sunstar (Allemagne), février 2014. © 2017 Sunstar Americas, Inc. Tous droits réservés. GUIDOR, easy-graft et BioLinker sont des marques de commerce de Sunstar Suisse SA.

C17233

SUNSTAR

Inscriptions en ligne seulement au www.ohdq.com

Nous vous invitons à consulter le site périodiquement, puisque d'autres formations s'ajouteront

Faits saillants à savoir avant de s'inscrire à un cours

Politique d'inscription :

- Le nombre d'inscriptions est limité pour chaque cours.
- Les cours sont sujets à annulation si le nombre minimum d'inscriptions n'est pas atteint, et ce, un mois avant la tenue du cours.
- Les cours sont réservés aux membres de l'Ordre seulement.
- **Les inscriptions** se font en ligne seulement au www.ohdq.com. Aucune inscription ne sera prise par téléphone. Aucune inscription ne peut être effectuée sur place. Les inscriptions seront acceptées au plus tard **une semaine avant la date du cours choisi**.
- Une confirmation de la transaction vous sera envoyée par courriel.
- Vous recevrez une lettre de confirmation par courriel.

- L'attestation et le reçu seront transmis par courriel après les formations. Seuls le questionnaire d'appréciation et la feuille de présences seront remis sur place. **Aucun crayon ni tablette ne sont fournis sur les lieux.**
- Pour la formation RCR, la carte de certification sera postée.
- Café, thé et jus seront servis à toutes les formations, à moins d'indication contraire.
- Pour les formations d'une demi-journée, aucune collation ne sera servie.
- Le dîner est inclus dans le coût de l'inscription pour les formations de 6 heures.

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

Politique de remboursement :

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

Aucun remboursement ne sera possible 15 jours avant la date d'un cours.

Formations organisées par l'OHDQ :

Dès votre inscription à un cours de l'OHDQ, les heures seront **automatiquement** comptabilisées à votre dossier de membre. **Toutefois, si vous êtes absent le jour de l'évènement, l'Ordre annulera les heures concernées.**

Bénévoles recherchés :

L'Ordre est à la recherche de **modérateur(trice)** pour chaque formation, à l'exception de la formation RCR.

Le rôle du **modérateur(trice)** consiste à présenter le conférencier, à s'assurer du bon déroulement de la logistique (pause-café, dîner, audiovisuel), de faire circuler la feuille de présence qui doit être signée par chaque membre et distribuer le questionnaire d'appréciation. Ensuite, il(elle) devra retourner ledit matériel à l'Ordre dans l'enveloppe fournie à cet effet. (Feuille de présence et questionnaires d'appréciation.)

Pour les personnes intéressées, nous vous prions de communiquer avec Liliane Mukendi par courriel à info@ohdq.com ou par téléphone au 514 284-7639, poste 201. **Un membre modérateur(trice) peut assister à la formation gratuitement.**

Formation en ergonomie pour hygiénistes dentaires

(4 heures de formation continue)

Par **D^{re} Marie-Lyne Grenier**, Doctorat en ergothérapie, professeure à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill (114,98 \$ taxes incluses)

Pertinence clinique

La pratique des techniques d'hygiène dentaire est associée à un haut taux de lésions professionnelles répétitives affectant principalement les mains, les membres supérieurs, le cou et le dos. Cet atelier a été conçu pour répondre au besoin de meilleures connaissances de base en ergonomie. Il sera question à la fois des facteurs de risque associés à la pratique professionnelle particulière des hygiénistes dentaires, à l'utilisation plus ergonomique de certains équipements et vous seront prodigués des conseils et solutions pour l'adaptation des espaces de travail afin de favoriser une meilleure pratique professionnelle en clinique orientée vers la santé et la sécurité du travail.

Description de la formation

Le but de cet atelier est de faire une revue des principaux facteurs de risque liés à la pratique de la profession d'hygiéniste dentaire, de se familiariser avec des principes d'ergonomie de base et à réfléchir à des solutions efficaces pour l'organisation et la mise en place d'espaces personnels de travail plus ergonomiques.

Cet atelier débute avec un premier bloc théorique (2 h 30), suivi d'une partie clinique pratique (1 h 30) au cours de laquelle les participants auront l'opportunité de travailler en équipe avec les ergothérapeutes afin de mettre en pratique et développer de meilleures notions ergonomiques liées à leurs besoins individuels.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de :

1. Discuter et échanger sur les facteurs généraux de risque liés à leur pratique professionnelle ;
2. Identifier à la fois les problèmes liés à leur propre pratique et les moyens à leur disposition pour y remédier ;
3. Concevoir et mettre en œuvre un plan d'action efficace, à l'aide de données ergonomiques probantes, pour remédier aux problèmes clairement identifiés dans leur pratique courante.

Objectifs du cours

Session théorique :

- Discuter les effets physiologiques des principaux facteurs de risque dans la pratique professionnelle des hygiénistes dentaires ;
- Identifier à la fois les problèmes ergonomiques individuels liés à la pratique et concevoir un plan d'action pour y remédier ;
- Échanger et partager des pistes de solutions ergonomiques avec les collègues pour faire la promotion de saines pratiques professionnelles en clinique.

Session pratique :

- Mettre en œuvre un plan d'action visant à répondre aux problèmes ergonomiques identifiés au cours de la session théorique ;
- Développer des solutions ergonomiques avec les collègues et les ergothérapeutes bien formés en la matière afin de créer et maintenir des espaces de travail plus ergonomiques orientés vers la santé et la sécurité.

Le parcours professionnel des conférenciers sont disponibles sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com.

LIEU	CÉGEP	DATE	HEURE	MAXIMUM DE PARTICIPANTS
Montréal	Collège de Maisonneuve	27 janvier 2018	8 h à 12 h	50
Montréal	Collège de Maisonneuve	27 janvier 2018	13 h à 17 h	Annulée
Montréal Ouest	Cégep John Abbott	17 février 2018	8 h à 12 h	Annulée
Montréal Ouest	Cégep John Abbott	17 février 2018	13 h à 17 h	Annulée
Saint-Hyacinthe	Cégep de Saint-Hyacinthe	17 mars 2018	8 h à 12 h	36
Saint-Hyacinthe	Cégep de Saint-Hyacinthe	17 mars 2018	13 h à 17 h	36
Outaouais	Cégep de l'Outaouais	21 avril 2018	8 h à 12 h	28
Outaouais	Cégep de l'Outaouais	21 avril 2018	13 h à 17 h	28
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	12 mai 2018	8 h à 12 h	36
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	12 mai 2018	13 h à 17 h	36

Les participants doivent avoir obligatoirement un sarrau et des lunettes protectrices. (Non fournis sur les lieux.)

Notez que la cafétéria étant fermée les fins de semaine, aucun service de pause-café ne sera disponible.

Pour vous inscrire, allez sur le site de l'Ordre à www.ohdq.com dans la section MEMBRES.

Secrets et mystères du parodonte

(6 heures de formation continue)

Par D^{re} **Melanie Campese**, Doctorat en médecine dentaire

Coût: 132,22 \$ (taxes, deux collations et dîner inclus)

Pertinence clinique

L'hygiéniste dentaire doit être en mesure de faire un examen clinique et radiologique adéquat dans le but d'évaluer la santé buccodentaire d'une personne et de dépister les maladies buccodentaires telles que la maladie parodontale, et ce, par des méthodes scientifiquement reconnues. Pour déterminer la présence de problèmes parodontaux, il est essentiel de connaître l'étiologie, la pathophysiologie et les facteurs de risque en jeu dans cette maladie multifactorielle. Il est aussi important de bien décrire, de repérer et de documenter les anomalies mucogingivales pour en arriver à déterminer et appliquer le plan de soins en hygiène dentaire.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une révision exhaustive de la parodontologie axée sur l'évaluation des risques provoquant la maladie parodontale et l'évaluation du parodonte en hygiène dentaire. La formation offre deux volets pédagogiques. Elle traite d'abord des concepts de base en parodontie, de l'examen et de l'évaluation complète, de même que des traitements non chirurgicaux et chirurgicaux.

Le deuxième volet porte sur la médecine buccale. Des études de cas seront utilisées pour aborder les défis que doivent relever les hygiénistes dentaires face à certaines conditions parodontales. Divers groupes de conditions parodontales seront discutés, soit les problèmes inflammatoires associés aux désordres mucocutanés, les maladies aggravées par la médication, et les lésions causées par les traumatismes ou les irritations chroniques.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire l'étiologie, la pathophysiologie et les facteurs de risques reliés à la maladie parodontale;
2. Reconnaître les anomalies mucogingivales;
3. Expliquer comment faire un examen clinique et radiologique dans le but de déterminer la présence de maladie parodontale;
4. Différencier les problèmes parodontaux avec une apparence atypique;
5. Proposer des approches non chirurgicales pour traiter les maladies parodontales;
6. Critiquer les approches chirurgicales pour traiter les maladies parodontales.

Objectifs du cours

Session théorique:

- Définir les principaux facteurs de risques et causes de la maladie parodontale;
- Distinguer les tissus mucogingivaux anormaux des tissus normaux;
- Développer une stratégie pour bien documenter les données cliniques;
- Comparer les différents problèmes parodontaux, incluant ceux du groupe des désordres mucocutanés, ceux aggravés par la médication, et les tumeurs;
- Concevoir un plan d'action pour remédier aux problèmes parodontaux;
- Évaluer les différentes approches de traitement.

Le parcours professionnel de la conférencière est disponible sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com.

LIEU	CÉGEP	DATE	HEURE
Montréal	Cégep John Abbott College	18 novembre 2017	9 h à 16 h
Longueuil	Cégep Édouard-Montpetit	9 décembre 2017	9 h à 16 h
Montréal	Collège de Maisonneuve	13 janvier 2018	9 h à 16 h
Terrebonne	Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne	24 février 2018	9 h à 16 h
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	10 mars 2018	9 h à 16 h
Québec	Cégep Garneau	21 avril 2018	9 h à 16 h
Saint-Hyacinthe	Cégep de Saint-Hyacinthe	12 mai 2018	9 h à 16 h
Chicoutimi	Cégep de Chicoutimi	29 septembre 2018	9 h à 16 h
Outaouais	Cégep de l'Outaouais	13 octobre 2018	9 h à 16 h
West Island	Cégep John Abbott (anglais)	10 novembre 2018	9 h à 16 h
Montréal	Cégep Dawson College (anglais)	1 décembre 2018	9 h à 16 h

Pour vous inscrire, allez sur le site de l'Ordre à www.ohdq.com dans la section MEMBRES.

Radioprotection de base

(8 heures de formation continue)

Par **Manon Rouleau**, ing., Physicienne en radioprotection et **Stéphane Jean-François**, ing., M. Env., Spécialiste certifié en radioprotection

Coût: 264,44 \$ (taxes, collations et dîner inclus)

Pertinence clinique

L'exposition des patients et potentiellement du personnel clinique aux rayons X est inhérente à l'usage de la radiologie. Puisqu'aucune exposition aux rayons X ne peut être entièrement sans risque, l'utilisation de la radiation par les hygiénistes dentaires est accompagnée de la responsabilité professionnelle d'assurer une protection appropriée. Les modules de gestion fournis lors de la formation permettront notamment à l'apprenant de connaître et comprendre:

- Les lois et règlements en vigueur en matière de radioprotection;
- Les priorités, les composantes et l'utilité d'un programme de radioprotection;
- L'application efficace d'un programme performant dans une clinique.

Description de la formation

Le but de cette formation est de faire une révision exhaustive des radiolésions, la théorie, la pratique et la gestion en radiologie. La formation offre de nombreux volets pédagogiques abordant notamment les notions physiques, mécaniques et biologiques liées à la dose de rayonnement; les aspects dosimétriques, les meilleures pratiques en radioprotection, les règlements et les responsabilités du responsable de la radioprotection.

Objectifs d'apprentissage

À la fin de cet atelier, les participants devraient être en mesure de (d'):

1. Décrire les principes ALARA et ALADA;
2. Expliquer l'histoire du rayonnement et son utilité, notamment en santé;

3. Découvrir le rôle et les responsabilités du responsable de la radioprotection (RRP);
4. Différencier entre risques et danger, et de donner des raisons expliquant la peur des radiations;
5. Incorporer les meilleures pratiques en radioprotection;
6. Justifier les informations de radioprotections aux patients et à ses collègues.

Objectifs du cours

Session théorique et de pratique:

Les modules de théorie et de pratique permettront notamment à l'apprenant de (d'):

- Décrire les principes de base du rayonnement;
- Expliquer le fonctionnement des différents appareils d'imagerie dentaire (i.e. intra-oral, panoramique, céphalométrique et TVFC), avec leurs similitudes et leurs différences;
- Raconter les notions d'émission de rayonnements et d'exposition aux rayonnements;
- Comparer les différentes unités utilisées en radioprotection;
- Employer la terminologie utilisée;
- Découvrir les instruments de mesure et les appareils de dosimétrie;
- Analyser les risques internes et externes;
- Valider les sigles avertisseurs;
- Adapter l'utilisation du blindage et des moyens de protection en fonction du rayonnement;
- Apprécier l'application concrète des principes ALARA et ALADA dans l'utilisation des appareils d'imagerie dentaire;
- Évaluer les risques associés aux rayonnements ionisants, les effets biologiques et grossesse.

Le parcours professionnel des conférenciers sont disponibles sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com.

LIEU	CÉGEP	DATE	HEURE	NOMBRE MINIMUM/ MAXIMUM DE PARTICIPANTS
Saint-Hyacinthe	Cégep de Saint-Hyacinthe	13 janvier 2018	8 h à 17 h	Annulée
Trois-Rivières	Cégep de Trois-Rivières	27 janvier 2018	8 h à 17 h	35
Montréal	Collège de Maisonneuve	10 février 2018	8 h à 17 h	35
Terrebonne	Cégep régional de Lanaudière à Terrebonne	3 mars 2018	8 h à 17 h	35
Montréal Ouest	Cégep John Abbott	10 mars 2018	8 h à 17 h	Annulée
Longueuil	Cégep Édouard-Montpetit	7 avril 2018	8 h à 17 h	35

Pour vous inscrire, allez sur le site de l'Ordre à www.ohdq.com dans la section MEMBRES.

Cardio secours adultes-enfants/DEA

(4 heures de formation continue)

Par **Formation Langevin**

Coût membre : 74,73 \$ taxes incluses

Objectifs de la formation :

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

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

LIEU	HÔTEL	DATE	HEURE
Québec	Hôtel Pur Québec	23 septembre 2017	8 h à 12 h
Trois-Rivières	Hôtel Gouverneur Trois-Rivières	7 octobre 2017	Annulée
Valleyfield	Château Vaudreuil	18 novembre 2017	8 h à 12 h
Laval	Comfort Inn	27 janvier 2018	8 h à 12 h
Montréal	Hôtel Espresso	24 février 2018	8 h à 12 h
Saint-Hyacinthe	Club de golf la Providence	24 mars 2018	8 h à 12 h
Lévis	Hôtel L'Oiselière	21 avril 2018	8 h à 12 h
Sherbrooke	Quality Hôtel et Suite	5 mai 2018	8 h à 12 h

Pour vous inscrire, allez sur le site de l'Ordre à www.ohdq.com dans la section MEMBRES.

WEBCONFÉRENCES

Disponibles au www.ohdq.com

LES WEBINAIRES ASYNCHRONES JDIQ 2017 (PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE 2017-2018)

Il est maintenant possible d'acheter en tout ou en partie les séances de formation continue enregistrées lors des Journées dentaires internationales du Québec (JDIQ) 2017 et de comptabiliser ces heures d'écoute de webinaires asynchrones dans votre dossier de formation continue en complétant un examen écrit.

Pour souscrire à cette modalité de formation continue, vous devez visualiser un webinaire asynchrone et compléter un examen en deçà d'un maximum dix (10) jours consécutifs. Pour recevoir une copie de l'examen vous devez nous fournir par courriel une preuve d'inscription/paiement. Assurez-vous de nous transmettre le reçu sur lequel figurent votre nom et vos coordonnées. Ensuite vous recevrez par courriel un exemplaire dudit examen. Retournez nous-le pour correction, par courriel (info@ohdq.com) ou télécopieur (514-284-3147). Si réussite de l'examen à 80 %, vous recevrez ensuite une attestation officielle de l'OHDQ.

Il est à noter que ces webinaires asynchrones seront disponibles en ligne jusqu'au 15 mai 2018. Il vous est possible de les acheter à l'unité (au prix de 55 \$ chacun) ou l'ensemble des 27 séances pour un montant forfaitaire de 250 \$.

Modalités

Suivez le lien menant aux webinaires asynchrones, français ou anglais.

Français

<http://www.odq.qc.ca/Congr%C3%A8s/Programmeetinscription/tabid/428/language/fr-CA/Default.aspx>

Anglais

<http://www.odq.qc.ca/Convention/ProgramandRegistration/tabid/429/language/en-US/Default.aspx>

LES WEBINAIRES ASYNCHRONES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Il est possible d'acheter deux séances différentes de formation continue créées par Amélie Charest, M. Sc. Dt. P, chargée de cours à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, et de comptabiliser ces heures de formation en ligne en complétant les modules et en réussissant les évaluations connexes. Ces formations webinaires asynchrones sont :

1. Santé buccodentaire et nutrition; le point sur les produits laitiers (durée de 6 heures)
2. Santé buccodentaire et nutrition; tour d'horizon sur les boissons (durée de 6 heures)

À noter, ces webinaires asynchrones sont disponibles en ligne. Il vous est possible de les acheter à l'unité au prix de 100 \$ (plus taxes) chacun. Ce sont des formations idéales pour tous les hygiénistes dentaires, mais surtout pour celles et ceux qui pratiquent en santé dentaire publique.

Modalités

Suivez le lien menant aux webinaires asynchrones.

Santé buccodentaire et nutrition; le point sur les produits laitiers

<https://www.fmd.ulaval.ca/formation-continue/nutrition-produits-laitiers/>

Santé buccodentaire et nutrition; tour d'horizon sur les boissons

<https://www.fmd.ulaval.ca/formation-continue/nutrition-boissons/>

Nous vous informons que

L'EXPLORATEUR FERA RELÂCHE EN JUILLET!

L'Ordre est à peaufiner le nouveau format de *L'Explorateur*, c'est pourquoi la revue fera relâche au mois de juillet, mais sera de retour dès octobre!

Le dévoilement se fera pendant le **Congrès de l'Ordre des hygiénistes dentaires** les 26 et 27 octobre 2018.

Pour plus de détails, nous vous invitons à lire l'avant-propos en page 4.

JOURNÉE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE LE MARDI 10 AVRIL 2018

Le mois d'avril est le Mois de la santé buccodentaire!

La Journée de l'hygiéniste dentaire aura lieu le mardi 10 avril. L'Ordre aura un kiosque toute la journée à la gare Centrale de Montréal où des hygiénistes dentaires bénévoles répondront aux questions et donneront des conseils de soins buccodentaires.

Nous vous invitons à consulter le site Web de l'Ordre ainsi que notre page Facebook (www.facebook.com/ohdq1) pour connaître toutes les nouvelles!



PRIX D'EXCELLENCE

RAPPEL

BOURSE MÉRITAS 2018

Cette bourse a été créée exclusivement pour vous, finissants en Techniques d'hygiène dentaire et elle pourrait vous rapporter 1 000 \$. Vous avez jusqu'au **30 juin 2018** pour faire parvenir votre texte à l'OHDQ.

**Alors, qu'attendez-vous?
Vite, à vos ordis!**

Pour plus de renseignements, allez sur le site de l'Ordre au www.ohdq.com dans la section DEVENIR MEMBRE

CONGRÈS 2018 DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

Consultez régulièrement la page Facebook de l'Ordre ainsi que le site Web afin de connaître tous les détails du congrès. Vous serez invités à vous inscrire dès mai 2018!



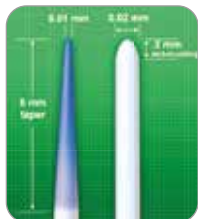
TECHNIQUE^{MD} DEEP CLEAN

Conçu pour une santé gingivale optimale



Appui-pouce Quad-Grip^{MD} breveté

Aide à tenir naturellement le manche à un angle de 45° dans tous les quadrants pour que les soies s'alignent correctement vers la scissure pour un nettoyage optimal sous la ligne gingivale.¹



Soies extrêmement effilées

L'effilage de précision permet aux soies extrêmement effilées de pénétrer jusqu'à 2,8 mm plus profondément dans la scissure, le long de la ligne gingivale et entre les dents.²



1. Tests menés par University of Nebraska Medical Center, College of Dentistry et YRC Inc avec l'aide d'instrumentation de laboratoire fabriquée selon la conception de Nygard—Ostby, Edvardsen et Spydevold. Cette méthode est couramment utilisée pour évaluer les brosses à dents depuis 1998. Les données publiées sont disponibles et sous archive.
2. Test in-vitro, YRC Inc., septembre 2008



6x
plus
efficace
au niveau des
gencives²



SUNSTAR



C17228

Pour commander ou pour
de plus amples renseignements :

1-800-265-7203

www.GUMbrand.ca

can.customerrelations@ca.sunstar.com

SOURIRE NE FAIT PAS PARAÎTRE PLUS JEUNE

Par D. R., Science & Vie

Source: Reproduction autorisée. D.R. « Sourire ne fait pas paraître plus jeune », Science & Vie, numéro 1198, juillet 2017, page 114.

Contrairement aux idées reçues, un visage souriant est jugé plus âgé qu'avec une expression neutre. Priés d'évaluer l'âge de jeunes gens à partir de photos, les 40 volontaires d'une étude menée à

l'université Ben Gurion (Israël) attribuaient systématiquement un an de plus en moyenne aux visages souriants. Cela s'explique, selon les auteurs, par la présence de rides autour des yeux. À l'inverse, des visages étonnés étaient jugés plus jeunes, car la surprise étire les muscles de la figure, effaçant les rides. Reste qu'après l'expérience, les participants demeuraient globalement convaincus que sourire fait paraître plus jeune... même en ayant constaté le contraire! "Psych. Bull. & Rev.", mai 2017 ■



Chers collègues,

C'est avec grand plaisir que nous vous annonçons l'ouverture de la Clinique de parodontie et d'implantologie de la Rive-Sud située dans le Parcours du Cerf de Longueuil. Notre pratique est basée sur l'intégrité, la rigueur et une approche de traitements complets en parodontie et implantologie. Nous nous engageons à offrir à vos patients le meilleur de notre expertise dans une atmosphère détendue et conviviale, afin de répondre aux besoins spécifiques de chacun d'entre eux.

Au plaisir de collaborer avec vous et vos patients sous peu.

N'hésitez pas à communiquer avec nous pour de plus amples informations.

Sincèrement,

Émilie & Maud



1875 du Caribou, suite 141

Longueuil, Qc J4N 0C9

450 463-0333

info@paroimplantorivesud.com

Utilisez notre formulaire de

référence en ligne au :

www.paroimplantorivesud.com



Dre Vachon a obtenu son doctorat en Médecine dentaire de l'Université de Montréal en 2009 et a ensuite complété une résidence multidisciplinaire à l'Hôpital Royal Victoria de l'Université McGill en 2010. Elle a gradué du programme de spécialité en parodontie ainsi que d'une maîtrise en Sciences Dentaires de la University of Minnesota en 2013. Dre Vachon est Fellow du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada (FRCD(c)) et Diplomate de l'American Board of Periodontology (Dip. ABP). Elle agit comme expert spécialiste auprès du Syndic de l'ODQ et siège sur le comité des Journées Dentaires Internationales du Québec.

Dre Lassonde a obtenu son diplôme de Médecine dentaire de l'Université de Montréal en 2008, suivi d'une résidence multidisciplinaire à l'Hôpital Général Juif de Montréal en 2009. Elle a obtenu un certificat en parodontie de Tufts University School of Dental Medicine à Boston, Massachusetts. Dre Lassonde est Fellow du Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada (FRCD(c)) et Diplomate de l'American Board of Periodontology (Dip. ABP). Elle est chargée d'enseignement clinique depuis 2012 à l'Université de Montréal et évalueur pour l'examen de spécialité en parodontie au Collège royal du Canada.

L'inspection :

UN PROCESSUS EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Par **Agathe Bergeron**, HD, Responsable de l'inspection et la pratique professionnelle

À la fin de l'été 2015, le comité d'inspection professionnelle (CIP) a mis en place des outils entièrement actualisés afin de répondre aux objectifs du programme de surveillance générale de l'Ordre qu'approuve annuellement le Conseil d'administration, tout en maximisant l'usage des technologies informatiques. Cette importante étape fut le fruit d'un rigoureux processus amorcé dès 2012.

Plus de deux ans se sont écoulés depuis et le CIP constate l'efficacité de ses outils d'évaluation de la compétence dont il s'est doté. Tout en étant constructifs, éducatifs et préventifs, ceux-ci sont aussi évolutifs et modulables, ce qui permet d'y faire régulièrement les mises à jour qui s'imposent.

Quelques dates

2013	Les quelque 700 membres ayant eu l'inspection générale reçoivent un sondage et le CIP obtient ainsi d'excellentes suggestions et commentaires. Il en tient compte dans l'élaboration de ses outils d'évaluation, en mettant toutefois de côté ce qui n'est pas réalisable, non lié à son mandat ou aux exigences de la profession ^{1 à 9} .
2014	Plusieurs modèles d'inspection sont scrutés dont des exemples de divers ordres professionnels ainsi que processus utilisés dans d'autres provinces. Les membres du CIP et les inspectrices participent à plusieurs formations en lien avec la profession, leur permettant ainsi de bénéficier de conseils d'experts et de bonifier les outils d'évaluation.
Hiver et printemps 2015	Les outils sont testés, validés et calibrés avec un groupe témoin composé d'hygiénistes dentaires. Tout le service d'inspection s'affaire aux dernières retouches et à la programmation informatique.
Été 2015	La Boîte à outils de l'inspection est mise en place dans la section Inspection professionnelle du site de l'Ordre. Ce recueil de références regroupe en versions les plus récentes les règlements et articles scientifiques devant être familiers aux hygiénistes dentaires.
Août 2015	Les visites d'inspection générale sont dorénavant effectuées avec la nouvelle formule.
Octobre 2015	L'adresse inspection@ohdq.com est désormais fonctionnelle et maximisée.
Janvier 2016	Les membres dont le dossier d'inspection est complet reçoivent maintenant la lettre finale du CIP par courriel.
Mars 2016	Les rapports d'inspection ne sont plus transmis par la poste. Chaque membre dont le rapport a été finalisé par le CIP reçoit un courriel l'invitant à consulter son rapport sur le site de l'Ordre, dans son dossier de membre.

Quelques chiffres

Le CIP s'assure qu'entre **10 %** et **15 %** des membres actifs des **7** secteurs (privés et publics) et des **17** régions du Québec soient soumis à l'inspection annuellement. Depuis août 2015, ceci représente environ :

- 2000** membres visités
- 800** lectures dirigées et comptes rendus de lecture demandés afin d'approfondir des notions ou compétences moins bien maîtrisées et en lien avec la protection du public
- 650** recommandations visant la prudence dans l'utilisation des réseaux sociaux
- 400** modifications exigées concernant le contrôle des infections
- 400** membres dont le CIP a assuré le suivi de leur dossier de formation continue présentant un déficit
- 200** membres ayant dû actualiser leur formation RCR, leur dernière qualification datant de plus de deux ans
- 150** recommandations visant l'amélioration de la tenue des dossiers
- 60** membres qui auraient pu faire l'objet d'une inspection particulière sur la compétence en application de l'article 7.1 de la *Politique de formation continue obligatoire* d'abord rencontrés en inspection générale

Quelques commentaires des membres

Bien que certains membres soumis à l'inspection trouvent le processus intense, la majorité en remarque l'aspect positif, car les outils d'inspection sont conçus de façon à ce que chacun constate par lui-même une bonne partie de ce qu'il doit améliorer. La **Boîte à outils** est fort appréciée et plusieurs qualifient l'inspection de « mise à niveau », de responsabilisation, de prise de conscience du rôle de professionnel et des obligations envers le public ainsi que de l'importance de l'actualisation des connaissances et du développement des compétences.

Quelques constats du CIP

Même si le questionnaire préalable donne une bonne idée de la pratique, la rencontre avec l'inspectrice en est le complément

parfait afin de clarifier, expliquer, personnaliser et conseiller. Celle-ci est d'autant plus importante considérant entre autres la présence de plus en plus marquée des technologies, la surabondance d'informations de toutes sortes et les caractéristiques des divers secteurs de pratique.

Les attentes du CIP sont élevées et dans le but de toujours bien protéger le public, son processus demeure en amélioration continue ainsi que modulable afin de toujours être adapté à la réalité et bien entendu aux orientations stratégiques de l'Ordre.

L'inspection professionnelle étant un processus confidentiel, toutes questions en lien avec celle-ci doivent être confiées au personnel du service d'inspection de l'OHDQ.

Nous remercions le Dr Jean Barbeau, Ph. D., professeur titulaire à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, pour sa collaboration à la révision du texte de la chronique **Inspection professionnelle** de janvier 2018. Intitulé *Ce que chaque hygiéniste dentaire devrait savoir*, cet article concernait le choix de désinfectant, les enveloppes protectrices, les emballages de stérilisation, le masque et la stérilisation à froid.

Références

1. *Code des professions*
2. *Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
3. *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
4. *Politique de formation continue obligatoire de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
5. *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires (Art. 19 a de la Loi sur les dentistes)*
6. *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
7. *Règlement sur les stages de perfectionnement des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*
8. *Ordre des dentistes du Québec et Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, Document d'information sur le contrôle des infections – Médecine dentaire, 2009*
9. *MSSS, Le contrôle de l'infection appliqué aux interventions de dépistage, de suivis individualisés et de pose d'agents de scellement dentaire dans les établissements scolaires, 2012*

Service d'inspection professionnelle

Agathe Bergeron, HD,
Responsable Inspection et pratique professionnelle
514 284-7639 ou 1 800-361-2996, poste 214
inspection@ohdq.com

Jinette Laparé,
adjointe administrative
514 284-7639 ou 1 800-361-2996, poste 207
inspection@ohdq.com

Joëlle Mbanga, HD,
adjointe administrative
514 284-7639 ou 1 800-361-2996, poste 204
inspection@ohdq.com

Comité d'inspection professionnelle

Véronique Dionne, HD,
présidente du Comité
Jacinthe Bourcier-Duquette, HD,
membre du Comité

Julie Chrétien, HD,
membre du Comité

Marie-Josée Dufour, HD,
membre du Comité

Sonia Petrilli, HD, membre du Comité

Inspectrices

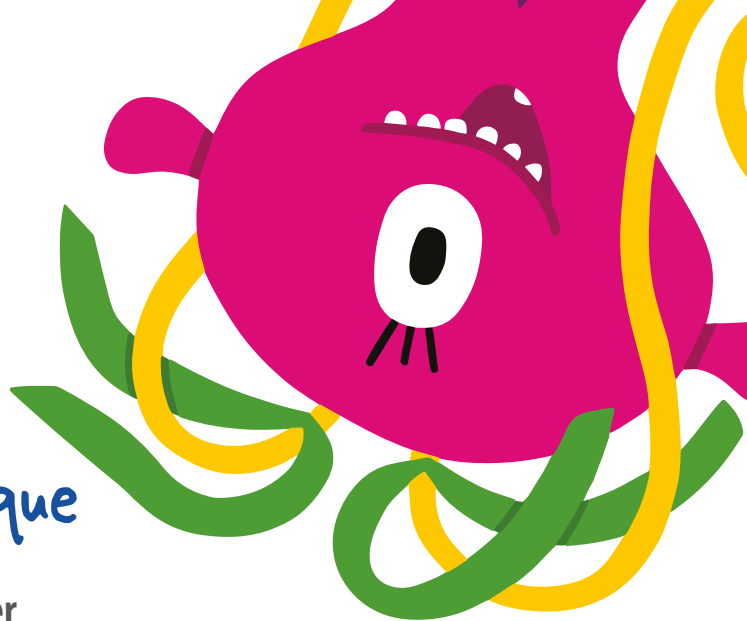
Carolle Bujold, HD, inspectrice
Manon L'Abbée, HD, inspectrice

NOUVEAU

BUTLER  MD

MONSTERZ

Solutions pour votre pratique



La nouvelle gamme de produits clinique de Butler a tout ce qu'il faut pour faire sourire vos petits patients à pleines dents.

Vernis au fluorure

- Offert en trois saveurs attrayantes et édulcoré avec du xylitol
- Préparation sans gluten, facile à appliquer
- Séchage rapide, fini lisse et incolore
- Libération rapide et absorption élevée de fluorure*



Article	Emb.
1219P Assortiment	45/boîte



NOUVEL emballage de type plateau unidose

Pâte à prophylaxie

- Offerte en trois saveurs attrayantes
- Formule anti-éclaboussure
- Préparation sans gluten, teneur en fluorure de 1,23 %
- Élimination efficace des taches, mais ingrédients doux pour l'émail et la dentine
- Effet granuleux vraiment minime et se rince aisément



Article	Emb.
1220P Assortiment - grains fins	200/boîte
1221P Assortiment - grains moyens	200/boîte



Contre-angle jetable




- Offert en quatre couleurs attrayantes, cupule nervurée douce à profil bas
- Profil plus mince pour un meilleur accès dans les petites bouches



Article	Emb.
1240P Assortiment	200/boîte



Pour en savoir plus sur nos offres spéciales courantes et intégrer la gamme Monsterz à votre pratique :

-  1.800.265.7203
-  can.customerrelations@ca.sunstar.com
-  www.GUMbrand.ca

* par rapport aux produits concurrents

SOMMES-NOUS BIEN PRÉPARÉS POUR TRAITER LES POPULATIONS DITES VULNÉRABLES ?

Sommes-nous confortables et ouverts à traiter ce segment de la population grandissant ?



Par *Sylvie Martel*, H.D.A. sylvie.martel@shaw.ca

Article 1: Kuthy RE, McQuistan MR, Riniker KJ, Qian F, *Students' Comfort Level in Treating Vulnerable Populations and Future Willingness to Treat: Results Prior to Extramural Participation*. J Dent Educ., 2005 Dec;69(12):1307-1314.

Cette étude parue en 2005 était la première de trois où les auteurs ont demandé à 690 étudiants et étudiantes d'un programme de dentisterie à l'Université de l'Iowa de classe senior ayant gradué entre 1992 et 2004 de compléter un sondage préactivité extramurale. Le but de cette étude était d'évaluer la perception des étudiants en termes de confort à traiter des clients avec besoins particuliers et des populations dites vulnérables avant qu'ils aillent dans deux cliniques extramurales de leur choix. De plus, les auteurs ont regardé si certains facteurs tels le sexe de l'étudiant, l'expérience antérieure avec ces groupes cibles et le confort à traiter ces groupes cibles avaient un impact sur leur propension à traiter ces populations vulnérables après leur graduation.

Le sondage comportait des questions sur les douze groupes de populations vulnérables suivants : les gens à faible revenu, les personnes âgées fragiles, les personnes confinées à leur domicile, les gens ayant de sérieux problèmes de santé, les personnes ayant une déficience intellectuelle, les sans-abri, les consommateurs de drogues, les personnes d'autres ethnies, les prestataires d'aide sociale, les personnes ayant le VIH+/SIDA, les prisonniers et les gens ne parlant pas l'anglais. Le modèle de régression logistique a été utilisé avec les deux variables suivantes : le confort avec, et

la propension de chaque étudiant à traiter dans leur pratique future ces populations vulnérables.

Chaque étudiant qui a participé à cette étude a reçu, deux semaines avant le début des activités extramurales, une session d'orientation qui expliquait l'objet et les buts de cette étude. Durant cette session, les étudiants ont répondu au sondage. Les questions posées incluaient les suivantes : leur sexe et origine ethnique; l'emplacement des 2 activités extramurales choisies, leur expérience antérieure avec les douze groupes de populations vulnérables identifiés, leur auto-évaluation de leur niveau de confort personnel à traiter chacun de ces groupes; et leur propension à traiter chacun de ces groupes après leur graduation. Le niveau de confort était mesuré en utilisant l'échelle suivante : 5 = Pas de problème, 4 = OK, 3 = Quelque peu concerné, 2 = Préfère ne pas les traiter, et 1 = Ne les traitera pas. Pour l'analyse des résultats, les réponses aux questions touchant leur expérience personnelle avec chacun des groupes cibles identifiés et leur propension à traiter cette clientèle ont été catégorisées en Oui (représentant ceux ayant répondu 4 et 5) ou Non (représentant ceux ayant répondu 1, 2 et 3).

CE QUE LES ÉTUDES DISENT...

Les résultats de cette étude ont démontré que des 690 étudiants, 68,2 % étaient des hommes et 51,9 % étaient des diplômés des cohortes de 1992 à 1998, donc plus âgés. À part quatre exceptions, ils ont répondu que d'avoir de l'expérience à travailler avec ces populations vulnérables avait un effet positif sur leur niveau de confort avec ces groupes cibles. Les exceptions étaient les gens à faible revenu, les sans-abri, les gens d'autres ethnies et les prestataires d'aide sociale qui étaient en fait les groupes où le niveau de confort à traiter préactivité extramurale était le plus élevé.

Voici les 4 groupes de populations mal desservies avec le % le PLUS élevé en termes de ou d':

1. Confort à traiter : les gens à faible revenu, les sans-abri, les autres ethnies, les prestataires d'aide sociale;
2. Avoir de l'expérience antérieure : les gens à faible revenu, les autres ethnies, les prestataires d'aide sociale et ceux ne parlant pas l'anglais;
3. Propension à traiter après graduation : les gens à faible revenu, les personnes âgées fragiles, les gens avec des problèmes de santé graves et les autres ethnies.

Ci-bas, vous retrouverez les 4 groupes de populations mal desservies avec le % le MOINS élevé en termes de ou d':

1. Confort à traiter : les gens avec des problèmes de santé graves, avec déficience intellectuelle, les consommateurs de drogues et ceux atteints de VIH+/SIDA;
2. Avoir de l'expérience antérieure : les gens confinés à leur domicile, les sans-abri, ceux atteints de VIH+/SIDA et les prisonniers;
3. Propension à traiter après graduation : les gens confinés à leur domicile, les sans-abri, ceux atteints de VIH+/SIDA et les prisonniers.

De plus, les étudiants et étudiantes qui avaient travaillé ou eu de l'expérience antérieure avec ces populations vulnérables étaient généralement plus confortables avec ces groupes-là. Quant à leur propension à traiter ces populations vulnérables, la majeure partie des répondants étaient plus ouverts à traiter les groupes avec lesquels ils avaient eu de l'expérience antérieure; la seule exception étant le groupe de prisonniers.

D'autre part, les hommes étaient, en général, plus confortables que les femmes à traiter les clientèles des catégories suivantes : les gens à problèmes de santé graves et avec une déficience intellectuelle, les usagers de drogues, les prisonniers et les gens ne parlant pas l'anglais.

De plus, une évaluation statistique plus poussée a démontré que les nouveaux diplômés étaient plus confortables à traiter les gens avec le VIH+/SIDA et que les plus âgés étaient plus confortables à traiter les gens confinés à leur domicile.

En conclusion, il y avait une association statistique significative entre l'expérience antérieure et le confort avec, et la propension à traiter, les populations vulnérables autant chez les hommes que les femmes.

Les résultats de cette étude ont démontré que des 690 étudiants, 68,2 % étaient des hommes et 51,9 % étaient des diplômés des cohortes de 1992 à 1998, donc plus âgés.

Impact sur la pratique de l'hygiène dentaire:

Nous connaissons ces populations dites vulnérables qui sont mal desservies, nous savons qu'elles existent, mais on en fait quoi? De quelle manière notre programme de formation comme professionnel de la santé de premier ordre nous a-t-il préparés? Si on en croit cette étude et de nombreuses autres qui l'appuient, l'expérience antérieure joue un rôle très important dans notre niveau de confort avec les populations vulnérables et avec notre propension à traiter cesdites populations vulnérables. Si vous regardez votre propre cheminement académique, combien de places avons-nous attribuées aux activités intramurales et extramurales avec ces populations vulnérables? Dans certains cas, elles étaient soit quasi inexistantes, de très courte durée ou de type observation seulement. Il est possible de croire que pour nous aussi ceci explique le manque de professionnels confortables à traiter ces gens dans le besoin. Lorsque je regarde mon propre cheminement, j'ai travaillé avec des jeunes et des personnes âgées avant de terminer mon programme d'études en hygiène dentaire. Des douze groupes identifiés ci-haut, je peux conclure que personnellement j'ai toujours été confortable de traiter les jeunes et moins jeunes dans le besoin, les personnes âgées qu'elles soient autonomes ou non, avec des problèmes de santé ou des déficiences physiques ou mentales.

Je suis de l'avis que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens devraient avoir accès à des professionnels de la santé buccodentaire, quels qu'ils soient. Par contre, l'accès à des soins buccodentaires est un problème majeur pour une grande portion de la population en générale. Comme la dentisterie se livre principalement en cabinet privé et que très peu d'argents provenant de fonds publics sont dévoués à la santé buccodentaire de la population canadienne, il reste que l'accès à des soins buccodentaires pour tous et les coûts associés à ces soins sont des éléments prohibitifs importants pour plusieurs. D'autre part, il faut aussi prendre en considération, le manque de préparation des étudiants qui affecte le confort et la propension à traiter ces populations vulnérables, en plus de renverser la perception de plusieurs professionnels de la santé buccodentaire que ce sont des clients plus difficiles à traiter et que le remboursement des soins et services rendus ne couvre pas la totalité des frais encourus. Il est vrai que certains groupes exigent une approche différente, mais n'ont-ils pas tous droit de recevoir des soins buccodentaires préventifs et thérapeutiques?

Sur ce, l'Académie canadienne des sciences de la santé a émis un rapport en 2014 intitulé, *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*

(disponible au: <http://www.caahs-acss.ca/improving-access-to-oral-health-care-for-vulnerable-people-living-in-canada/?lang=fr>). Je vous encourage de lire le sommaire et les recommandations du groupe de travail qui discutent des différents groupes les plus vulnérables au Canada, de l'abordabilité, la disponibilité, l'accessibilité et l'accommodement en ce qui a trait aux soins de santé buccodentaire pour ces groupes cibles ainsi que de l'acceptabilité de ces populations vulnérables. D'autre part, l'Association dentaire canadienne a émis un exposé de position en 2010 sur l'accès aux soins buccodentaires pour les Canadiens (disponible au : https://www.cda-adc.ca/files/position_statements/accessToCarePaper-FR.pdf) qui avance « qu'un accès équitable à des soins dentaires professionnels pour tous les Canadiens est essentiel pour le diagnostic, la prévention et le traitement des maladies et assurer une bonne santé buccodentaire et un bon état de santé général ».

Donc il est important de regarder à la formation de base et à la formation continue des professionnels de la santé buccodentaire pour s'assurer qu'ils soient confortables à traiter ces populations vulnérables, qu'ils comprennent les enjeux, qu'ils s'engagent à mieux desservir cette population canadienne et que différents modèles de pratique soient explorés pour s'assurer que la santé buccodentaire de TOUS soit l'affaire de TOUS et qu'elle soit bien servie!

Tableau 1.

RÉSULTATS DU SONDAGE ADMINISTRÉ À 690 ÉTUDIANTS AVANT LEURS ACTIVITÉS EXTRAMURALES.			
Groupes de populations ciblées (n=690): personnes...	% Confort oui	% avec expérience	% propension à traiter
1. À faible revenu	97,7	68,6	56,1
2. Âgées fragiles	64,1	40,5	47,0
3. Confinées au domicile	63,1	11,2	6,2
4. Avec maladies graves	57,4	46,6	58,2
5. Avec déficience intellectuelle	54,5	34,8	33,4
6. Sans abri	84,8	12,3	6,1
7. Consommateurs de drogues	59,6	36,6	17,9
8. D'autre origine ethnique	98,4	56,2	55,4
9. Prestataires d'aide sociale	95,0	76,1	34,6
10. VIH+/SIDA	47,4	22,7	17,1
11. En prison	68,7	21,8	2,5
12. Ne parlant pas l'anglais	64,1	51,1	23,2



La Capitale
Assurances générales

RESTER VIGILANT, AGIR RAPIDEMENT

Par **La Capitale** assurances générales

Votre contrat d'assurance responsabilité professionnelle vous protège contre les montants des dommages compensatoires que vous pourriez être tenus de payer à autrui, suite à : *une réclamation résultant d'une faute, négligence, imprudence ou inhabileté effectuées dans l'exécution de vos activités professionnelles assurées.* (article 2.1 du contrat émis par La Capitale assurances générales)

Cela veut dire que l'assureur prend fait et cause en votre nom en cas de réclamation. Cependant, pour que cette clause puisse s'appliquer dans les meilleures conditions, vous avez aussi des obligations à respecter. Une de ces obligations est que *l'assuré doit aviser l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance, de toute réclamation reçue ainsi que de toute procédure judiciaire qui lui aura été signifiée.* (article 4.4)

Prévenir rapidement l'assureur

Vous devez garder à l'esprit qu'être l'objet d'une réclamation ne signifie pas que vous êtes responsable. Il faut le prouver. Les faits sont parfois trompeurs et il est important d'obtenir tous les éléments du dossier pour vraiment déterminer si votre responsabilité est ou n'est pas engagée.

C'est au tout début d'un cas que l'on est en mesure de mieux effectuer des recherches, d'interroger des témoins rapidement ou de procéder à des analyses qui peuvent être déterminantes. Des faits qui a priori peuvent paraître anodins peuvent s'avérer être très importants avec le recul. Votre assureur sait comment agir, c'est son métier. Il est un spécialiste des négociations et il connaît parfaitement tous les mécanismes et les procédures judiciaires à suivre. En agissant rapidement, l'assureur peut intervenir immédiatement et avoir accès aux faits dès qu'ils se sont produits. Lorsqu'il a tous les éléments en mains, il est en mesure de poser les meilleurs gestes qui permettront de bien régler votre dossier.

En agissant rapidement, l'assureur peut intervenir immédiatement et avoir accès aux faits dès qu'ils se sont produits. Lorsqu'il a tous les éléments en mains, il est en mesure de poser les meilleurs gestes qui permettront de bien régler votre dossier.

Ne vous engagez pas rapidement

Même si vous pensez être responsable, il ne faut pas agir sous le coup de l'émotion.

- C'est pour cela que vous ne devez jamais admettre votre responsabilité ou accepter de votre propre chef un règlement avec le tiers. Laissez l'assureur agir. Par contre, ce que vous devez faire dans les plus brefs délais, c'est d'aviser l'assureur en composant le numéro de téléphone suivant : 1-866-906-2120.

La police d'assurance responsabilité professionnelle de La Capitale assurances générales négociée par l'ordre à l'intention de ses membres offre d'excellentes protections.

Il est important de bien la connaître pour que vous puissiez en tirer le meilleur parti possible. Si vous avez le moindre doute quant à une réclamation possible contre vous, n'hésitez pas à communiquer avec l'assureur; il se fera un plaisir de vous renseigner et de vous aider. ■

Capsule historique

Un musée d'histoire des technologies buccodentaires : LE MUSÉE EUDORE-DUBEAU

Par **Luc Quintal**

À l'Université de Montréal, on trouve un musée qui nous permet de retracer l'histoire et l'évolution des avancées technologiques de la médecine dentaire, le Musée Eudore-Dubeau. Cet espace muséal a été fondé en 1978 par le Dr Gérard De Montigny, professeur-clinicien à la Faculté de médecine dentaire. Archiviste dans l'âme, ce dernier collectionnait depuis des années des instruments utilisés par la profession, des objets provenant pour la plupart à la fois de dons de différentes compagnies et de collègues dentistes. Par la suite, cette collection a continué d'évoluer par l'acquisition et la conservation de pièces importantes grâce à l'œuvre de deux docteurs passionnés, Guy Boyer et Denys Ruel, eux aussi membres de la Faculté de médecine dentaire. Créé au départ pour le personnel et les étudiants de la Faculté, le Musée a été, depuis mai 2014, entièrement restructuré afin de le rendre accessible au grand public.

Ce musée a été nommé à la mémoire d'une grande figure de la profession, le Dr Eudore Dubeau. Né à Québec, le 16 mai 1873, Eudore Dubeau fit ses études au Séminaire de Québec puis à l'Université Laval où il obtint les titres de bachelier ès sciences, puis de docteur en médecine humaine et en chirurgie dentaire. Avant l'enseignement, il opta tout d'abord pour une carrière en médecine dentaire dès 1896. Après quelques années de pratique, Dr Dubeau eut la bonne idée de récupérer l'équipement du Département de chirurgie dentaire de l'Université Bishop qui

fermait alors ses portes. Il se servit de ce précieux équipement pour créer l'École de chirurgie dentaire affiliée à l'Université Laval à Montréal en 1904.

Rapidement le Dr Dubeau s'est signalé et fut nommé doyen et professeur de pathologie. En plus de ces activités, il fut aussi, entre autres, président de l'Association dentaire canadienne de 1906 à 1908. On se rappellera du reste que c'est en 1921 que l'École de chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal devint la Faculté de chirurgie dentaire de l'UdeM. Le Dr Dubeau en fut le doyen jusqu'en 1944, comptabilisant ainsi 40 années de doyenat. Pour ses accomplissements au sein de la profession, son travail acharné et la création de la première École de chirurgie dentaire francophone à Montréal, la Faculté de médecine dentaire de l'UdeM donna son nom à ce musée. À l'heure actuelle, la collection comprend des instruments de travail, du mobilier, des livres anciens, des manuels scolaires, des gravures et des caricatures qui retracent l'itinéraire de la profession dentaire et ses progrès à travers les âges. ■

**FIER ASSUREUR
DES MEMBRES DE L'ORDRE
DEPUIS PLUS DE 15 ANS**

1 800 644-0607 lacapitale.com/ohdq


La Capitale
Assurances générales
Cabinet en assurance de dommages

PRÊT À INVESTIR ?

Les réponses à vos questions

Par L'Équipe de rédaction de la Banque Nationale

VOUS VOUS DEMANDEZ SI VOUS ÊTES PRÊT À INVESTIR?

Voici cinq questions à vous poser avant de vous lancer.

Pour réaliser ses projets ou planifier sa retraite, il faut de l'argent. Et pour le faire fructifier au lieu de le laisser dormir dans un compte bancaire, il est préférable de l'investir. Plusieurs questions vous préoccupent? Vous ne savez pas si c'est la bonne solution pour vous ou craignez de perdre vos avoirs? Annamaria Testani, vice-présidente Ventes nationales chez Banque Nationale Investissements, répond à vos questions.

1. Est-ce le bon moment pour investir?

C'est toujours le bon moment pour investir! Vous pouvez commencer à placer des montants dès que vous avez un projet à réaliser. L'idéal est de se fixer un but: acheter une automobile, planifier sa retraite ou accumuler une mise de fonds pour acquérir une propriété, par exemple.

Mais il n'y a pas de recette unique et il est préférable de rencontrer un conseiller financier qui vous proposera des solutions personnalisées adaptées à vos besoins. Il analysera votre situation et vous aidera à faire les meilleurs choix en fonction de votre revenu et de votre taux d'imposition, de votre budget, de vos dettes, etc. De plus, sachez qu'il est bien souvent préférable de rembourser les dettes à taux d'intérêt élevé avant de penser à investir les montants que vous avez réussi à économiser. Par exemple, avec des taux qui peuvent grimper jusqu'à 19,9%, liquider vos dettes de cartes de crédit vous procurera un surplus immédiat.

2. Comment investir si je n'ai pas beaucoup de liquidités?

Pas besoin de rouler sur l'or pour commencer à investir. Quelques centaines de dollars suffisent pour se lancer. Un conseiller financier peut vous aider à faire les bons choix, même avec un petit budget. N'oubliez pas: le temps joue en votre faveur et de petits montants placés régulièrement à long terme peuvent rapporter gros.

Si vous possédez une certaine expérience en matière d'investissements, que vous connaissez bien votre tolérance au risque et vos objectifs de placement, une approche hybride jumelant l'apport d'un conseiller et le courtage à escompte pourraient s'avérer profitable. En somme, le meilleur des deux mondes!

Autre option: le courtage en ligne, grâce auquel on peut aussi gérer son portefeuille de façon autonome sur le Web. Comme vous ne bénéficierez pas des conseils d'un conseiller, le courtage en ligne est souvent moins cher. Bien qu'il soit important d'avoir de bonnes connaissances des marchés, plusieurs sites offrent des outils pour aider les investisseurs débutants.

3. J'ai un projet en tête. Comment choisir la bonne stratégie d'investissement pour le réaliser?

Idéalement, on détermine la stratégie d'investissement en fonction de ses objectifs. Pour cela, on tient compte notamment du délai que l'on s'accorde pour les atteindre: est-ce un projet à court, moyen ou long terme? Il faut aussi considérer l'étape de la vie où l'on est rendu. Par exemple, si vous êtes jeune et que vous souhaitez économiser pour votre retraite, vous pourriez être disposé à prendre un peu plus de risques dans vos placements, car vous aurez de nombreuses années devant vous pour compenser les fluctuations des marchés.

Si vous recherchez la stabilité des rendements, vous pourriez opter pour des placements plus conservateurs.

Vous devez aussi vous demander si, en cas de besoin, vous pourriez récupérer vos fonds rapidement en convertissant vos placements en liquidités. Là encore, les produits d'investissement à favoriser peuvent différer. Chaque stratégie devrait être personnalisée, demandez conseil à un professionnel!

4. La Bourse est-elle une bonne façon d'investir pour moi?

Tout dépend de vos objectifs, de votre étape de vie ainsi que de votre tolérance au risque. Si vous craignez d'investir en Bourse parce que vous estimez que cela représente un risque pour vos avoirs, sachez que sur une longue période, la Bourse génère

généralement un bon rendement. Certes, il peut y avoir des turbulences et des périodes où tout semble aller mal, mais si l'on se fixe un horizon à long terme, il est possible d'obtenir de bons résultats en investissant en Bourse.

De plus, il existe des stratégies de placement et des façons de constituer des portefeuilles qui permettent d'atténuer les soubresauts. Rappelez-vous que les variations boursières sont des phénomènes normaux, qui ne devraient pas vous faire fuir. On devrait voir ces investissements comme un outil générant des revenus qui croîtront sur un horizon de placement à long terme.

Inversement, on ne devrait pas considérer la Bourse comme une machine à sous! Les gains rapides de 10 à 20% reposent bien souvent sur de la chance et du hasard. Les investisseurs, qu'ils soient chevronnés ou pas, n'ont pas de boule de cristal...

5. Est-il possible de limiter les risques liés aux placements?

L'une des clés pour assurer une bonne stabilité à son portefeuille d'investissement est de favoriser la diversification des placements. Ce n'est pas un secret: pour diminuer les risques et avoir un bon rendement global, il faut éviter de mettre tous ses œufs dans le même panier!

Autrement dit, au lieu de se concentrer sur un seul type de placement, on répartit les montants dans plusieurs: par exemple des actions canadiennes ou étrangères, des obligations, des épargnes à terme, des fonds de dividendes, etc. Idéalement, on varie aussi les horizons de placement (un, deux, trois, cinq ans, etc.), ainsi que les secteurs d'investissement (technologies de l'information, biopharmaceutique, aéronautique, ressources naturelles, etc.).

Les placements plus sûrs, par exemple les obligations, permettront de maintenir le cap en cas de turbulences boursières et de compenser les rendements négatifs des actions. Bien sûr, on peut avoir encore bien d'autres questions en tête! Par exemple, vous vous demandez peut-être quels sont les produits de placement qui répondent le mieux à vos objectifs et à votre étape de vie, ou encore si vous devriez gérer vous-même votre portefeuille ou feriez mieux de passer par une firme de courtage, ou quelles sont les solutions pour atténuer l'effet des fluctuations boursières sur vos investissements... Dans tous les cas, consulter un conseiller financier vous aidera à dissiper vos derniers doutes avant de vous lancer. ■

« Banque Nationale vous propose une offre exclusive pour les hygiénistes dentaires. Pour connaître les avantages liés à cette offre spécialement adaptée, visitez le bnc.ca/specialiste-sante »

Fière partenaire de



5 ESSENTIELS POUR AMÉLIORER L'EXPÉRIENCE PATIENTS ET ATTEINDRE DES RÉSULTATS CLINIQUES PLUS PRÉVISIBLES!



ADVANTAGE ARREST

Fluorure diamine d'argent

- Le seul produit qui arrête une carie déjà formée.
- Idéal pour les patients présentant des risques élevés de caries, des caries de la racine, des caries difficiles à traiter, des problèmes mentaux ou comportementaux ou des caries ne pouvant pas être traitées en une seule visite.
- Facile à utiliser: application rapide sans instruments.



FLUORIMAX

Vernis à 2,5% de fluorure de sodium

- Sans résine de colophane: absorption du fluorure plus élevée, non collant, clair, mince et aucun risque d'allergies.
- Utilisez seulement la quantité requise, pour un coût par application plus bas.
- Opportunité de remplacer les mousses et gels au fluorure.



CETACAINE

Anesthésique topique liquide sans injection

- Expérience améliorée du patient.
- Applicateur mince et flexible pour une application sous-gingivale.
- Plus performant que la marque leader: 7 fois moins dispendieux, l'anesthésie dure plus longtemps, utilisez seulement la quantité requise et indiqué avant l'injection et le débridement.



X-PUR CRYSTAL

Désensibilisant en clinique

- Effet de longue durée et application rapide et facile
- Aucun assèchement, isolation ou polymérisation requis et idéal avant ou après le surfaçage et le blanchiment, et sous des restaurations.
- Économique à l'utilisation (1-2 goutte(s) par site; bouteille de 10 ml = 320 gouttes).
- Non toxique: sans glutaraldehyde et aucun effet néfaste pour les tissus gingivaux.



X-PUR PRO-SYNERGIX

Blanchiment en clinique en 3 étapes simples au prix le plus bas au Canada

Inclus:

- X-PUR Remin, pour une sensibilité réduite avant, pendant et après le traitement.
- Peroxyde d'hydrogène, pour une action blanchissante rapide.
- Peroxyde de carbamide, pour des résultats qui durent longtemps et la stabilité des teintes.