

GUIDE D'ORGANISATION D'UN SERVICE DENTAIRE MOBILE

d'après l'expérience de la

CLINIQUE MOBILE DE SANTÉ DENTAIRE DU SUD-OUEST

(Hôpital Champlain de Verdun, fiduciaire)



*Réalisation des établissements de santé et de
services sociaux du Sud-Ouest de Montréal*

Un document du DSC Verdun par Jean-Robert Vincent, dentiste-conseil

WU
27
DC2.2
M66
V563
1990

Le Sud-Ouest de l'Île
une zone socio-sanitaire naturelle

INSPO - Montréal

Octobre 1990



3 5567 00001 8702

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

G U I D E D'ORGANISATION D'UN SERVICE DENTAIRE MOBILE

Département Santé Communautaire
CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN
4000, BOUL. LASALLE
VERDUN, P. Q.
H4G 2A3

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	3
Chapitre 1	
Les raisons pour organiser un service dentaire mobile	
Introduction	4
La problématique	4
Étude épidémiologique	4
Conclusions de l'étude sur l'état de santé bucco-dentaire des Québécois âgés de 65 ans et plus	5
Les objectifs du guide	6
Chapitre 2	
Indication et prérequis	
L'étude des besoins dentaires insatisfaits	7
La clientèle visée	8
Les effectifs dentaires nécessaires	8
Conclusion	9
Chapitre 3	
L'histoire de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest"	
Les études préliminaires	10
Un bel exemple de concertation	10
Un projet innovateur	10
Chapitre 4	
Les éléments nécessaires au fonctionnement du service dentaire mobile	
L'équipement dentaire portatif	11
L'unité dentaire	12
L'appareil radiographique	12
La chambre noire	12
Le fauteuil dentaire	12
La lumière dentaire	12
Les petits équipements	13
Les petits instruments	13
Le local verrouillé	13
Le coffre de transport	13
Chapitre 5	
L'implication des établissements	
Le financement	14
Les privilèges et le statut	14
La rémunération du dentiste	15
Chapitre 6	
Les étapes dans l'implantation d'un service dentaire mobile	
La sensibilisation de la direction et du personnel	16
Le recrutement du personnel dentaire	17
La formation en dentisterie gériatrique	17
Les protocoles dentaires	18
Le système d'urgence	19
Le système comptable	19
Le guide des tarifs	19
Le devis (ordonne)	20
Le transport de l'équipement dentaire portatif	20
La coordination du service dentaire mobile	20
Le contrat de service	21
L'opération du service dentaire mobile	21
Le Comité d'évaluation de l'acte dentaire	22
L'évaluation du projet pilote	22
Conclusion	22
Bibliographie	23
Édition	23
Notes	23
Remerciements	23
Droits d'auteur	23
Annexes	24

PRÉFACE

Un des mandats importants dévolus aux départements de santé communautaire est d'étudier et d'évaluer, en collaboration avec les établissements concernés, l'organisation et le fonctionnement des services de santé du territoire et, en conséquence, de mettre leurs ressources au service de la complémentarité interétablissements et si possible d'être des chaînons dans la concertation des ressources de santé et de services sociaux.

C'est en vertu de ces rôles que le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun (DSC Verdun) s'est penché sur l'accessibilité aux services dentaires pour les personnes âgées hébergées en perte d'autonomie.

Nous avons donc procédé à une évaluation auprès de cette clientèle afin de vérifier les conclusions de l'étude des chercheurs Simard, Brodeur, Kandelman et Lepage, menée en 1982, sur l'état de santé bucco-dentaire des Québécois âgés de 65 ans et plus.

Nous avons mis en évidence sur le territoire du DSC Verdun que l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées était mauvais, et même pire que la moyenne québécoise. En second lieu, nous avons constaté l'absence d'installations et de services dentaires dans presque tous les établissements. Certains éléments de solution ont été apportés, notamment un manuel à l'intention du personnel sur les moyens de maintenir une bonne santé dentaire, de même qu'un vidéo démontrant une méthode d'identification des prothèses dentaires pour remédier à leur perte ou à leur égarement.

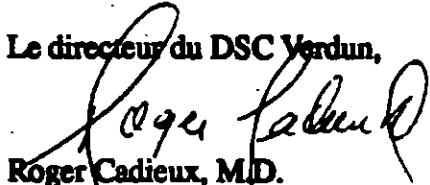
Enfin, le DSC Verdun a mis en place, en collaboration avec l'Hôpital Champlain de Verdun et avec la participation des dentistes du territoire, un service dentaire mobile utilisant un équipement entièrement portatif. Ce nouveau service s'adresse aux personnes âgées hébergées qui ont d'importants besoins dentaires insatisfaits et qui ne peuvent se déplacer sans aide à un cabinet dentaire.

Une recherche évaluative de ce service est en cours mais l'expérience de la dernière année nous indique une grande satisfaction, tant chez les bénéficiaires, les établissements participants que chez le personnel dentaire.

Afin de renseigner et d'inciter d'autres organismes, établissements ou dentistes s'intéressant à cet aspect de la santé chez cette clientèle, le DSC Verdun publie le présent guide dans le but de faciliter la mise sur pied d'un service dentaire mobile.

Nous profitons de l'occasion pour souligner le bel exemple de concertation de plusieurs établissements qui ont rendu possible le projet novateur de "LA CLINIQUE MOBILE DE SANTÉ DENTAIRE DU SUD-OUEST".

Le directeur du DSC Verdun,


Roger Cadieux, M.D.

Chapitre 1

Les raisons d'organiser un service dentaire mobile

INTRODUCTION

Ce guide a pour but de diffuser l'expérience acquise lors de l'implantation du service dentaire désigné "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" et de permettre ainsi à d'autres individus ou organismes d'en bénéficier.

LA PROBLÉMATIQUE

L'accès aux services dentaires ne représente pas de problème pour la majorité des Québécois. Cependant, il n'en est pas ainsi pour les personnes âgées ou handicapées qui peuvent difficilement se déplacer à un cabinet dentaire. C'est le cas des aînés qui sont hébergés dans un établissement de santé ou retenus à domicile à cause d'une perte d'autonomie physique ou mentale.

De plus, peu de dentistes oeuvrent dans les établissements de santé tels que les centres d'accueil d'hébergement (CAH), les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD), les unités de soins prolongés des centres hospitaliers de courte durée (CHSCD), les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui desservent des bénéficiaires âgés en perte d'autonomie par le maintien à domicile ou encore dans les résidences privées dédiées aux personnes âgées peu autonomes.

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Les besoins en santé dentaire de ces personnes demeurent largement insatisfaits selon l'étude menée en 1982 auprès de 2145 Québécois âgés de 65 ans et plus par les chercheurs Simard, Brodeur, Kandelman et Lepage sur l'état de leur santé bucco-dentaire. Voici d'ailleurs les conclusions de leur étude menée en 1982:

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES QUÉBÉCOIS ÂGÉS DE 65 ANS ET PLUS:

La grande majorité des Québécois de 65 ans et plus, soit 72%, ne comptent plus une seule dent et l'édentation se retrouve davantage chez les femmes, les personnes moins scolarisées, moins fortunées et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers.

Les gens âgés n'ont en moyenne que 3,5 dents; pour ceux qui ne sont pas complètement édentés, le nombre de dents présentes se situe à 13,4, dont 2,3 sont cariées et 2,4 obturées. La proportion des personnes qui présentent des caries est plus forte en centre d'accueil ou hospitalier qu'à domicile et le rapport entre le nombre de dents obturées et cariées est plus élevé chez les femmes, les gens des zones métropolitaines, les plus instruits et les mieux nantis.

La perte marquée des dents naturelles se traduit forcément par un très grand recours aux prothèses. Aussi 64,7% des gens âgés sont-ils porteurs d'appareils complets à la fois supérieurs et inférieurs. De plus, les prothèses ne sont pas de confection récente; en effet les trois-quarts d'entre elles (incluant les partielles) datent de cinq ans et davantage.

La situation est pire dans les centres d'accueil et hospitaliers qu'à domicile.

Selon le diagnostic posé par les enquêteurs, des traitements s'avèrent nécessaires chez la presque totalité des gens. Ainsi, les trois-quarts des non-édentés devraient recevoir des soins aux dents et les quatre-cinquièmes, des traitements périodontaires. Quant au porteurs de prothèses, seulement le tiers de leurs appareils sont jugés adéquats. Par contre, aussi peu que 1,6% des personnes âgées ont besoin de soins d'urgence; encore là, la proportion est plus forte en centre d'accueil et hospitalier qu'à domicile.

L'existence généralisée - à quelques exceptions près - de problèmes d'ordre bucco-dentaire chez les personnes âgées est en bonne part attribuable au peu de recours aux traitements, qui datent en moyenne de 13 ans. Cette faible utilisation des services se retrouve davantage hors des grands centres, chez les gens plus âgés, moins scolarisés et moins fortunés. De plus, moins de 10% des gens compris dans cette tranche de la population ont effectué leur dernière visite chez un thérapeute dentaire soit pour un examen, une prophylaxie ou de la restauration. Cette attitude, qui témoigne du peu d'attention apportée à la santé buccale, contribue également à son mauvais état.

Seulement 42% des Québécois âgés sont par ailleurs d'avis qu'ils ont besoin de soins dentaires alors que 96% d'entre eux devraient recevoir des traitements. Cette faible perception des besoins se rencontre davantage chez les gens plus âgés, moins scolarisés, à moindre revenu et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers.

Il est à noter enfin qu'une très forte proportion de Québécois âgés (80%) n'ont pas reçu de services dentaires lors des cinq dernières années pour la simple raison qu'ils n'en voyaient pas la nécessité. Contrairement à une opinion assez largement répandue, les facteurs d'ordre pécuniaire interviennent peu comme motif de non-recours (14%). Il est aussi intéressant de remarquer que moins de 2% des gens de 65 ans et plus se sont abstenus de traitements dentaires depuis cinq ans à cause d'un handicap physique; une constatation similaire est aussi faite pour les maladies systémiques. (1)

Comme on peut le constater par les conclusions de l'étude précitée, l'état de santé bucco-dentaire des Québécois âgés est peu reluisant. A ces faits, il faut ajouter qu'il n'existe que peu d'installations dentaires sur place dans les établissements de santé autant du secteur public que celui du privé. De plus, les personnes âgées en perte d'autonomie hébergées en établissement doivent se déplacer, souvent avec de l'aide, pour se rendre à un cabinet dentaire. Ce fait les décourage encore plus de rechercher des services dentaires même urgents.

LES OBJECTIFS DU GUIDE

Or, il est maintenant possible pour un dentiste de traiter ces personnes sur place avec un équipement dentaire portatif même pour les traitements les plus complexes; c'est précisément cette solution que ce guide tentera de développer.

Ce guide cherche aussi à répondre aux nombreuses demandes qui ont été faites au Département de santé communautaire du Centre hospitalier de

Verdun au sujet du projet pilote intitulé "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest". L'expertise acquise par le DSC Verdun dans son organisation permettra à ceux qui se lanceront dans une semblable entreprise d'éviter les écueils vécus et de faciliter ainsi la mise sur pied d'un nouveau service.

De plus, à l'aide de ce guide, les directeurs généraux des établissements hébergeant des personnes âgées en perte d'autonomie pourront évaluer la pertinence et la faisabilité d'implanter un service dentaire mobile et les étapes à suivre dans sa réalisation. Ils retrouveront aussi les informations nécessaires concernant les coûts et les bénéfices pour leur clientèle. Ils seront informés de la marche à suivre pour l'opérer efficacement.

Le présent guide procèdera par des recommandations pertinentes suivies des étapes nécessaires à suivre pour organiser un service dentaire mobile.

Chapitre 2

Indication et prérequis

L'ÉTUDE DES BESOINS DENTAIRES

Avant même de mettre sur pied l'organisation d'un service dentaire s'adressant à une population qui éprouve de la difficulté à se déplacer à un cabinet dentaire, il est recommandé d'en évaluer les besoins dentaires.

Pour mieux connaître l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées auxquelles nous voulons offrir des services dentaires, il existe deux façons de procéder.

La première est d'examiner chacune des personnes qui le désirent et, à l'aide des traitements dentaires requis, évaluer le type, la quantité et les coûts des besoins dentaires. Pour ceux qui sont familiers avec les méthodes épidémiologiques et l'analyse biostatistique, il ne sera pas nécessaire d'examiner toutes

les personnes mais un petit nombre d'entre elles, choisies aléatoirement parmi celles qui acceptent de recevoir des traitements dentaires, et extrapoler les résultats à l'ensemble de la clientèle visée.

La seconde manière est d'extrapoler les études faites auprès de cette population, dont celle citée ci-haut, qui conclut que, selon les enquêteurs, 96% des personnes âgées de 65 ans et plus ont des problèmes dentaires alors que seulement 42% d'entre elles en ressentent le besoin. Il faut aussi tenir compte du fait que certaines de ces personnes âgées, malgré des besoins dentaires évidents, refusent tous les services dentaires offerts. Nous pouvons estimer que le pourcentage de refus de traitement des personnes âgées hébergées est d'environ 20%. Ainsi, il est possible pour un ou plusieurs den-

tistes dans le courant d'une année d'offrir des services dentaires sur une base de 30 heures par semaine à une population d'environ 1300 personnes âgées de 65 ans et plus qui acceptent les traitements nécessaires. En effet, dans les établissements de santé les heures propices aux traitements dentaires sont de 09h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00 pour ne pas entrer en conflit avec les heures de repas et les autres activités cédulées en dehors de cette période de temps. Il y a donc 6 heures par jour pendant lesquelles un dentiste peut prodiguer des soins et 5 jours par semaine pour un total de 30 heures.

En considérant le taux de refus calculé, une population totale d'environ 1500 personnes âgées justifie l'organisation d'un service dentaire mobile et l'achat d'un équipement dentaire portatif.

LA CLIENTÈLE VISÉE

Le Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) note que *"Le nombre de personnes de 65 ans et plus au Québec est appelé à croître rapidement au cours des prochaines décennies. Le Québec en compte près de 650 000 à l'heure actuelle, il en comptait 306 300 en 1961 et en comptera 900 000 au début du 21^e siècle pour atteindre 1,5 million de personnes âgées en 2031."*(2)

De plus, l'Enquête Santé Canada estime, par exemple, que 31,3% de personnes âgées de 65 à 74 ans sont limitées dans l'exercice de leurs activités; cette proportion grimpe à 45% chez les 75 ans et plus.

Ainsi, il y aurait environ aujourd'hui 204 000 personnes âgées au Québec en perte d'autonomie. C'est la clientèle visée par l'organisation d'un service dentaire mobile.

Une grande partie de ces personnes âgées sont hébergées dans des centres d'accueil d'héberge-

ment (CAH) et des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Certains CHSLD visés par l'Entente conclue entre le Gouvernement du Québec et l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) peuvent offrir des services dentaires à leur clientèle par un dentiste rémunéré à salaire à la condition qu'il y existe des installations dentaires. Aucun CAH n'est visé par l'Entente et peu, à notre connaissance, se sont attachés les services d'un dentiste ou ont des installations dentaires. Les dentistes qui y oeuvreront ne seront pas nécessairement rémunérés à salaire mais pourront l'être à l'acte car aucun service dentaire n'est directement assuré pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

LES EFFECTIFS DENTAIRES NÉCESSAIRES

Cette clientèle, presque sans services dentaires, a pourtant de grands besoins dentaires insatisfaits tels que le décrit l'étude précitée des Québécois âgés non-autonomes ne pouvant se rendre facilement à un cabinet dentaire. Des quelques 204 000 personnes âgées en perte d'autonomie, 60

000 se retrouvent dans des lits d'hébergement à long terme; 28,8% dans les CHCD ou CHSLD publics, 3,8% dans les CHSLD privés, 53,6% dans les CAH publics, 3,8% dans les CAH privés conventionnés ou autofinancés.

Ce groupe de personnes âgées pourrait, en théorie, $(80\% \text{ de } 204\,000 = 163\,200 / 1300 = 126)$ occuper 126 dentistes à plein temps (30 heures par semaine).

Travailler auprès de cette clientèle est une tâche très exigeante et peu de dentistes peuvent y oeuvrer à plein temps. C'est donc beaucoup plus que 126 dentistes qui seront nécessaires pour offrir des services à cette clientèle. C'est ainsi que tous les dentistes employés par la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" y travaillent à temps partiel. Admettons qu'un dentiste dévouerait une journée par semaine au traitement de cette clientèle, il serait nécessaire d'engager cinq dentistes par semaine pour assurer la marche du service dentaire.

C'est donc dire que pour assurer un service quotidien à

toute la clientèle des personnes âgées non autonomes, près de 628 dentistes, donnant chacun une journée de pratique auprès d'elles, pourraient être requis (1255 dentistes à une demi-journée).

A cette nombreuse clientèle pourrait se greffer les personnes âgées bénéficiant du maintien à domicile des CLSC et les personnes handicapées de tout âge hébergées ou résidant à la maison mais qui peuvent difficilement se déplacer à un cabinet dentaire.

C'est un marché presque vierge et en pleine croissance, car d'une part, on y retrouve d'énormes besoins dentaires non satisfaits et d'autre part, peu de dentistes y oeuvrent. Les médecins y sont de plus en plus présents et occupent une place de choix qui est très appréciée des directions de ces établissements et des médecins eux-mêmes.

La dentisterie gériatrique est une voie d'avenir que la profession dentaire ne doit pas ignorer au moment où il est question de contingentement afin de faire face à la dénatalité et à la baisse

constante de la carie dentaire à l'échelle mondiale.

La tranche de personnes de plus de 65 ans devient de plus en plus importante et la pratique de la dentisterie devra s'ajuster à cette nouvelle clientèle qui deviendra peut-être un jour une spécialité, soit la dentisterie gériatrique.

CONCLUSION

La croissance progressive et constante de cette tranche de la population québécoise nous indique qu'il faudra nous ajuster à des services dentaires adaptés à ses besoins. Or, une partie importante des Québécois âgés sont en perte d'autonomie et rien ne nous laisse prévoir des changements majeurs à moyen terme. Il est donc sage d'offrir des services dentaires de qualité à cette clientèle qui en est présentement dépourvue grâce à un service dentaire mobile.

Chapitre 3

L'historique de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest"

LES ÉTUDES PRÉLIMINAIRES

Avant de lancer le projet pilote de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" nous avons procédé à deux études.

La première a consisté à dénombrer les installations dentaires des établissements du territoire desservis par le DSC Verdun.

La seconde a été organisée dans le cadre du Mois de la santé dentaire durant lequel des dentistes bénévoles ont examiné gratuitement les personnes âgées hébergées consentantes des établissements situés sur le territoire.

Ces études nous ont permis de connaître l'état des installations dentaires existantes ainsi que les besoins dentaires insatisfaits de la clientèle visée. Le service

dentaire mobile s'adresse aux personnes âgées en perte d'autonomie hébergées dans six établissements localisés sur le territoire du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun : ce sont quatre centres d'accueil (CA LaSalle, CA Louis Riel, CA Réal Morel et Manoir Verdun), un centre hospitalier de soins de longue durée (Hôpital Champlain de Verdun) et une unité de gériatrie active et de soins de longue durée dans un centre hospitalier de soins de courte durée (Centre hospitalier de Verdun).

UN BEL EXEMPLE DE CONCERTATION

Le service a été mis sur pied en avril 1989 grâce à une concertation entre les directeurs généraux des établissements énumérés ci-haut et le fiduciaire du projet, l'Hôpital Champlain de Ver-

dun. Le Département de santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier de Verdun a conçu l'idée de ce projet pilote et en a assuré l'organisation.

UN PROJET INNOVATEUR

Le service dentaire mobile est un projet pilote unique au Québec. Dans sa forme actuelle, il est le seul en Amérique du Nord à s'adresser aux personnes âgées qui, à cause de leur perte d'autonomie physique ou mentale, doivent être hébergées.

Aujourd'hui, le projet pilote a franchi la période nécessaire de rodage durant son implantation. Elle est maintenant en mesure de faire bénéficier de l'expertise acquise à ceux qui s'y intéressent afin de leur éviter certains obstacles et d'utiliser une réalisation concrète et validée par l'expérience de ce projet pilote.

[illegible]

Chapitre 4

Les éléments nécessaires au fonctionnement du service dentaire mobile

L'ÉQUIPEMENT DENTAIRE PORTATIF

Depuis longtemps, les Forces armées ont utilisé de l'équipement dentaire portatif durant les conflits ou en temps de paix. Mais ce n'est que depuis moins de 10 ans que l'équipement dentaire a été miniaturisé, rendu léger, compact et portatif.

Même certaines parties d'équipement dentaire qui, jusqu'ici ne pouvaient facilement être transportées, telles que la chaise et l'unité dentaires fixes d'un poids imposant ainsi que l'appareil de radiographie dentaire, sont maintenant réduits à un poids et à une dimension qui les rend facilement portatifs. La chambre noire telle qu'utilisée dans un cabinet dentaire a fait place à une petite boîte munie d'une fenêtre et d'emplacements



Dr Elizabeth Bergeron, coordonnateur-adjoint et dentiste-traitant installée à l'unité de gériatrie active du Centre hospitalier de Verdun avec une patiente, Madame Marie-Aurore Lapierre, 78 ans.

pour les mains servant à développer manuellement les pellicules radiographiques dans un local éclairé.

Tous les instruments dentaires qui tournent, fonctionnent à l'air comprimé généré par un compresseur miniature, léger, compact et portatif.

Tous les autres petits équipements, instruments, fournitures et matériaux étaient déjà portatifs.

C'est pourquoi, grâce aux développements récents, il est maintenant possible de transporter au chevet d'un malade ou dans une pièce à l'intérieur d'un établissement tout ce qu'il faut à un dentiste pour exécuter presque tous les services dentaires requis.

Le but de ce guide n'est pas de faire la promotion d'une marque d'appareil dentaire mais l'auteur pourra, à l'occasion, conseiller l'organisme ou les personnes qui désireront faire l'acquisition d'un équipement dentaire portatif.

La "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" a acquis les équipements décrits ci-après.

L'UNITÉ DENTAIRE

Une unité dentaire portative nommée "Portable II Multi-Purpose Dental Delivery System" de la compagnie américaine DNTL Corporation a été choisie. Celle-ci possède les caractéristiques suivantes: elle se présente en trois sections démontables: la partie inférieure contient un petit compresseur d'air silencieux avec réservoir, le contrôle du débit d'air à l'aide d'une pédale et un réservoir pour les liquides usés: la partie médiane sert de logement, la partie supérieure loge le panneau de contrôle rétractable avec tous les contrôles d'air, d'eau et d'électricité, une minuterie électronique détachable, les pièces à main à haute et

basse vitesse dotées d'un éclairage à fibre optique, d'un détartreur ultrasonique à air comprimé (Model 2045 Ultrasonic Scaler), une seringue à trois fonctions (air, eau ou les deux), des suctions pour la salive et la chirurgie servant de crachoir lorsqu'un entonnoir y est attaché, un réservoir d'eau sous pression d'air, un logement pour les tubes servant aux pièces à main, au détartreur, à la seringue trois fonctions et aux suctions.

De plus, la partie supérieure de l'unité supporte une visionneuse à radiographie, une table de travail avec plateau et une attache pour le support de l'appareil radiographique.

Bien que le poids total de l'unité dentaire soit d'environ 115 livres, le fait de pouvoir la démonter en trois sections facilite son transport ainsi que les roulettes sur lesquelles elle est montée.

L'APPAREIL RADIOGRAPHIQUE

À cette unité dentaire, un support (Model 4200 Portable X-Ray Mount) sert à fixer une tête radiographique miniature de

marque japonaise MINN (Model 4000 Miniature Portable X-Ray System) permettant la prise de radiographie dentaire.

LA CHAMBRE NOIRE

Une chambre noire portative de marque RINN permet le développement de radiographie dentaire dans une pièce éclairée soit avec des solutions rapides de développement ou des solutions normales.

LE FAUTEUIL DENTAIRE

Le fauteuil dentaire portatif est de marque ADEC (Porta Chair Model 3460), peut être ajusté en hauteur et possède un dossier ajustable. Il pèse 65 livres, se plie et se transporte dans un sac à poignées.

LA LUMIÈRE DENTAIRE

La source lumineuse provient d'une lumière portative à fibre optique ROLUX (Fiber Optic Lite MDT) pour les travaux routiniers et d'une lumière de tête portative GOODLITE (Head

Lite with Transformer) pour des traitements spécifiques au chevet d'une personne alitée ou encore pour ceux exécutés lorsqu'elle est assise dans un fauteuil roulant. Dans cette situation, un appui-tête portatif, ajustable aux poignées du fauteuil de marque MDC Metal Dynamics Corporation est utilisé.

LES PETITS ÉQUIPEMENTS

A ceux-ci se sont ajoutés d'autres plus petits équipements dentaires portatifs que l'on retrouve normalement dans un cabinet dentaire tels qu'une trousse d'urgence médico-dentaire, une bonbonne d'oxygène avec masque, un shygmomanomètre, un stéthoscope, un moteur électrique avec une pièce à main pour les petits travaux prothétiques ou de laboratoire, un stérilisateur à vapeurs chimiques, un amalgamateur, un appareil pour polymériser les composites, un appareil de sédation consciente, un appareil pour polymériser le matériel prothétique à la lumière ultraviolette, un vibreur pour la coulée des modèles, etc..

LES PETITS INSTRUMENTS

Les petits instruments dentaires à main sont les mêmes que ceux utilisés en cabinet privé et leur choix est laissé à la préférence de chaque dentiste bien que pour le projet pilote un choix de petits instruments à main les plus utilisés a été arrêté. Le transport de ceux-ci ainsi que celui des fournitures et des matériaux dentaires ont été facilités à l'aide de malettes du genre "coffre à pêche".

LE LOCAL VERROUILLÉ

D'autres équipements, matériaux et fournitures dentaires ne sont pas transportés mais sont remisés dans un local verrouillé réservé au service dentaire dans chaque établissement. Il en est ainsi du moteur électrique servant aux gros travaux prothétiques, des matériaux d'empreinte et de coulée des modèles, des fournitures dentaires souvent utilisées tel que les bavettes, les gazes, les serviettes, le savon, les formulaires de prescription dentaire et les boîtes de laboratoire dentaire, etc.

LE COFFRE DE TRANSPORT

Dans le but de faciliter le transport de tous les équipements, instruments, fournitures et matériaux dentaires, le Service des installations matérielles du Centre hospitalier de Verdun a construit un coffre sur roulettes, verrouillable et pouvant permettre de descendre l'unité dentaire portative sur une rampe constituée d'un des côtés du coffre (voir photographie du coffre accompagnant le texte intitulé "Le transport de l'équipement dentaire" à la page 20).

Chapitre 5

L'implication des établissements

LE FINANCEMENT

Un équipement dentaire portatif complet peut être acheté pour moins de 50 000\$ en 1990. Bien que cette somme soit beaucoup moindre que celle exigée pour équiper un cabinet dentaire conventionnel, il n'en reste pas moins qu'il faut trouver un financement à court, à moyen ou à long terme. Le financement utilisé par la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" a suivi une concertation entre les six établissements de santé hébergeant une clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie. Chaque établissement est devenu conjointement propriétaire de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" et s'assurait ainsi l'accès aux soins dentaires pour leurs bénéficiaires.

Ce moyen ne peut être utilisé qu'aux endroits où une telle con-

certation est possible. La concertation doit nécessairement être précédée d'une période de sensibilisation auprès des directions afin de les préparer à consacrer une partie de leur maigre budget à l'acquisition d'un équipement dentaire portatif.

D'autres organismes de charité ou fondations voués aux personnes âgées peuvent aussi aider à financer un tel achat. Le gouvernement du Québec n'assure pas les services dentaires aux Québécois âgés et ne peut directement subventionner un tel service sauf dans certains établissements désignés dans l'Entente. Ceux-ci sont énumérés dans le Manuel du dentiste fourni à tous les dentistes par la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Dans des circonstances où un dentiste, ou un groupe de dentis-

tes, ou encore une corporation à but lucratif déciderait d'investir cette somme d'argent, il faudra en étudier la rentabilité avant de lancer l'entreprise. Il faut souligner que les traitements à cette clientèle prennent plus de temps et, par conséquent, le dentiste exécute moins d'actes durant une période donnée et il ne peut s'attendre à un retour financier similaire à celui de sa pratique privée.

LES PRIVILÈGES ET LE STATUT

Chaque établissement doit accorder des privilèges (en médecine dentaire) et un statut de membre actif, associé, conseil, honoraire ou résident au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Il faut donc, au préalable, que les établissements accordent au dentiste un statut et des privilèges pour exer-

cer sa profession à l'intérieur de leurs murs au bénéfice de leurs bénéficiaires. En effet, un dentiste ne peut soigner des bénéficiaires sans l'obtention d'un statut ou de privilèges.

Le dentiste demande un statut et des privilèges en médecine dentaire en remplissant le formulaire prévu à cet effet et y annexe les documents requis (copie du diplôme de dentiste, copie du permis d'exercer la médecine dentaire au Québec, copie d'une preuve d'assurance responsabilité professionnelle, trois lettres de recommandations par des confrères) afin de permettre au Comité d'examen des titres d'étudier sa demande et de vérifier sa compétence. Certains établissements exigent une cotisation annuelle pour devenir membre du CMDP.

LA RÉMUNÉRATION DU DENTISTE

Dans le cas où le dentiste est appelé à exercer sa profession dans les établissements désignés dans l'Entente sa rémunération est **obligatoirement à salaire**. La demande de privilèges et statut doit être d'abord acceptée par l'établissement qui l'emploie lequel expédiera à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) un avis autorisant ce dentiste à recevoir un salaire selon le nombre d'heures accordé

(à la vacation <3 heures>, demi-temps <17 1/2 heures>, plein temps <35 heures>) et le type de statut (médecine dentaire). Une fois le nom du dentiste enregistré, ses demandes de paiement seront honorées. La période d'attente est généralement d'environ 45 jours entre la date de l'enregistrement et le premier paiement par la RAMQ d'une demande de paiement soumise par un dentiste.

Il faut se rappeler que selon les termes de l'Entente entre le Gouvernement du Québec et de l'ACDQ, à ce jour, un dentiste ne peut réclamer plus de cinq vacations (une vacation correspond à une période de trois heures) par semaine dans le même établissement. Cependant, il peut réclamer un nombre supérieur à cinq vacations si elles sont réclamées dans d'autres établissements à la condition de ne pas dépasser cinq vacations par établissement.

Dans tous les autres établissements, le dentiste sera rémunéré soit à salaire selon l'Entente ou encore à l'acte au tarif déterminé entre lui et l'établissement. En effet, le dentiste qui n'est pas propriétaire de l'équipement dentaire portatif et qui ne fournit aucun petits instruments, fournitures ou matériaux dentaires, devra n'exiger qu'une partie des honoraires perçus selon un

pourcentage juste et équitable comme c'est le cas pour un dentiste qui exerce pour un autre sous la formule de pourcentage. Ce pourcentage varie selon les ententes mais se situe à environ 50%.

Le pourcentage reçu par l'établissement pourra être appliqué à l'amortissement des dépenses encourues ou à diminuer la part assumée par le patient ou le responsable du paiement ou encore à majorer le pourcentage accordé au dentiste traitant. Cette décision est laissée à l'établissement.

Dans le cas où tout l'équipement, petits instruments, fournitures et matériaux dentaires sont fournis par le dentiste, le tarif de ses honoraires est à son entière discrétion. Cependant, l'honoraire demandé devra refléter le fait que le dentiste ne défraie ni le coût du local, de l'électricité, de l'eau, du chauffage, etc.

Chapitre 6

Les étapes dans l'implantation d'un service dentaire mobile

LA SENSIBILISATION DE LA DIRECTION ET DU PERSONNEL

Les membres de la direction et du personnel des établissements reflètent souvent le peu d'importance accordée à la santé dentaire par la population en général. Il en résulte qu'il faut d'abord préparer le terrain afin de les sensibiliser aux bienfaits que retireraient les personnes âgées hébergées dans leur établissement. Divers moyens peuvent être utilisés. Le dentiste d'un département de santé communautaire est généralement le mieux placé pour entreprendre cette action car il a la formation nécessaire pour assumer la responsabilité de préparer une campagne d'information auprès des membres de ces groupes-cibles. Avant d'entreprendre la mise sur pied de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" plusieurs activités ont été entre-

prises afin de sensibiliser les preneurs de décision et le personnel appelés à collaborer à ce nouveau service. Un article de fond a été publié dans le journal officiel de l'Association des centres d'accueil du Québec, "L'accueil", intitulé "État dentaire pitoyable des personnes âgées hébergées dans les centres d'accueil du Québec" (Vol.13 no6-Octobre-novembre 1986). Le but de l'article était de conscientiser la direction de ces établissements et, surtout, d'offrir une solution concrète, soit un service dentaire mobile opéré par un ou des dentistes (annexe I).

De plus, plusieurs rencontres formelles et informelles entre la direction des établissements situés sur le territoire et un dentiste du DSC Verdun ont eu lieu afin de répondre à toutes leurs questions et les rassurer qu'un tel service ne constituerait pas une partie importante de leur budget.

Enfin, quand le temps fut propice, la direction du DSC Verdun a soumis le projet pilote à une table de concertation où tous les directeurs généraux des établissements du territoire étaient réunis. Le projet pilote décrivait en détail non seulement les coûts et les avantages pour leurs bénéficiaires mais établissait aussi des prévisions budgétaires selon différents scénarios afin de rassurer les Directeurs généraux sur l'ampleur de leurs obligations futures. Sauf une exception, toutes les directions s'engagèrent à y participer et acceptèrent les modalités. L'Hôpital Champlain de Verdun accepta d'en devenir le fiduciaire et d'avancer les fonds nécessaires à l'achat de l'équipement dentaire portatif. Le DSC Verdun fit la sélection de l'équipement et le commanda. Il en assura l'organisation matérielle et humaine.

Bref, on voit comment le dentiste en santé communautaire peut être mis à profit pour faire le pont entre les dentistes du secteur privé et les directeurs généraux des établissements publics de santé où est hébergée la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie.

La connaissance qu'il possède du réseau de santé québécois est un atout pour assurer le succès d'un tel projet. Il en est de même pour les établissements de santé privés qui sont conventionnés. Les autres établissements privés non conventionnés ou les résidences de personnes âgées peuvent être approchés directement par le dentiste du secteur privé.

LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL DENTAIRE

Le personnel d'un service dentaire mobile se recrute parmi les dentistes du territoire qui désirent élargir leurs activités et qui sont prêts à traiter des personnes âgées en perte d'autonomie. La majorité des dentistes traitent déjà des personnes âgées dans leur cabinet. Cependant peu d'entre eux

ont l'occasion de soigner des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, leur formation est habituellement faible en dentisterie gériatrique. Ce défi doit être relevé dans son contexte actuel avec les moyens disponibles au praticien du secteur privé.

Afin de connaître les dentistes qui seraient prêts à travailler avec de l'équipement dentaire portatif auprès de cette clientèle, le DSC Verdun a construit un questionnaire qui fut envoyé à tous les dentistes pratiquant sur le territoire des villes de Verdun et LaSalle ainsi que de deux quartiers montréalais, Ville-Émard/Côte St-Paul et Pointe-St-Charles (annexe II). Ce questionnaire leur demandait entre autres questions s'ils étaient prêts à traiter les personnes âgées en perte d'autonomie physique ou mentale hors de leur cabinet dentaire avec un équipement dentaire portatif. Sur les 69 questionnaires reçus, 11 dentistes ont répondu affirmativement à cette demande spécifique. Un répertoire décrivant les services offerts et les clientèles acceptées fut publié et distribué aux personnes intéressées du territoire du DSC Verdun (annexe II).

Ainsi lorsqu'il s'est agi de recruter des dentistes pour le service dentaire mobile, quelques coups de téléphone suffirent pour recruter 8 dentistes selon leur disponibilité. Chacun n'y consacrant qu'une demie-journée ou plus.

LA FORMATION EN DENTISTERIE GÉRIATRIQUE

Comme mentionné ci-haut, les connaissances en dentisterie gériatrique ne sont pas suffisamment complètes pour que la majorité des dentistes se sente à l'aise lors de traitements aux personnes âgées en perte d'autonomie physique ou mentale. Dans l'élaboration d'un service dentaire mobile qui s'adresse à cette clientèle, à part la formation théorique autodidacte et la pratique auprès d'elle, aucun cours n'est présentement offert par les universités québécoises bien qu'une certaine formation a débuté à l'École de médecine dentaire de l'Université McGill à Montréal au niveau des sous-gradués. L'École de médecine dentaire de l'Université Laval et la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal pro-

jettent une formation en dentisterie gériatrique plus élaborée pour les sous-gradués. A ce jour, seules quelques écoles américaines offrent une formation post-doctorale en dentisterie gériatrique telle que celle de l'École dentaire de l'Université Washington à Seattle aux États-Unis d'une durée de deux mois et intitulée "Dentistry for the Disabled".

Devant cette situation, le DSC Verdun, a offert, avec les ressources humaines disponibles, une série de cours de formation en dentisterie gériatrique aux dentistes faisant partie de l'équipe dentaire du service mobile. Cette formation était calquée sur celle dispensée par l'École dentaire de l'Université Washington. Les sujets couverts ont été les suivants: réanimation cardio-pulmonaire, urgences médico-dentaires, comportements psychologiques et psychiatriques normaux et anormaux des personnes âgées, transfert ergonomique d'un fauteuil roulant à un fauteuil dentaire, fonctionnement des établissements publics de santé au Québec, utilisation des différents formulaires des centres hospitaliers, fonction-

nement et entretien de l'équipement dentaire portatif, changements physiologiques normaux et anormaux des personnes âgées, utilisation de techniques spéciales dans la confection de prothèses dentaires, utilisation des protocoles dentaires, fonctionnement du service dentaire mobile, conditions bucco-dentaires normales et anormales chez les personnes âgées, particularités de la prosthodontie amovible chez les personnes âgées, aspects démographiques et sociologiques des personnes âgées au Québec et particulièrement sur le territoire desservi, utilisation de la sédation consciente chez les personnes âgées, la nutrition et la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées.

D'autres sujets seront traités au cours de la prochaine année: les moyens de communiquer avec les personnes âgées souffrant d'un handicap physique ou mental, les particularités des traitements péri-dentaires, de dentisterie opératoire, de chirurgie buccale, etc.

Un dentiste peut aussi rendre de précieux services aux personnes

âgées en perte d'autonomie physique ou mentale et prendre de l'expérience par la pratique et la lecture d'articles appropriés sur le sujet. Il peut aussi suivre certains cours de formation générale en gérontologie.

LES PROTOCOLES DENTAIRES

Le personnel des établissements de santé fonctionne à l'aide de protocoles afin d'éviter que leurs actions n'engendrent des conséquences graves pour la santé des bénéficiaires dont ils ont la responsabilité. Un protocole sert à leur dire quoi faire et comment exécuter les soins dont ils sont mandataires. Advenant un problème, le personnel se réfère au protocole et exécute les actions mentionnées en l'absence du médecin ou du dentiste. C'est une protection pour l'établissement, pour le personnel et surtout pour le bénéficiaire.

Le dentiste n'est pas familier avec les protocoles bien qu'ils les utilisent inconsciemment dans sa pratique quotidienne. En cabinet privé, le dentiste est le seul responsable auprès du patient des actions qu'il pose ou qu'il délègue. Dans un établissement,

les bénéficiaires sont souvent dans l'impossibilité de suivre de simples recommandations et c'est le personnel qui se substitue à eux. Or, le personnel n'est pas familier avec les traitements dentaires et doit se reporter à un protocole écrit qu'il a la responsabilité d'exécuter en l'absence du dentiste traitant.

Non seulement les protocoles doivent-ils être disponibles pour le personnel, mais encore faut-il qu'ils soient approuvés par le CMDP. Dans le cas où un problème de santé dentaire apparaît en l'absence du dentiste, le personnel a la responsabilité de suivre le protocole proposé et approuvé sinon la responsabilité lui appartiendra, d'où l'importance de prévoir toutes les situations possibles.

Les protocoles pour la plupart ont été créés sauf dans le cas de celui de la chirurgie buccale car la pratique de la dentisterie en établissement public de santé n'est pas répandue dans la profession dentaire. Ces protocoles dentaires seront appelés à subir des changements pour s'adapter aux nouveaux progrès de la profession.

LE SYSTÈME D'URGENCE

Dans le but d'éviter tout problème par rapport au nouveau service dentaire, le coordonnateur de la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" est à la portée en tout temps (par téléavertisseur) avec les personnes-contact nommées dans les établissements participants au cas où les protocoles utilisés ne couvriraient pas toutes les situations et qu'une situation urgente se présentait. Les protocoles dentaires déjà réalisés sont annexés (annexe III) au présent guide pour aider ceux qui voudront instaurer un service dentaire similaire.

LE SYSTÈME COMPTABLE

Tous les dentistes en pratique privée ont recours à un système comptable mais peu utilisent un système commun qui tient compte de la facturation à plusieurs établissements. De plus, le paiement des services dentaires peut provenir de sources différentes et le système comptable doit s'adapter à ces particularités. Ainsi, le bénéficiaire n'est fréquemment pas en

mesure de régler le paiement lui-même à cause de sa condition physique ou mentale. La famille devient souvent la source du financement et elle doit être consultée. Dans d'autres cas c'est la Curatelle publique qui est responsable de l'administration des biens du bénéficiaire. Ou encore, c'est l'établissement qui utilise le Fonds spécial dédié au paiement des services et prothèses dentaires. Cependant, ce Fonds n'est utilisé que dans la mesure dictée par une directive gouvernementale (NP 6 1977) qui tient compte du montant du Revenu garanti que le bénéficiaire reçoit. C'est pourquoi le système comptable a dû être adapté et il est quelque peu différent de ceux utilisés en cabinet privé. Une copie du système comptable est reproduite en annexe (annexe IV).

LE GUIDE DES TARIFS

Par ailleurs, un guide de tarifs a été créé afin de refléter les honoraires des dentistes. En effet, le coût de l'équipement dentaire, des instruments, des matériaux et des fournitures dentaires, du local, de l'électricité, de l'eau, du transport du coffre contenant tout l'équipement dentaire portatif, du

secrétariat et de la comptabilité est assumé par les établissements participants. Le guide de tarifs reflète les coûts réels encourus par les bénéficiaires et l'établissement qui l'héberge.

LE DEVIS (ESTIMÉ)

Afin de faciliter l'approbation préalable des traitements proposés par la personne responsable du paiement, le dentiste rédige un devis avant tout traitement et le remet à une personne-contact désignée par la direction où est hébergé le bénéficiaire. Cette personne achemine le devis au responsable du paiement pour approbation. Après approbation, elle le remet signé au dentiste qui peut alors commencer les soins.

LE TRANSPORT DE L'ÉQUIPEMENT DENTAIRE

Bien que l'équipement dentaire soit portatif et facilement transportable dans une automobile de grandeur moyenne, il reste que le dentiste perdrait un temps précieux pendant lequel il n'est pas productif s'il doit lui-même transporter l'équipement.



Monsieur Daniel Duhamel de la Compagnie Médicar poussant le coffre contenant l'équipement dentaire portatif dans la camionnette utilisée pour le transporter.

Afin d'augmenter la productivité et l'utilisation rationnelle des ressources, la "Clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest" a fait appel à un transporteur fiable qui est chargé de prendre l'équipement dans un établissement et de le transporter dans un autre selon un horaire précis. Le coût du transport est ainsi minimisé et compris dans les honoraires demandés au patient. Comme aucun loyer n'est versé pour l'utilisation du local, de l'électricité et de l'eau dans l'établissement où sont dispensés les traitements, les frais de transport n'augmentent pas le coût des soins.

LA COORDINATION DU SERVICE DENTAIRE MOBILE

Le service dentaire mobile nécessite la désignation d'un dentiste coordonnateur qui prendra en charge l'organisation interne et externe du service. Ce dernier fait le lien entre les dentistes, les propriétaires de l'équipement, les personnes-contacts, la direction et les responsables des finances des établissements, et les compagnies et laboratoires dentaires. Il doit créer et distribuer une cédule horaire qui sera suivie par les dentistes, les établissements où le service sera dispensé ainsi que par le transporteur dont une copie est annexée au présent guide (annexe V). Il doit faire l'inventaire des produits dentaires renouvelables, commander ceux

qui sont nécessaires avant d'en manquer, vérifier les commandes reçues et s'assurer de la réception et de la distribution pour assurer la continuité du service. Il doit pourvoir au remplacement d'un dentiste en cas de maladie, de congé ou de départ. Il doit tenir à jour les traitements dentaires exécutés et à faire, et fournir un rapport annuel aux établissements. Il doit assurer la réparation ou le remplacement de l'équipement dentaire afin de ne pas retarder le service dentaire. Il doit régler les différends entre les bénéficiaires insatisfaits et les dentistes traitants. Il doit siéger sur le Comité d'évaluation de l'acte dentaire du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement responsable du service afin d'assurer la qualité des services dentaires. Il recrute et entraîne les dentistes. Bref, il doit voir à la bonne marche du service.

Les tâches du coordonnateur nécessitent, après la période de rodage du service, une dizaine d'heures par semaine d'une façon continue. La rémunération de ce dernier devrait se faire soit à l'aide de vacations quand c'est possible, soit à l'aide d'une rémunération équivalente à par-

tir du pourcentage consenti aux établissements.

LE CONTRAT DE SERVICE

Dans le cas où un service dentaire mobile est organisé par un des établissements participants, un contrat de service doit être intervenu entre eux afin de permettre à un dentiste d'oeuvrer dans un autre établissement que celui qui opère le service. Ce contrat doit stipuler les modalités qui régiront les activités du dentiste et les modes de remboursement entre les divers établissements.

L'OPÉRATION DU SERVICE DENTAIRE MOBILE

Dans le but d'implanter et d'opérer un service dentaire efficace et efficient, voici les étapes à suivre:

Premièrement, après l'annonce du nouveau service dentaire par l'établissement, les personnes-contact rechercheront les bénéficiaires qui consentent à se faire traiter par un dentiste du service et établiront une liste de noms à remettre au dentiste traitant.

Deuxièmement, les dentistes traitants, d'après la liste fournie, prendront connaissance des dossiers médicaux et transcriront les informations pertinentes aux traitements dentaires dans leur dossier dentaire.

Troisièmement, chaque bénéficiaire consentant sera examiné afin d'évaluer ses besoins dentaires, de les classer selon le degré de gravité des traitements nécessités et leur accorder une priorité. Un traitement urgent sera identifié par le chiffre 1, un traitement semi-urgent par le chiffre 2, un traitement de routine par le chiffre 3 et aucun besoin de traitement par le chiffre 4. A cette occasion un devis écrit sera émis par le dentiste pour approbation et remis à la personne-contact de l'établissement.

Quatrièmement, le dentiste en attendant l'approbation du devis, pourra procéder au marquage des prothèses dentaires afin d'éviter leur perte ou égarement car il faut compter que plus de 80% des bénéficiaires québécois sont porteurs de prothèses dentaires. Pour les personnes non-édentées, le dentiste pourra démontrer les techniques

adaptées d'hygiène dentaire (annexe VI).

Cinquièmement, le dentiste traitant, après avoir reçu l'approbation du devis, pourra commencer les traitements en débutant par les personnes dont les traitements sont identifiés comme urgents ou de priorité 1, les semi-urgents, de priorité 2 et enfin par les traitements de routine, de priorité 3. La priorité 4 est attribuée quand aucun traitement n'est nécessaire.

Comme il y a de nombreux décès parmi les personnes âgées hébergées (près de 20% par année), il faudra reprendre le mécanisme d'étude de dossiers médicaux, d'examen bucco-dentaire, de devis et de marquage de prothèse dentaire et d'enseignement d'hygiène dentaire dès l'arrivée d'un nouveau bénéficiaire. Il faut aussi s'occuper des urgences dentaires imprévues. Cependant, l'étude précitée démontre que seulement 1,6% des personnes âgées ont besoin de soins d'urgence et cette situation ne devrait pas causer de difficulté en établissement.

Il est recommandé d'examiner annuellement les bénéficiaires

âgés hébergés afin de diagnostiquer précocement un problème dentaire asymptomatique.

LE COMITÉ DE L'ÉVALUATION DE L'ACTE DENTAIRE

Dans chaque établissement de santé au Québec, un comité de l'évaluation de l'acte médical doit être formé avec le mandat de surveiller la qualité de l'acte médical. Il en est de même lorsque des actes dentaires sont posés. C'est pourquoi un comité de l'évaluation de l'acte dentaire a été formé par des dentistes chevronnés pour assister le grand comité de l'acte médical à qui il se rapporte.

L'ÉVALUATION DU PROJET PILOTE

Dans le but de rendre des services dentaires disponibles à cette clientèle hébergée d'une façon continue et lui assurer un service dentaire de qualité, il faut annuellement évaluer les traitements fournis. Non seulement faut-il en savoir le nombre et le type mais aussi il faut connaître la satisfaction des bénéficiaires traités, celle de la direction de l'établissement participant, de

la personne-contact ainsi que des dentistes traitants afin d'ajuster le service aux commentaires reçus. Il est à noter qu'une fois le service bien rodé, la majorité des traitements dentaires deviendront routiniers et que le dentiste pourra augmenter cette clientèle car leurs besoins seront moins importants. Ainsi, le service dentaire mobile pourra bénéficier à une nouvelle clientèle d'un autre établissement ou de celle du maintien à domicile des CLSC.

CONCLUSION

Il est possible et désirable d'établir un service dentaire mobile qui s'adresse à une vaste clientèle qui en est dépourvue. Celle-ci jusqu'à présent avait été ignorée par la profession dentaire et n'est pas à négliger.

Non seulement faut-il ajouter des années à la vie mais il faut ajouter de la santé à la vie et surtout du bien-être à la vie.

Les dentistes peuvent réaliser cet objectif en fournissant des services dentaires aux personnes âgées en perte d'autonomie lesquels leur étaient inaccessibles antérieurement. Le service den-

évident et complète les services de santé auxquels les personnes âgées ont droit.

Le maintien d'une bonne santé dentaire contribue au bien-être général de ces personnes en leur permettant de mieux s'alimenter, donc de choisir un plus grande variété d'aliments et d'augmenter leur plaisir à manger. Le fait de manger plus de fibres alimentaires peut régulariser leur digestion et leur élimination et, par conséquent, diminuer, sinon arrêter, la prise de médicament pour y remédier.

De plus, une dentition naturelle ou artificielle adéquate leur permet de mieux communiquer leurs besoins aux personnes qui les entourent. Enfin, l'amélioration des relations interpersonnelles agit souvent sur leur personnalité et leur procure un bien-être certain.

Comme les bénéficiaires âgés sont déjà déficients, soit physiquement ou mentalement, tout ce qui leur procure une légère amélioration de leur bien-être est grandement apprécié par eux, leur famille, les autres bénéficiaires ainsi que le personnel qui

en a la charge. D'autre part, le dentiste sentira que ses services auront contribué à rendre ces personnes âgées en perte d'autonomie plus heureuses.

N'oublions pas que demain nous ou nos enfants pourrions faire partie du groupe de personnes âgées en perte d'autonomie et hébergées!

BIBLIOGRAPHIE

1) Conclusion de l'étude sur la santé bucco-dentaire des Québécois de 65 ans et plus. Simard et al., Journal Dentaire du Québec. Ordre des dentistes du Québec. Mars 1983 p.7-9.

2) Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Les publications du Québec. Gouvernement du Québec, p. 14.

ÉDITION

Le texte de ce guide a entièrement été écrit à l'aide d'un ordinateur Macintosh, des logiciels Microsoft Word et PageMaker et imprimé avec une imprimante au laser au DSC Verdun.

NOTE

L'auteur de ce document se tient disponible pour fournir plus d'information sur le sujet traité dans ce guide. Il peut être rejoint à l'adresse suivante ou au numéro de téléphone (514) 765-7315 poste 2909:

Jean-Robert Vincent
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de Verdun
4000, boul. LaSalle
Verdun, Qc.
H4G 2A3

REMERCIEMENTS

Je remercie les docteurs Roger Cadieux pour ses commentaires judicieux, Jacques Durocher et Marcel Tenenbaum pour leurs conseils et la correction du texte de ce guide et enfin Monsieur Blaise Lefebvre pour son expertise en éditique.

DROITS D'AUTEUR

Toute partie du texte de ce guide peut être reproduit sans permission à la condition d'identifier le DSC Verdun comme en étant la source.

ANNEXES

- I.** Copie de l'article paru dans la revue l'Accueil intitulé "État dentaire pitoyable des personnes âgées hébergées dans les centres d'accueil du Québec".
- II.** Copie du questionnaire et du "Répertoire des dentistes du territoire du DSC Verdun".
- III.** Copie des "Protocoles dentaires".
- IV.** Copie du "Système comptable".
- V.** Copie d'une cédule horaire.
- VI.** Copie de la couverture, de la table des matières du Guide de l'intervenant intitulé "La santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées" ainsi que d'un bon de commande pour se le procurer.

ANNEXE I

Copie de l'article paru dans la revue l'Accueil intitulé "État dentaire pitoyable des personnes âgées hébergées dans les centres d'accueil du Québec".

Le Magazine de l'Association des Centres d'Accueil du Québec



l'accueil

Annexe I

VOL. 13 no 6 - OCTOBRE-NOVEMBRE 1986

LES CHRONIQUES

ETAT DENTAIRE PITOYABLE DES PERSONNES AGEES HEBERGEES DANS LES CENTRES D'ACCUEIL DU QUEBEC

Jean-Robert Vincent, D.D.S.
Agent de programmation en santé dentaire
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de Verdun

N.D.L.R.: Monsieur Vincent, dentiste en santé dentaire communautaire, pilote actuellement le programme-cadre en santé dentaire pour les personnes âgées au Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun. De plus, il siège sur le comité de dentisterie gériatrique de l'Ordre des dentistes du Québec et préside l'Association des dentistes en santé communautaire du Québec. Cet article a été réalisé avec la collaboration de monsieur Marcel Tenenbaum, dentiste en santé communautaire au même DSC.

INTRODUCTION

Les besoins dentaires auxquels font face les personnes âgées hébergées en centre d'accueil nous sont aujourd'hui bien connus et documentés. Tous s'accordent pour décrire leur santé dentaire comme **pitoyable**. Cependant, celles-ci ont droit aux services dentaires tout comme aux services médicaux car leur santé générale se détériore souvent suite à des problèmes d'origine dentaire. La disponibilité de ces services dentaires se doit d'être assurée par les directions des centres d'accueil. Mais les moyens d'y remédier leur sont mal connus. Cet article a donc pour but de les sensibiliser à cette situation et de leur fournir certaines informations nécessaires pour corriger cette situation déplorable.

1- SITUATION ACTUELLE DANS LES CENTRES D'ACCUEIL

L'état bucco-dentaire des bénéficiaires hébergés dans les centres d'accueil du Québec n'a d'égal que celui de ceux hébergés dans les centres hospitaliers de soins de longue durée et il n'est guère reluisant.

En effet, l'étude menée en 1982 auprès de 2 145 Québécois âgés de 65 ans et plus par les chercheurs Simard, Brodeur, Kandelman et Lepage sur leur état bucco-dentaire nous révèle les faits suivants:

"La grande majorité des Québécois de 65 ans et plus, soit 72%, ne comptent plus une seule dent et l'édentation se retrouve davantage chez les femmes, les personnes moins scolarisées, moins fortunées et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers.

Les gens âgés n'ont en moyenne que 3,5 dents; pour ceux qui ne sont pas complètement édentés, le nombre de dents présentes se situe à 13,4, dont 2,3 sont cariées et 2,4 obturées. La proportion des personnes qui présentent des caries est plus forte en centre d'accueil ou hospitalier qu'à domicile et le rapport entre le nombre de dents obturées et cariées est plus élevé chez les femmes, les gens des zones métropolitaines, les plus instruits et les mieux nantis.

La perte marquée des dents naturelles se traduit forcément par un très grand recours aux prothèses. Aussi 64,7% des gens âgés sont-ils porteurs d'appareils complets à la fois supérieurs et inférieurs. De plus, les prothèses ne sont pas de confection récente; en effet les trois-quarts d'entre elles (incluant les partielles) datent de cinq ans et davantage.

La situation est pire dans les centres d'accueil et hospitaliers qu'à domicile.

Selon le diagnostic posé par les enquêteurs, des traitements s'avèrent nécessaires chez la presque totalité des gens. Ainsi, les trois-quarts des non-édentés devraient recevoir des soins aux dents et les quatre-cinquièmes, des traitements périodentaires. Quant aux porteurs de prothèses, seulement le tiers de leurs appareils sont jugés adéquats. Par contre, aussi peu que 1,6% des personnes âgées ont besoin de soins d'urgence; encore là, la proportion est plus forte en centre d'accueil et hospitalier qu'à domicile.

L'existence généralisée - à quelques exceptions près - de problèmes d'ordre bucco-dentaire chez les personnes âgées est en bonne part attribuable au peu de recours aux traitements, qui datent en moyenne de 13 ans. Cette faible utilisation des services se retrouve davantage hors des grands centres, chez les gens plus âgés, moins scolarisés et moins fortunés. De plus, moins de 10% des gens compris dans cette tranche de la population ont effectué leur dernière visite chez un thérapeute dentaire soit pour un examen, une prophylaxie ou de la restauration. Cette attitude, qui témoigne du peu d'attention apportée à la santé buccale, contribue également à son mauvais état.

Seulement 42% des Québécois âgés sont par ailleurs d'avis qu'ils ont besoin de soins dentaires alors que 96% d'entre eux devraient recevoir des traitements. Cette faible perception des besoins se rencontre davantage chez les gens plus âgés, moins scolarisés, à moindre revenu et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers.

Il est à noter enfin qu'une très forte proportion des Québécois âgés (80%) n'ont pas reçu de services dentaires lors des cinq dernières années pour la simple raison qu'ils n'en voyaient pas la nécessité. Contrairement à une opinion assez largement répandue, les facteurs d'ordre pécuniaire interviennent peu comme motif de non-recours (14%). Il est aussi intéressant de remarquer que moins de 2% des gens de 65 ans et plus se sont abstenus de traitements dentaires depuis cinq ans à cause d'un handicap physique; une constatation similaire est aussi faite pour les maladies systémiques.⁽¹⁾

Ces constatations ont été reconfirmées lors des examens de dépistage dentaire qui ont été faits à titre gracieux par des dentistes bénévoles dans cinq régions urbaines québécoises (Hull, Montréal, Québec, Sherbrooke, Trois-Rivières) en avril 1986, mois de la santé dentaire, sous l'initiative de l'Ordre des dentistes du Québec.

(1) -----
Tiré de la "Conclusion de l'étude sur la santé bucco-dentaire des Québécois de 65 ans et plus", Simard et al., Journal Dentaire du Québec, la voix officielle de l'Ordre des dentistes du Québec, mars 1984.

2- CAUSES IDENTIFIÉES DE NON-RECOURS

Ce triste tableau, allié à l'absence généralisée d'un dentiste consultant et de facilités dentaires dans les centres d'accueil du Québec, explique en grande partie cette situation, mais d'autres causes ont aussi été identifiées. A l'époque où ces bénéficiaires sont nés, soit vers le début du vingtième siècle:

- il n'existait que peu de dentistes formés (en 1920 il y avait seulement 250 dentistes formés pour la population québécoise d'environ 350 000 dont 25% habitait dans les centres urbains);
- ces derniers établissaient leur cabinet dentaire dans les grands centres urbains (Montréal et Québec);
- en province, à cause de la pénurie de dentistes, c'était souvent le médecin, un charlatan ou même le forgeron qui procédait à des extractions sans aucune anesthésie;
- l'enseignement de l'hygiène buccale était inexistant avec les maladies dentaires qui en résultaient;
- ils devaient trimmer dur pour survivre dans un pays riche mais hostile et leurs deniers durement acquis servaient plutôt à manger, à se vêtir et à se loger qu'aux soins de santé sauf en cas d'urgence;
- leurs parents, qui avaient vécu à une époque encore plus reculée, ne pouvaient pas leur transmettre des notions sur l'importance de leur santé dentaire puisqu'ils étaient eux-mêmes souvent édentés et avaient connus les affres des maux de dent;
- les techniques et l'équipement dentaires étaient rudimentaires: l'anesthésie générale ne fut utilisée que vers 1930 et l'anesthésie locale arriva vers les 1940 bien que l'usage du chloroforme soit encore employé jusqu'en 1950; l'électricité dans le cabinet dentaire arriva vers les 1920 et on utilisait alors des tours pour nettoyer la carie d'une vitesse de 15 000 tours/minute alors qu'aujourd'hui ils tournent à plus de 350 000 tours/minute; les matériaux obturateurs étaient peu stables et peu esthétiques; les prothèses étaient construites en vulcanite cuite, etc.

Ce contexte explique en partie leur attitude envers les services dentaires. Il n'est donc pas étonnant qu'ils se retrouvent, en 1986, dans un si piètre état dentaire, qu'ils ressentent peu de besoins dentaires, qu'ils soient édentés pour la plupart et vivent souvent ignorants des énormes progrès de la médecine dentaire depuis 50 ans.

L'époque où ils ont vécu est depuis longtemps révolue et le dentiste d'aujourd'hui est maintenant formé pour devenir le médecin de la bouche (il reçoit un Doctorat en médecine dentaire, D.M.D.). En effet, l'extraction habituelle d'une dent est chose du passé et la majeure partie de ses actes consiste à conserver et à améliorer la condition des dents, des gencives ou des os de support ou, en dernier ressort, à les remplacer par des prothèses fixes ou amovibles.

De plus, 2 900 dentistes pratiquent aujourd'hui leur profession au Québec et l'accessibilité à un cabinet dentaire est maintenant possible même dans les régions les plus éloignées.

3- SERVICES DENTAIRES POUR LES ÉDENTES

A l'inverse de ce que certains croient encore, les édentés ont toujours besoin des services d'un dentiste. Ces services sont de deux ordres: premièrement, les problèmes dus à des prothèses dentaires inadéquates et deuxièmement, ceux des muqueuses (gencives) et de l'os sous celles-ci.

3.1 Prothèses dentaires inadéquates

Les prothèses sont inadéquates si elles ne remplissent pas le rôle pour lequel elles avaient été fabriquées, soit couper (incisives), triturer (prémolaires) et mastiquer (molaires) les aliments afin de mieux les digérer et de bien se nourrir.

3.1.1 Dents artificielles usées ou brisées

Une vieille prothèse dont les dents ont été sujettes à l'usure ou à des bris ne peut remplir ce rôle et son port ne fait qu'accélérer la perte (lyse) des crêtes osseuses qui aident à la retenir en place. Elle écrase davantage la muqueuse entraînant une perte de la hauteur des crêtes osseuses et cause l'apparition de blessures douloureuses à la gencive qui souvent incitent à ne plus la porter. Lorsqu'une prothèse devient inadéquate ou n'est pas portée, la mastication devient défaillante.

Cette situation entraîne une mauvaise digestion (retard de digestion) et souvent des problèmes d'estomac (flatulence post-prandiale, apparition du syndrome de la coronaire-café) doit alors adopter une diète molle (sans

fibres) laquelle entraîne souvent la constipation et l'usage presque quotidien d'un laxatif.

Il est possible généralement d'éviter ces médicaments par la confection d'une nouvelle prothèse ou encore en remplaçant les dents usées ou brisées et en rebasant (réfection) l'intérieur de la vieille prothèse.

Grâce à une prothèse adéquate, non seulement la frêle santé de ces bénéficiaires hébergés ne sera-t-elle pas taxée davantage par l'usage de médicaments mais leur santé générale pourra encore s'améliorer.

En effet, une mastication adéquate assure une meilleure digestion et par conséquent une meilleure nutrition. De plus, la possibilité de se nourrir d'aliments plus variés et plus savoureux influence souvent leur tempérament et leurs relations avec leur entourage (médecin traitant, personnel préposé, autres bénéficiaires, conjoint, parents). Cela contribue aussi à assurer à ces bénéficiaires hébergés, déjà en perte d'autonomie physique, une meilleure et plus digne qualité de vie durant leurs dernières années.

3.1.2 Prothèse mal ajustée

Au moment de la fabrication d'une prothèse dentaire, une empreinte des muqueuses est prise avant la confection. Cependant, lors de la mastication, de grandes forces sont appliquées sur les gencives coinçant ainsi les muqueuses entre le plastique dur (acrylique) de la prothèse et l'os des mâchoires. Les vaisseaux sanguins dans les muqueuses sont ainsi comprimés à plusieurs reprises pour des périodes plus ou moins longues entre ces deux structures dures et le flot sanguin y est ralenti ou même arrêté complètement, privant ainsi les tissus gingivaux et les tissus osseux sous-jacents des éléments nutritifs et de l'oxygénation nécessaires à leur maintien. Cette anémie répétée occasionne une perte osseuse (lyse) progressive et constante pour la majorité des porteurs de prothèse. Cette lyse est proportionnelle aux forces masticatoires utilisées et au nombre d'années que la gencive y est soumise. C'est pourquoi on observe une diminution progressive de la hauteur verticale des crêtes alvéolaires qui supportent des prothèses. Or, la prothèse qui a été fabriquée à partir d'une empreinte dentaire où

cette perte n'existait point, repose sur des crêtes alvéolaires presque plates, non retentrices et incompatibles avec la prothèse dentaire initiale. Ce phénomène est amplifié par le ballonnement d'une prothèse trop grande qui accélère cette perte osseuse tout comme le port d'un soulier trop grand irrite les tissus et crée des ampoules par le frottement fréquent de trop grande amplitude.

Une prothèse mal ajustée, en plus, occasionne une instabilité telle que la phonation en est grandement affectée et augmente la difficulté du bénéficiaire à communiquer adéquatement avec son entourage.

L'embarras qu'elle peut causer et l'apparence inesthétique engendrée peut aussi occasionner des problèmes de comportement et, à l'instar des difficultés d'ordre masticatoire, hypothéquer de façon appréciable la qualité de la vie de la personne âgée édentée.

3.1.3 Perte de la dimension verticale

La hauteur entre le maxillaire supérieur et la mandibule en présence de dents naturelles quand la bouche est fermée, représente une dimension verticale dite normale.

Les dents naturelles s'usent avec l'âge occasionnant une diminution graduelle de cette hauteur. Cette perte est aussi observée chez les porteurs de prothèses car les crêtes alvéolaires s'aplatissent (lyse osseuse) entraînant aussi une perte de la dimension verticale.

Ce problème est le moins connu des difficultés occasionnées par des prothèses inadéquates. L'étude de l'articulation de la mâchoire inférieure avec le crâne au niveau de l'oreille (articulation temporo-mandibulaire ou ATM) est relativement récente en médecine dentaire. Cependant, les problèmes occasionnés par une articulation anormale due à une perte de la dimension verticale, souvent insidieuse, ont fréquemment été attribués antérieurement à des causes médicales ou psychogènes.

Le port d'une prothèse dentaire qui enregistre une perte de l'os alvéolaire de plus de 5 mm, crée une compression du coussin cartilagineux (ménisque) entre la mandibule et

le crâne à sa jonction. Cette compression répétée et souvent progressive peut causer:

- 1- des maux de tête récurrents ou continus;
- 2- des douleurs dans la région des oreilles;
- 3- une perte d'équilibre au lever ou même durant la journée;
- 4- de l'irascibilité sans raison apparente; et
- 5- des douleurs diffuses où chemine le nerf trijumeaux (côté de la tête du sommet du crâne au cou, l'oeil, l'oreille, les mâchoires, les gencives et les glandes salivaires, la langue, le nez, le front, la musculature de la mastication, de la phonation et de la déglutition).

Ces problèmes, s'ils ne sont pas reconnus comme étant d'origine dentaire, sont souvent traités, sans succès, par une foule de médicaments pour les maux de tête, d'oreilles ou par des traitements otho-rhino-laryngologiques ou même psychiatriques.

Dans la plupart des cas où la perte de la dimension verticale normale a été diagnostiquée et corrigée par une prothèse dont la dimension verticale a été augmentée à sa hauteur normale, les symptômes disparaissent sans médicaments ou autres traitements médicaux.

Ces médications ou traitements taxent inutilement la santé déjà précaire des personnes âgées et peuvent ainsi être évités par un diagnostic dentaire adéquat et précoce.

3.1.4 Atrophie progressive des os des mâchoires

Comme mentionné plus haut, dans tous les cas, une atrophie des crêtes alvéolaires se produit progressivement sous une prothèse. Cette atrophie est proportionnelle aux forces de mastication exercées et à la durée du port de celle-ci. Pour compenser cette perte osseuse, il est recommandé de faire réadapter celle-ci dès qu'elle devient instable, qu'elle blesse, que la perte de dimension verticale dépasse 5 mm ou que sa rétention diminue. La période moyenne varie entre 3 et 5 ans. Pour atténuer les effets dus à la durée du port quotidien d'une prothèse, il est recommandé de ne pas la porter durant la nuit pour permettre aux tissus de se

reposer. En effet, non seulement la prothèse même sans être utilisée compresse-t-elle les tissus mais encore certaines personnes serrent des dents durant leur sommeil et empêchent le repos bien mérité de leurs gencives. Pour la nettoyer plus à fond et l'empêcher de se déshydrater et devenir plus cassante, il est recommandé de la faire baigner dans une solution nettoyante durant la nuit qui est la période de repos privilégiée. Ces recommandations prolongeront l'intervalle entre les rebasages et protégeront davantage contre l'atrophie trop rapide des os de la mâchoire.

Dans certains cas avancés d'atrophie de l'os de la mandibule, le nerf dentaire inférieur est si près de la gencive qu'aucune prothèse dentaire, aussi bien ajustée qu'il est possible de le faire, ne peut être portée. Cette condition est le résultat d'avoir attendu trop longtemps avant de réadapter une prothèse mal ajustée. Pour corriger ce problème, il faut alors procéder à une chirurgie délicate qui consiste à replacer le nerf dentaire dans un nouveau canal creusé dans l'os restant de la mandibule atrophie.

Pour une personne âgée et souvent malade, cette intervention chirurgicale n'est pas avisée car elle pourrait mettre sa santé en péril. Elle doit alors être nourrie comme un enfant et dans certains cas par perfusion.

Pour éviter ces conditions pénibles pour les bénéficiaires porteurs de prothèses, il est recommandé de rebaser les prothèses au plus tard aux cinq ans (rebasing: rectifier la surface en contact avec la muqueuse à l'aide d'une matière acrylique par cuisson ou par autopolymérisation).

3.2 Diagnostic des tissus mous et osseux de l'appareil bucco-dentaire

Le dentiste est plus accoutumé que le médecin à diagnostiquer les lésions sur les muqueuses. C'est lui le médecin de la bouche qui est spécialisé uniquement dans cette région précise du corps humain. Sa formation lui permet de reconnaître et de traiter presque toutes les lésions bucco-dentaires.

Certains problèmes dentaires ne peuvent être diagnostiqués que si l'anatomie de l'appareil bucco-dentaire et son fonctionnement sont bien connus.

Par exemple, les problèmes de diminution ou d'absence de salive dans la bouche (xérostomie), si fréquents chez les personnes âgées, suppriment l'élément indispensable à la rétention d'une prothèse dentaire, même adéquatement ajustée, et augmentent l'incidence de la carie des racines des dents restantes.

En effet, la salive sert à sceller et à retenir la prothèse en place en ne permettant pas à l'air de pénétrer entre celle-ci et la crête alvéolaire. Tout changement dans le flot salivaire entraîne une perte de rétention qui peut être remédiée dans certains cas par l'usage de salive synthétique artificielle. Certains médicaments occasionnent des effets secondaires qui diminuent la salive. L'ordonnance pourrait être changée, sans danger, par le médecin pour des médicaments équivalents qui n'affectent pas le flot salivaire.

De plus, un flot salivaire normal sert à diluer les acides formés dans la bouche par l'action des bactéries et des sucres contenus dans l'alimentation. Ces acides, s'ils ne sont pas dilués, attaquent la dent dans sa partie la plus vulnérable. Chez les personnes âgées, les racines des dents, non protégées par de l'émail et le plus souvent déchaussées, sont une cible idéale pour l'attaque de ces acides, les prédisposant à l'apparition de la carie radiculaire.

Ces caries sont fréquentes chez les personnes âgées non-édentées, sont causes de douleurs importantes les empêchant souvent de manger adéquatement, d'abcès dentaires hypothéquant davantage leur frêle santé, de bris de dents au niveau des racines nécessitant leur extraction et enfin l'édentation complète nécessitant la confection de prothèses dentaires difficiles à accepter et à porter à leur âge.

Dans les cas de radiothérapie dans la région de la tête et du cou, la xérostomie est importante et les caries des racines apparaissent inévitablement si des traitements aux fluorures topiques, une hygiène dentaire poussée et une diète pauvre en sucre ne sont pas institués avant, pendant et après le traitement.

Le cancer buccal ne forme que 5% de tous les cancers, mais il est parmi les plus débilissants. C'est pourquoi le dentiste joue un rôle important dans le diagnostic et la référence pour un

traitement précoce des lésions précancéreuses. Le dentiste peut, lors d'un examen bucco-dentaire à l'admission ou d'un examen dentaire annuel, les repérer et les diriger vers un chirurgien buccal ou un médecin chirurgien pour un diagnostic formel et son traitement.

Plus de 300 maladies intéressant l'organisme entier suscitent des symptômes dans la bouche. En effet, la bouche reflète la santé ou la maladie car ses tissus sont extrêmement délicats et très sensibles à toutes les manifestations systémiques (anémie, cardiopathie, SIDA, avitaminose, élévation de la température corporelle due à une infection hors de la bouche, etc.). De plus, les infections d'origine dentaire ont des manifestations systémiques au niveau de la tête, du cou, de la gorge, des poumons, du cœur, de l'estomac, du foie, des intestins, de la vessie, de la prostate, du système nerveux, du système sanguin, du système lymphatique, etc.

Le dentiste devient ainsi un collaborateur précieux pour le médecin car il peut souvent le diriger vers un diagnostic probable d'une manifestation buccale d'origine non-dentaire ou fournir une explication à une manifestation systémique d'origine dentaire.

Trop souvent, l'appareil bucco-dentaire est considéré comme un élément distinct et sans relation aucune avec le restant du corps humain. Cependant, le système nerveux, sanguin et lymphatique rencontrés dans la chambre pulpaire des dents, dans les gencives, dans les os du maxillaire et de la mandibule, dans les muscles de la mastication, de la phonation et de la déglutition ainsi que dans les glandes salivaires sont des éléments indissociables du corps humain et leur santé influence celle de tout l'organisme.

Il est regrettable que la santé dentaire a été sous-estimée jusqu'ici mais, peu à peu, son importance devient plus reconnue.

4- SERVICES DENTAIRE POUR LE BENEFICIAIRE QUI POSSEDE DES DENTS

Bien que la grande majorité des personnes âgées hébergées en centre d'accueil sont porteurs de prothèses dentaires, beaucoup possèdent encore des dents qui nécessitent des services dentaires d'ordre curatif ou de réadaptation.

La dentisterie gériatrique ne retient l'attention de la profession dentaire que depuis peu mais fait l'objet d'un développement vertigineux. Comme la profession médicale, nous réalisons nos lacunes aux problèmes spécifiques de santé dentaire et l'importance que ce groupe d'âge occupera en l'an 2000.

Les problèmes dentaires les plus souvent rencontrés chez les personnes âgées dentées sont la carie de la racine, les abcès dentaires, les gingivites et leurs complications qui sont illustrées dans le tableau suivant avec les causes probables et leurs traitements spécifiques.

Leurs principaux problèmes dentaires sont:

PROBLEME	CAUSE	TRAITEMENT
Carie de racine	Exposition de la racine due à la périodontite, xérostomie, diète riche en sucre, hygiène dentaire inadéquate.	Obturation, application topique de fluorures.
-----	-----	-----
Abcès de dent ou de racine	Carie dentaire pulpaire, bris de dent.	Extraction et curetage, traitement du canal dans certains cas.
-----	-----	-----
Gingivite, dent mobile, saignement, halitose (mauvaise haleine), suppuration	Tartre, hygiène dentaire inadéquate.	Prophylaxie sub-gingivale, enseignement de méthodes d'hygiène dentaire adaptées.

5- PRESENCE D'UN DENTISTE CONSULTANT

Aux Etats-Unis, chaque "Nursing Home" du type "skilled nursing facility" doit, de par la loi, s'adjoindre un dentiste consultant sinon leur subvention et leur permis peuvent leur être retirés. Ce n'est pas encore le cas au Québec mais un dentiste consultant peut être attaché à un ou plusieurs centres d'accueil, sans qu'il ne leur

en coûte un sou. En effet, tout dentiste rattaché à un centre d'accueil est rémunéré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et non par le centre d'accueil. Pourquoi donc si peu de centres d'accueil ne se prévalent-ils pas des services qu'un dentiste peut prodiguer à leurs bénéficiaires?

Il pourrait leur rendre de précieux services et participer avec le médecin et les autres professionnels de la santé à l'amélioration de la santé et la qualité de vie de leurs bénéficiaires. Certains de ces services sont les suivants:

Examen dentaire complet à l'admission de chaque bénéficiaire pour établir son bilan dentaire et évaluer ses besoins en services dentaires afin de libérer le médecin de cette tâche et améliorer la valeur du diagnostic porté. Il pourra établir un diagnostic précoce d'une condition bucco-dentaire anormale ou encore évaluer l'état des dents, des gencives ou des prothèses afin de lui éviter les problèmes énumérés ci-haut par des services de prévention (diagnostic, consultation), curatifs (restauration, chirurgie, traitement de canal et de gencives), de réadaptation (prothèse fixe ou amovible) et une référence immédiate pour un traitement précoce à un dentiste spécialiste ou encore à un médecin généraliste ou spécialiste. Il pourra ainsi participer avec le médecin traitant à la prévention de traitements d'urgence et à la détérioration de la santé générale du bénéficiaire.

Examen annuel périodique pour s'assurer, advenant la détérioration de sa condition bucco-dentaire, qu'il soit référé rapidement pour un traitement précoce.

Consultation ponctuelle sur demande d'un médecin pour fins diagnostiques.

Personne-ressource pour le personnel préposé aux bénéficiaires afin d'instaurer un programme d'hygiène bucco-dentaire ou prothétique (nettoyage des dents et des prothèses) et un programme d'identification des prothèses (méthode simple et peu coûteuse d'identifier les prothèses afin d'éviter de les mélanger ou de les égarer).

Urgence dentaire; diagnostic, traitement ou référence.

Examen dentaire des personnes âgées inscrites au centre de jour afin de les référer le plus tôt possible pour traitement avant qu'elles deviennent les futurs bénéficiaires dans le centre d'accueil.

Avec un plus grand nombre de dentistes diplômés au Québec, ceux-ci acceptent de plus en plus de sortir de leur cabinet pour exercer leur profession dans des établissements comme les centres d'accueil, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les centres hospitaliers, les universités, etc. Une étude récente faite au niveau d'un département de santé communautaire (Verdun) a révélé que 62% des dentistes de ce territoire seraient prêts à oeuvrer dans les centres d'accueil.

6- COUT DES SERVICES DENTAIRES

La main-d'oeuvre existe, la rémunération du dentiste consultant ne grève pas le budget d'opération des centres d'accueil, les besoins dentaires insatisfaits sont énormes et les traitements sont justifiés. Où est donc l'obstacle? Serait-ce le coût des traitements dentaires? C'est présenter un faux problème, car le coût est à la charge des bénéficiaires.

Pour ceux qui ont suffisamment de revenus, cela ne pose pas de problèmes. Pour ceux qui sont les plus démunis et qui bénéficient du supplément de revenu garanti, selon la directive de la Circulaire NP-6-1977, intitulée "Besoins spéciaux des personnes en hébergement", laquelle dit que:

"En ce qui concerne les autres besoins spéciaux, notamment les lunettes, les appareils auditifs, les soins et les prothèses dentaires, l'établissement peut payer une partie du coût dans la mesure où le bénéficiaire aura contribué selon des règles tenant compte du revenu mensuel du supplément de revenu garanti et une échelle de pourcentage pré-établie."

Les sommes utilisées pour ces besoins spéciaux, en autant qu'elles sont justifiées, sont réservées à ces fins. Le dentiste consultant est le professionnel de la santé le plus qualifié pour établir cette justification pour tous les services dentaires à prescrire. De plus, les autres professionnels de la santé visés par cette directive ne seront pas privés des argents alloués aux services dentaires puisque le budget alloué aux besoins spéciaux est renouvelable. Même s'il ne l'était pas, leur bien-être et l'amélioration de leur santé dentaire les rallieraient à l'importance de leur participation à ce projet pour le plus grand bien de leurs bénéficiaires.

La faute n'est donc pas imputable aux honoraires dentaires mais, pour le bénéficiaire qui les défraie lui-même, à l'importance qu'il accorde à sa santé dentaire.

Or, cette situation va perdurer tant et aussi longtemps que le dentiste sera absent des centres d'accueil car il reste le plus qualifié pour expliquer l'importance de conserver une bonne santé dentaire aux bénéficiaires ainsi qu'au personnel d'un centre d'accueil.

7- ABSENCE DE FACILITES DENTAIRES

Un autre obstacle est l'absence généralisée de facilités dentaires dans les centres d'accueil et l'obligation de transporter les bénéficiaires par ambulance dans un cabinet dentaire facilement accessible ou le plus souvent dans un hôpital.

7.1 Usage des facilités existantes

La plupart des centres d'accueil possèdent déjà, souvent sans le réaliser, des facilités qui peuvent être facilement adaptées et utilisées par un dentiste:

- la chaise utilisée pour la coiffure peut servir de chaise dentaire;
- l'appareil pour aspirer les sécrétions peut servir à succionner la salive durant un traitement ou le sang dans un cas de chirurgie dentaire;
- la bonbonne d'oxygène avec son masque peut servir en cas de défaillance respiratoire lors d'un traitement dentaire;
- l'autoclave peut servir pour la stérilisation des instruments dentaires;
- les serviettes, abaisse-langues, gazes, écuillons, gobelets jetables, savons, liquides antiseptiques et antibactériens, etc.

Le dentiste d'autre part, en 1986, peut transporter la plupart de ses instruments pour accomplir la majorité des traitements tels que pour:

- l'examen dentaire, sauf pour la prise de radiographies;
- la prophylaxie dentaire, sauf pour l'appareil à ultrasons;
- les obturations temporaires, sauf pour fraiser (nettoyer) la carie dentaire et obturer avec un matériau permanent;

- le traitement des canaux, sauf celui nécessitant la radiographie;
- la chirurgie buccale (extraction de dent ou de racine) sauf la chirurgie complexe nécessitant un tour (drille) à haute ou à basse vitesse;
- la prise d'empreinte de prothèse partielle ou complète, sauf pour la confection ou la réparation proprement dite qui se fait au laboratoire même en cabinet privé;
- le traitement de gencive sauf pour la chirurgie complexe.

Pour les autres traitements, comme la confection de couronnes, de ponts et le traitement d'orthodontie, les personnes âgées n'en ont pas souvent besoin. Cependant, pour recimenter un pont ou une couronne, le dentiste est en mesure de le faire dans un centre d'accueil.

C'est donc dire qu'un dentiste, même sans équipement dentaire comme dans son cabinet, peut exécuter les traitements les plus souvent requis par les bénéficiaires hébergés.

7.2 Usage d'un équipement dentaire complet et portatif

Il existe depuis quelques années de l'équipement dentaire complètement portatif. En effet, les progrès dus à la miniaturisation des équipements dentaires et à la baisse constante du poids et de son encombrement ont permis de concevoir des appareils légers, compacts et portatifs. Ainsi, un équipement dentaire complet et portatif peut être transporté dans une automobile compacte et être monté en moins d'une demi-heure soit au chevet d'un bénéficiaire dans l'impossibilité de se déplacer ou encore dans un local temporaire où sont dirigés les bénéficiaires autonomes ou semi-autonomes.

Cet équipement est aussi complet que celui habituellement présent dans un cabinet dentaire privé.

La chaise dentaire portative se monte et se démonte facilement et rapidement, n'occupe que l'espace d'une valise moyenne, ne pèse que 65 livres (29,5 kgs) et se transporte dans un étui muni de poignées.

La lumière dentaire à fibre optique retenue à un poteau fixé à la chaise se plie en deux et ne pèse que 8 livres (3,6 kgs).

L'unité dentaire démontable pesant 42 livres (19 kgs) possède un tour à basse et à haute vitesse, une seringue à eau, à air et à

jet d'air et d'eau, se remise dans une valise de grosseur moyenne.

Cette unité dentaire fonctionne à air comprimé et nécessite un petit compresseur à air alimenté par un courant alternatif de 110 volts et ne pèse que 45 livres (20,5 kgs).

L'appareil radiographique dentaire de 70 Kvp est divisé en deux sections: la première est une petite valise contenant la tête radiographie pesant 25 livres (11,2 kgs) ainsi que le cadran de minuterie: le second est le support avec son trépied qui se démonte en 4 parties et pèse 10 livres (5 kgs).

Pour développer les radiographies, une chambre noire portative de la grosseur d'une petite valise est utilisée et ne pèse que quelques livres.

Les autres items sont moins volumineux et plus légers et se transportent facilement: une têtère qui se fixe à un fauteuil roulant; l'amalgamateur pour les restaurations permanentes; un stérilisateur à bille pour le traitement de canal; une lumière de tête pour traiter les personnes alitées; etc.

Les petits instruments dentaires usuels (miroirs, explorateurs, seringues, davières, scalpels, etc.) sont transportés dans des valises de la dimension d'un gros coffre de pêche.

Ainsi équipé, n'importe quel dentiste peut exercer dans un centre d'accueil tous les services dentaires normalement exécutés dans son cabinet privé. Le coût de cet équipement spécialisé ne représente cependant que la moitié de celui d'un équipement dentaire complet fixe.

Comme il est reconnu que pour occuper un dentiste à plein temps il lui faut une clientèle minimum de 1 500 patients réguliers et actifs, il ne serait pas justifiable que chaque centre d'accueil n'hébergeant pas autant de bénéficiaires acquiert un tel équipement pour son usage exclusif. En effet, quoiqu'un équipement dentaire portatif complet ne nécessite pas un local réservé uniquement aux fins dentaires et qu'il peut se remiser dans un local de rangement, il serait plus avantageux que plusieurs centres d'accueil se le partagent entre eux. Ainsi, le coût d'achat serait réparti entre un groupe de centres d'accueil d'un territoire donné (D.S.C., C.R.S.S.S.) et profiterait à un plus grand nombre de bénéficiaires.

Comme mentionné auparavant, plusieurs dentistes sont prêts à exercer leur profession en centre d'accueil et leur recrutement ne devrait pas causer de problème.

Ce procédé ne serait pas unique au Canada ni aux Etats-Unis. L'université de Toronto, en effet, utilise de l'équipement dentaire portatif depuis 1980 pour former ses étudiants-dentistes dans les centres d'hébergement pendant les deux semaines obligatoires qui font partie de leur curriculum et de leur stage de quatrième année. Il en est de même dans plusieurs universités américaines (Washington, Californie du Sud, U.C.L.A., Iowa, etc.). Au Québec, l'université McGill opère un tel service auprès de certains centres d'accueil dans le cadre de la formation de leurs futurs gradués sous la surveillance d'un professeur.

Ces services dentaires pourraient aussi être offerts aux personnes retenues à domicile en raison d'un handicap physique ou mental ou encore suite à une intervention chirurgicale ou à une maladie nécessitant une convalescence prolongée.

8- CONCLUSION

La profession dentaire demeure réaliste face à la situation déplorable de l'état bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en centre d'accueil. En effet, pour un grand nombre de ces bénéficiaires, même si le dentiste pouvait leur prodiguer des services dentaires de première qualité sans égard à leur coût, ils ne leur sont pas recommandés. Leur état de détérioration physique et mentale est tel que des traitements dentaires sont à déconseiller. Cependant, pour les autres bénéficiaires, les services dentaires devraient leur être disponibles comme le sont les services médicaux.

La place du dentiste dans un centre d'accueil est justifiée et elle le sera davantage dans les années futures. En effet, à mesure que les personnes âgées de 65 ans et plus se succéderont, elles conserveront de plus en plus leurs dents et recourront de moins en moins aux prothèses dentaires. Ce phénomène se produit actuellement aux Etats-Unis et en Europe et malgré notre retard à reconnaître l'importance de maintenir une bonne santé dentaire durant toute notre vie, bientôt nos "jeunes vieux" exigeront non seulement une espérance de vie plus longue mais aussi en meilleure santé. Cette meilleure qualité de vie doit inclure la santé dentaire.

Même si les bénéficiaires hébergés aujourd'hui en centre d'accueil ne réalisent pas jusqu'à quel point leur qualité de vie et leur santé générale sont affectées par le mauvais état de leur santé dentaire, nous ne pouvons plus feindre notre ignorance à leur état.

Un programme de santé dentaire est réalisable et nécessaire dans chaque centre d'accueil et il devient urgent de prendre nos responsabilités dans ce dossier.

Les dentistes sont prêts à intervenir, mais il reste à leur ouvrir les portes des centres d'accueil.

★

★

★

ANNEXE II

Copie du questionnaire et du "Répertoire des dentistes du territoire du DSC Verdun".

QUESTIONNAIRE

Praticien général: oui ☐ non ☐ Si non, quelle spécialité: _____

Nom _____ Prénom(s) _____

Adresse au bureau: _____ Tél: _____

A) Pouvez-vous recevoir de nouveaux patients-enfants? oui ☐ non ☐
Si oui, combien par mois? _____

B) Veuillez spécifier le(s) groupe(s) d'âge que vous préférez traiter:
1 - 6 ☐ 7 - 12 ☐ 13 - 18 ☐

C) Acceptez-vous de traiter les bénéficiaires de l'aide sociale?
oui ☐ non ☐

Si oui, quel(s) service(s) dentaire(s) êtes-vous en mesure de leur offrir?

Préventif ☐ Curatif ☐ Prosthodontique ☐ Chirurgical ☐ Autre ☐
Spécifiez _____

D) Avez-vous déjà traité des personnes handicapées? oui ☐ non ☐

Si oui, nommez les types de personnes handicapées que vous avez traitées soit occasionnellement, soit fréquemment en vous référant aux chiffres correspondant aux différents handicapés de la question E)

occasionnellement: _____

fréquemment: _____

E) Accepteriez-vous de traiter des personnes handicapées?

oui ☐ non ☐

Si oui, cochez les cases correspondant au type de personnes handicapées que vous seriez prêt à traiter:

1. Auditif: sourd ☐ sourd-muet ☐ autre _____

2. Cardiopathie: accident cérébro-vasculaire ☐ angine ☐

hypertension ☐ hypotension ☐ pontage(s) ☐

porteur de "pacemaker" ☐ autre _____

3. Dystrophie musculaire: commentaire _____
4. Epilepsie: petit mal ☐ grand mal ☐ autre _____
5. Hémophilie: commentaire _____
6. Infirmité physique: polio ☐ amputation ☐ autre _____
7. Moteur: plégie; hémi ☐ para ☐ quadra ☐ autre _____
8. Porteur de prothèse ou d'orthèse (béquille, cane, chaise roulante, marchette, tripode), autre _____
9. Paralysie cérébrale: commentaire _____
10. Problème psychiatrique: léger ☐ moyen ☐ lourd ☐
commentaire _____
11. Retard mental: léger ☐ moyen ☐ lourd ☐
12. Sclérose en plaque: commentaire _____
13. Sous-diaplyse: commentaire _____
14. Sénéilité: commentaire _____
15. Trouble du métabolisme: diabète ☐ hyper. ☐ hypothyroïdie ☐
autre _____
16. Visuel: demi-voyant ☐ aveugle ☐ autre _____
17. Personne âgée en perte d'autonomie: ☐
18. Autre maladie handicapante non énumérée: _____

F) Combien de patients handicapés seriez-vous prêt à recevoir par mois?
Aucun ☐ 1-4 ☐ 5-9 ☐ 10 et plus ☐

G) Veuillez spécifiez le(s) groupe(s) d'âge de personnes handicapées que vous préféreriez traiter?
1-6 ☐ 7-12 ☐ 13-18 ☐ 18-35 ☐ 36 et plus ☐

H) Quel service dentaire pouvez-vous offrir aux personnes handicapées?
Prévention ☐ Diagnostique ☐ Dentisterie opératoire ☐
Endodontie ☐ Périodontie ☐ Chirurgie ☐ Prosthodontie ☐
Orthodontie ☐ Autre ☐ Spécifiez _____

I) Est-ce que votre cabinet dentaire est accessible en chaise roulante?

- ☐ Très accessible (porte 32", pas de marche, corridor 4', toilette 5' X 5', chaise dentaire avec accoudoir escamotable, etc...)
- ☐ Accessible avec de l'aide
- ☐ Non accessible

J) Quel type de sédation utilisez-vous?

Locale ☐ I.V. ☐ Générale ☐ Analgésie ☐ Orale ☐ Autre ☐
Spécifiez _____

K) Etes-vous attaché à un hôpital et/ou à une clinique universitaire?

Nom de l'hôpital et/ou de la clinique _____

L) A qui référez-vous les patients difficiles à traiter?

Nom _____ Adresse: _____

Tél: _____ Spécialité: _____

M) Seriez-vous prêt à faire des visites à domicile ou en établissement?

oui ☐ non ☐

Si oui, quel type de clientèle accepteriez-vous de traiter?

Personnes alitées ☐ âgées ☐ Handicapées ☐

N) Possédez-vous de l'équipement dentaire portatif? oui ☐ non ☐

Si oui, décrivez: _____

O) Quel type de collaboration espérez-vous recevoir du département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun?

P) Quel type de collaboration pourriez-vous offrir au DSC du CH de Verdun?

Q) Suggestion ou commentaire: _____

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!

Annexe II

Ressources... et Vous

LE MINISTRE
DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

LE MINISTRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DU TRAVAIL

LE MINISTRE
DE LA SANTÉ

XB 86-22
(cd.ex.2)

RECHERCHE

Jean-Robert Vincent, D.D.S.
Agent de programmation en santé dentaire

MAQUETTE

Christiane Lupien
Agent de techniques éducatives

ÉDITION, DISTRIBUTION

Département de santé communautaire
Centre hospitalier de Verdun
4000, boul. LaSalle
VERDUN, Qc [H4G 2A3]

(514) 765-7315

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque nationale du Québec
Troisième trimestre 1986

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Méthode de classification

7

Les dentistes de LaSalle

11

- . Tableau 1 - A à G
- . Tableau 2 - G à S
- . Tableau 3 - T à Z

Les dentistes de Verdun

17

- . Tableau 1 - A à G
- . Tableau 2 - G à M
- . Tableau 3 - M à W

Les dentistes de Ville-Énard/Côte-St-Paul

23

- . Tableau 1 - A à P
- . Tableau 2 - P à Z

Les dentistes de Pointe-St-Charles

27

- . Tableau 1 - A à Z

INTRODUCTION

Ce répertoire des dentistes de LaSalle, Verdun, Côte-St-Paul, Ville-Émard et Pointe-St-Charles s'adresse principalement à tous ceux qui travaillent auprès des enfants de moins de 12 ans, des personnes âgées, des personnes handicapées et des bénéficiaires de l'aide sociale et leurs enfants.

L'objectif premier de cet ouvrage est de vous faire connaître les dentistes qui travaillent sur le territoire du DSC de Verdun ainsi que les services dentaires qu'ils offrent aux gens auprès de qui vous œuvrez.

Nous ne prétendons pas que ce répertoire soit complet. Il est bien possible que certains dentistes aient été oubliés ou que les données les concernant soient inexactes ou incomplètes. De plus, les renseignements contenus dans ce répertoire ont été compilés en août 1986. Depuis, des modifications ont pu être faites sans nous être communiquées. Voilà pourquoi nous croyons qu'il serait préférable de communiquer avec le dentiste choisi pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

Afin de corriger ces erreurs, nous vous prions de nous communiquer par écrit ou par téléphone les modifications ou additions qui vous sembleront pertinentes, car une mise à jour pourra être faite s'il y a lieu.

En terminant, nous tenons à remercier tous ceux et celles qui de près ou de loin nous ont permis de réaliser ce répertoire et plus particulièrement nous désirons remercier tous les dentistes qui ont bien voulu répondre au questionnaire que nous leur avons fait parvenir. Sans leur aide, la compilation de ces données aurait été impossible.

Jean-Robert Vincent, D.D.S.
Agent de programmation en santé dentaire

MÉTHODE DE CLASSIFICATION

Les dentistes sont regroupés selon le territoire où ils exercent et sont inscrits sur leur tableau respectif par ordre alphabétique. Vous retrouverez ainsi trois (3) tableaux pour LaSalle; quatre (4) pour Verdun; deux (2) pour Côte-St-Paul, Ville-Émard et un (1) pour Pointe-St-Charles.

Les tableaux sont divisés en quatre blocs principaux.

Les premier et deuxième blocs servent à l'identification du dentiste:

- . Est-il généraliste ou spécialiste?
- . Quelle est la clientèle qu'il dessert?
 - . les 12 ans et moins;
 - . les bénéficiaires de l'aide sociale et leurs enfants;
 - . les 65 ans et plus;
 - . les personnes avec un handicap léger;
(i.e. surdité, demi-voyance, retard mental léger, problème psychiatrique léger, cardiopathie légère, petit mal, sous-dialyse, diabète, hypo ou hyperthyroïdie, infirmité physique, amputation, porteur de prothèse ou orthèse, perte d'autonomie légère, etc.)
 - . les personnes avec un handicap moyen;
(i.e. sourd-muet, problème psychiatrique moyen, retard mental moyen, aveugle, sénilité débutante, cardiopathie moyenne, grand mal, accident cérébro-vasculaire, dystrophie musculaire, hémiparésie ou parapésie, sclérose en plaques débutante, perte d'autonomie moyenne, etc.)
 - . les personnes avec un handicap lourd;
(i.e. problème psychiatrique profond, retard mental profond, hémophilie, quadriplégie, paralysie cérébrale avancée, perte d'autonomie complète (grabataire), sclérose en plaques avancée, etc.)

Le troisième bloc nous indique si son cabinet est accessible en fauteuil roulant.

- . très accessible;
(i.e. porte de 32"(80 cm), aucune marche, corridor de 4'(1.2 m), toilette de 5' X 5'(1.5 m X 1.5 m), fauteuil dentaire avec accoudoir escamotable, etc.)
- . assez accessible;
(i.e. avec de l'aide, quelques marches, demande un transfert dans le fauteuil dentaire, etc.)

- . non-accessible;
(i.e. porte trop étroite, 2^e étage ou plus sans élévateur, etc.)

Le 4^e bloc quant à lui, nous renseigne sur les services qu'il offre en cabinet et hors cabinet.

- . selon la clientèle;
- . tous;
- . la plupart.

Le 5^e bloc nous indique si le dentiste est prêt à offrir sa disponibilité hors cabinet dans les endroits suivants:

- . les centres hospitaliers:
 - . de courte durée;
 - . de longue durée;
 - . psychiatriques.
- . les centres d'accueil:
 - . d'hébergement;
 - . de réadaptation.
- . les services de maintien à domicile:
 - . de LaSalle;
 - . de Verdun;
 - . de Ville-Émard/Côte-St-Paul;
 - . de Pointe St-Charles.

Le dernier bloc nous permet d'inscrire certaines précisions concernant un ou l'autre des dentistes, comme par exemple, l'institution à laquelle il est rattaché.

Finalement, le regroupement de ces données par territoire et le type de reliure vous permettent de retirer le ou les tableaux qui vous concernent et de les afficher, afin d'avoir facilement sous les yeux les renseignements que vous cherchez.

AVIS IMPORTANT

Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

LASALLE (1)

LEGENDE

- ☒ : oui
☐ : non
 ● consultation en cabinet
 ○ consultation hors cabinet

	GÉNÉRALISTE	SPÉCIALISTE	CLIENTÈLE NOUVELLE						ACCESSIBILITÉ FAUTEUIL ROULANT			SERVICES OFFERTS			CONSULTATIONS HORS CABINET							PRÉCISIONS
			12 ans et moins	aide sociale	65 ans et plus	avec handicap léger	avec handicap moyen	avec handicap lourd	très accessible	assez accessible	non-accessible	selon la clientèle	tous	la plupart	CENTRES HOSPITALIERS	CENTRES D'ACCUEIL	À DOMICILE					
Dr Alain Babin 366-3738-3739 8702 rue Centrale #103 LASALLE, Québec H8P 1N6													●	○								AVIS IMPORTANT Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les serv. qu'il offre.
Dr Suzanne Boivin 365-7434 7630 rue Centrale LASALLE, Québec H8P 1K9													●	○								
Dr Gaston-G. Bouchard 365-8455 7738 rue Centrale LASALLE, Québec H8P 1M1														●								Non disponible présentement pour des services hors cabinet.
Dr Suzanne Cardin 366-3927 7630 rue Centrale LASALLE, Québec H8P 1K9																						
Dr Raymond Carole 366-6458 7816 boul. Champlain LASALLE, Québec H8P 1B3													●	○								Enseigne au Centre hospitalier Ste-Justine.
Dr Nicole Croteau 366-3738 8702 rue Centrale suite 102-103 LASALLE, Québec H8P 1N6														○								
Dr Guy D'Aoust 366-3252 1500 rue Dollard #301 LASALLE, Québec H8N 1T5														●								Accepte les personnes demeurant près du cabinet.
Dr Edouard D'Entremont 365-1989 7580 rue Centrale #3 LASALLE, Québec H8P 1K5														●								
Dr Shashi K. Dewan 363-2654 7017 rue Airline LASALLE, Québec H8R 2A4														●								
Dr Alyce D. Fincher 364-3366 424 rue Dollard #106 LASALLE, Québec H8N 1S6														○								
Dr Percival-M. Goulet 366-3927 7630 rue Centrale LASALLE, Québec H8P 1K9														○								

LASALLE (2)

LÉGENDE

 : oui
 : non

- consultation en cabinet
- consultation hors cabinet

		CLIENTÈLE NOUVELLE										ACCESSIBILITÉ PATIENTS MOUVANT			SERVICES OFFERTS			CONSULTATIONS HORS CABINET								PRÉCISIONS	
		12 ans et moins	aide sociale	65 ans et plus	avec handicap léger	avec handicap moyen	avec handicap lourd	très accessible	assez accessible	non-accessible	selon la clientèle	tous	la plupart	CENTRES HOSPITALIERS		CENTRES D'ACCUEIL		À DOMICILE									
Dr Jean-Luc Gravel	363-7414																							Avis important Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.			
Dr Guy Le Hays	366-3640																										
Dr Paul-Ernest Meloche	366-1073																										
Dr André Russellville	366-3640																										
Dr Denis Paquette	367-0300																										
Dr Hélène Paquette	367-0300																										
Dr Daniel Perron	366-1532																										
Dr Jean Piché	366-3738-3739																										
Dr Gabriel Richard	366-4564																										
Dr André-Y. Savé	366-1961																										
Dr Philip Stulginski	364-4658																										

LASALLE (3)

LEGENDE

- ☒ oui
☐ non
 ● consultation en cabinet
 ○ consultation hors cabinet

Dr. Ronald Trifiro 365-4087
 1925 boul. Newman
 LASALLE, Québec H8N 2N9

Dr. Diane Vignault 367-1204
 1735 boul. Shevchenko
 LASALLE, Québec H8N 1P6

GÉNÉRALISTE

SPÉCIALISTE

CLIENTÈLE NOUVELLE

12 ans et moins
 aide sociale
 65 ans et plus
 avec handicap léger
 avec handicap moyen
 avec handicap lourd

ACCESSIBILITÉ FAUTEUIL ROULANT

très accessible
 assez accessible
 non-accessible

SERVICES OFFERTS

selon la clientèle
 tous
 la plupart

CONSULTATIONS HORS CABINET

CENTRES HOSPITALIERS
 CENTRES D'ACCUEIL
 À DOMICILE
 courte durée
 longue durée
 psychiatriques
 hébergement
 réadaptation
 LaSalle
 Verdun
 Ville-Émard
 Côte-St-Paul
 Pointe-St-Charles

PRÉCISIONS

AVIS IMPORTANT
 Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

VERDUN (1)

ÉGENDE

 : oui  : non

 consultation en cabinet
 consultation hors cabinet

			CLIENTÈLE NOUVELLE						ACCESSIBILITÉ FAUTEUIL ROULANT			SERVICES OFFERTS			CONSULTATIONS HORS CABINET									PRÉCISIONS		
			12 ans et moins	aide sociale	65 ans et plus	avec handicap léger	avec handicap moyen	avec handicap lourd	très accessible	assez accessible	non-accessible	selon la clientèle	tous	la plupart	CENTRES HOSPITALIERS			CENTRES D'ACCUEIL		À DOMICILE						
	GÉNÉRALISTE	SPECIALISTE													courte durée	longue durée	psychiatriques	hébergement	réadaptation	LaSalle	Verdun	Ville-Édouard Côte-St-Paul	Pointe-St-Charles			
Dr M. Argyrakis 761-6131 6875 boul. Lasalle VERDUN, Québec H4H 1R3														● ○										Rattaché au Centre hospitalier Dougl		
Dr Milaire Arseneau 767-7277 6195 avenue Verdun suite 22 VERDUN, Québec H4G 1L7																										
Dr Yvon Bessudoin 769-7566 1805 avenue Verdun #330 VERDUN, Québec H4G 1K8														●												
Dr Alban Cadieux 768-1131 5650 avenue Verdun VERDUN, Québec H4H 1L5																										
Dr Pierre Choquette 761-2955 4080 rue Wellington apt 7 VERDUN, Québec H4G 1V4														●												
Dr Jean-Marie Demers 769-1651 5567 avenue Verdun VERDUN, Québec H4H 1L2													○	●												
Dr Michel Demers 769-1651 5575 avenue Verdun VERDUN, Québec H4H 1L2													○	●												
Dr Ludovic Demers 766-9991 5872 rue Bannantyne VERDUN, Québec H4H 1H3																										
Dr Bich-Chau Do 768-3550 5875 rue Wellington VERDUN, Québec H4G 1V1																										
Dr Jeanne-Nicole Fallis 767-4070 4627 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1M6																										
Dr Michel Gossel 761-4597 5061A rue Wellington VERDUN, Québec H4G 1V6													●													

AVIS IMPORTANT
 Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

VERDUN (2)

LÉGENDE

-  oui
  non
- consultation en cabinet
 ○ consultation hors cabinet

		GÉNÉRALISTE	SPÉCIALISTE	CLIENTÈLE NOUVELLE						ACCESSIBILITÉ FACTEUR BOULANT			SERVICES OFFERTS			CONSULTATIONS HORS CABINET								PRÉCISIONS			
				12 ans et moins	aide sociale	65 ans et plus	avec handicap léger	avec handicap moyen	avec handicap lourd	très accessible	assez accessible	non-accessible	selon la clientèle	tous	la plupart	centres hospitaliers	centres d'accueil	À DOMICILE			LaSalle	Verdun	Ville-Émard	Côte-St-Paul	Pointe-St-Charles		
Dr Paul Gosselin	767-4070													●	○												
4677 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1M6																											
Dr Robert Girard	766-8788														●												
5011 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1N5																											
Dr Cyrille-L. Desrosiers	768-1191														●												
5450 avenue Verdun VERDUN, Québec H4H 1L5																											
Dr Line Gauthier	765-3458														●												
5011 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1N5																											
Dr S.-Pierre Hébert	768-2781																										
5360 avenue Verdun VERDUN, Québec H4H 1K4																											
Dr Roger R. Leduc	767-2120														●												
5011 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1N5																											
Dr Pierre-A. Joly	767-4220														●												
1982 rue Wellington #106 VERDUN, Québec H4G 1Y3																											
Dr Gilles Kervennec	767-4070																										
4677 avenue Verdun VERDUN, Québec H4G 1M6																											
Dr Pierre-K. Laplante	768-9657																										
41 rue De l'Eglise VERDUN, Québec H4G 2L8																											
Dr Pierre Martin	767-9911														●												
5140 rue Wellington VERDUN, Québec H4G 1Y3																											
Dr Elliot Macneil	768-2586																										
1 Place du Commerce #100 111-115-5000, De H4E 1A3																											

AVIS IMPORTANT
 Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

Chargé de cours en pédiodontie,
 Université de Montréal

Orthodontiste

● consultation en cabinet
○ consultation hors cabinet

Ne reçoit pas de nouveaux clients.

**VILLE-ÉMARD/
CÔTE-ST-PAUL (1)**

LÉGENDE

 : oui  : non

- consultation en cabinet
○ consultation hors cabinet

[illegible]

PRÉCISIONS

AVIS IMPORTANT

Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

Other donor lists

Ne reçoit pas de nouveaux clients.

Rattaché au CHSP Ville-Eclair et à la
Résidence Yvon-Brunet

**VILLE ÉMARD/
CÔTE-ST-PAUL (2)**

ÉGENDE

 : oui  : non

- consultation en cabinet
- consultation hors cabinet

Dr Marie-Reine Perreault 761-4501
7667 rue Allard
MONTREAL, Québec H4E 2L7

Dr Sylvie Vallée 767-6313
7800 rue Allard
MONTREAL, Québec H4E 2M1

GÉNÉRALISTE
SPÉCIALISTE

CLIENTÈLE NOUVELLE

12 ans et moins
aide sociale
65 ans et plus
avec handicap léger
avec handicap moyen
avec handicap lourd

**ACCESSIBILITÉ
FAUTEUIL ROULANT**

très accessible
assez accessible
non-accessible

**SERVICES
OFFERTS**

selon la clientèle
tous
la plupart

CONSULTATIONS HORS CABINET

CENTRES HOSPITALIERS
CENTRES D'ACCUEIL
À DOMICILE
courte durée
longue durée
psychiatriques
hébergement
réadaptation
LaSalle
Verdun
Ville-Émard
Côte-St-Paul
Pointe-St-Charles

PRÉCISIONS

AVIS IMPORTANT
Dans tous les cas, il est nécessaire de communiquer avec le dentiste pour connaître de façon spécifique les services qu'il offre.

Rattaché à la Résidence Yvon-Brunet

PTE ST-CHARLES (1)

LÉGENDE

 : oui  : non

- consultation en cabinet
○ consultation hors cabinet

[illegible]

CLIENTÈLE NOUVELLE								
12 ans et moins								
aide sociale								
65 ans et plus								
avec handicap léger								
avec handicap moyen								
avec handicap lourd								

[illegible][illegible][illegible][illegible]

ANNEXE III

Copie des "Protocoles dentaires".

**PROCOLES DENTAIRES
POST-OPÉRATOIRES**

POUR LA

**CLINIQUE MOBILE
DE
SANTÉ DENTAIRE
DU
SUD-OUEST**

**Service de médecine dentaire préventive
Département de santé communautaire
Centre hospitalier de Verdun**

TABLE DES MATIERES

	Page
Responsabilités du service infirmier.....	1
Instructions post-opératoires selon le type de traitement dentaire	
1. Traitement de dentisterie opératoire (obturation ou "plombage").....	1
1.1. Sensibilité au chaud ou au froid.....	1
1.2. Surocclusion (obturation trop haute).....	2
1.3. Restauration (obturation) tombée ou fracturée.....	2
1.4. Suite à un traitement nécessitant l'anesthésie locale.....	2
2. Prothèse dentaire.....	3
2.1. Irritation ou ulcère causé par une prothèse dentaire.....	3
2.2. Occlusion dentaire défectueuse.....	3
2.3. Prothèse dentaire qui ne tient plus.....	3
3. Chirurgie dentaire ou buccale (extraction de dent ou de racine ou chirurgie maxillo-faciale).....	4
3.1. Durant les heures qui suivent l'intervention.....	4
3.2. Durant la journée qui suit l'intervention.....	5
4. Hémorragie dentaire.....	6
5. Douleur d'origine dentaire.....	7
6. Enflure, température, nausée et vomissement.....	7
7. Gerçure des lèvres.....	7
8. Oedème.....	8
9. Décoloration.....	8
10. Écoulement sanguin.....	8
11. Trismus musculaire à la mâchoire (difficulté à ouvrir la bouche).....	9

RESPONSABILITÉS DU SERVICE INFIRMIER

Le service infirmier aura la responsabilité de connaître les instructions post-opératoires décrites ci-après et de suivre les protocoles qui y sont détaillés. Il aura aussi la responsabilité d'avertir le dentiste traitant ou, s'il n'est pas disponible, un des dentistes du service dentaire mobile; ou encore, en cas d'urgence grave où l'état de santé du bénéficiaire est en jeu, le médecin traitant ou de garde. Cette condition est décrite dans le texte suivant, identifiant le degré d'urgence dentaire d'un bénéficiaire. Le service infirmier sera aussi responsable d'avertir le dentiste traitant des traitements prodigués par ce dernier ou des soins administrés par un médecin en son absence.

INSTRUCTIONS POST-OPÉRATOIRES SELON LE TYPE DE TRAITEMENT DENTAIRE

1. TRAITEMENT DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE (obturation ou "plombage")

1.1. SENSIBILITÉ AU CHAUD OU AU FROID

Un peu de sensibilité au chaud ou au froid est normal dans les heures qui suivent un traitement. Si cette sensibilité au chaud ou au froid devenait inconfortable pour le bénéficiaire, une prescription d'analgésique peut être utilisée pour atténuer cette sensation désagréable. Si le bénéficiaire ne bénéficie pas déjà d'une ordonnance préétablie en cas de douleur, il faudra alors avertir le dentiste ou le médecin traitant pour rédiger la prescription. Ce malaise devrait apparaître au dossier médical du bénéficiaire. Si cette sensibilité persiste plusieurs jours ou semaines, il faut en avertir le dentiste traitant à sa prochaine visite. Elle ne constitue pas une urgence dentaire grave.

1.2. SUROCCLUSION (obturation trop haute)

Si la restauration (obturation) est trop haute, elle peut incommoder le bénéficiaire. Cette situation doit être corrigée par le dentiste mais ne constitue pas une urgence dentaire grave. Elle peut être corrigée par un dentiste en ajustant l'occlusion dans les jours suivants le traitement par un meulage sélectif de l'obturation insérée. Avertir le dentiste traitant le plus tôt possible.

1.3. RESTAURATION (obturation) TOMBÉE OU FRACTURÉE

S'il n'y a pas de douleur importante associée à la perte de l'obturation ou d'irritation de la langue ou des joues par des rebords coupants, le dentiste traitant en est averti lors de sa prochaine visite pour que cette situation puisse être corrigée. S'il y a de la douleur, un membre du personnel infirmier peut placer une boulette stérile de coton sur la surface exposée de la dent en attendant la visite du dentiste. Si cette procédure ne peut être exécutée par le personnel infirmier, un analgésique peut être administré après consultation avec le dentiste ou le médecin traitant, s'il ne possède pas d'ordonnance préalable. Dans tous les cas avertir le dentiste traitant le plus tôt possible. Cette situation ne constitue pas une urgence dentaire grave.

1.4. SUITE À UN TRAITEMENT DENTAIRE NÉCESSITANT L'ANESTHÉSIE LOCALE

Si un traitement dentaire a nécessité l'usage d'un anesthésique local, les lèvres, les joues ou la langue sont quelquefois aussi anesthésiées pendant plusieurs heures (2 à 6 heures) après le traitement. Il faut avertir le bénéficiaire de ne pas se mordre les tissus anesthésiés car, malgré leur insensibilité due à l'anesthésie locale, les tissus ainsi mordus seront meurtris et très douloureux lorsque l'effet de l'anesthésique disparaîtra.

Dans le cas où le bénéficiaire se serait mordu, un corps gras (vaseline) peut être badigeonné sur la morsure et un sac de glace peut être appliqué sur le côté du visage où a eu lieu l'intervention pendant un maximum d'une demie-heure (1/2 heure) puis recommencer dix (10) minutes plus tard pour une autre demie-heure (1/2 heure) et ainsi de suite durant les prochaines quatre (4) heures; Cette situation, bien qu'impressionnante, ne constitue pas une urgence dentaire grave.

2. PROTHESE DENTAIRE

2.1. IRRITATION OU ULCERE CAUSÉ PAR UNE PROTHESE DENTAIRE

Il ne s'agit pas d'une situation d'urgence dentaire grave. La prothèse impliquée est retirée de la bouche mais elle doit être portée au moins deux (2) heures avant la visite du dentiste pour qu'il puisse repérer avec plus de facilité la zone d'irritation.

2.2. OCCLUSION DENTAIRE DÉFECTUEUSE

Lorsque le bénéficiaire a de la difficulté à fermer la bouche durant la mastication avec une ou des prothèses dentaires, cette situation est inconfortable mais elle n'est pas considérée une urgence dentaire grave car il suffit de ne pas le(s) porter. Le dentiste traitant doit être averti lors de sa prochaine visite.

2.3. PROTHESE DENTAIRE QUI NE TIEN PLUS

Avertir le dentiste traitant lors de sa prochaine visite. Cette situation n'est pas une urgence dentaire grave.

3. CHIRURGIE DENTAIRE OU BUCCALE (extraction de dent ou de racine ou chirurgie maxillo-faciale)

3.1. DURANT LES HEURES QUI SUIVENT L'INTERVENTION

Il faut veiller à ce que le bénéficiaire:

- ne crache pas, ni ne rince la bouche afin de ne pas nuire à la formation d'un caillot sanguin;
- garde les compresses (gazes 2X2) stériles au site de l'intervention en fermant les dents ou la bouche sur celles-ci pour exercer une pression favorisant la coagulation. Les compresses sont gardées au moins pendant les deux (2) premières heures après l'intervention en les changeant à toutes les demies-heures (1/2 heures) Si après ce temps, le saignement persiste, il faut utiliser des compresses jusqu'à l'arrêt du saignement ;
- applique un sac de glace sur le côté du visage où a eu lieu l'intervention pendant un maximum d'une demie-heure (1/2 heure) et recommencer dix (10) minutes plus tard pour une autre demie-heure (1/2 heure) et ainsi de suite durant les prochaines quatre (4) heures;
- ne mange pas durant les quatre (4) heures suivant l'intervention et qu'ensuite, il suive une diète molle et s'abstienne de manger sur le site de l'intervention jusqu'à la formation d'un caillot sanguin solide (4 à 5 jours après l'intervention);
- évite de boire des liquides chauds. Il est préférable de boire des liquides froids et d'attendre quatre (4) heures après l'intervention ou après l'arrêt du saignement avant de boire;
- évite le brossage de ses dents naturelles. Il est préférable d'utiliser une serviette humide pour se nettoyer la bouche durant les 24 premières heures.

- évite de se coucher à plat. Le bénéficiaire doit garder la tête élevée et utiliser deux (2) ou trois (3) oreillers pour dormir.
- évite le surmenage.
- évite de toucher aux points de sutures s'il y en a. Avertir le dentiste traitant si un ou des points de sutures se défont;
- prenne la ou les médications prescrites.

Le service infirmier enregistrera les signes vitaux dans son dossier médical aux quinze (15) minutes jusqu'à la stabilisation de son état.

3.2. DURANT LA JOURNÉE SUIVANT L'INTERVENTION

Il faut veiller à ce que le bénéficiaire:

- mette de la chaleur humide sur le côté de son visage où l'intervention a eu lieu pendant vingt (20) minutes à toutes les heures afin de diminuer l'enflure jusqu'à sa disparition;
- maintienne une bonne nutrition. S'il ne peut mastiquer confortablement, il doit boire beaucoup de liquides;
- rince sa bouche régulièrement avec de l'eau salée (si le sel est permis) (1/2 c. à thé de sel dans un verre d'eau tiède);
- nettoie délicatement ses dents naturelles ou sa bouche après le repas, y compris la région de l'intervention et les points de sutures, s'il y en a, avec une serviette humide.

Si une légère douleur est présente, un analgésique peut être prescrit par le dentiste ou le médecin traitant, si le bénéficiaire ne bénéficie pas déjà d'une ordonnance préalable en cas de douleur. Si la douleur est importante et que l'analgésique utilisé s'avère impuissant à calmer la douleur, avertir le dentiste traitant **immédiatement** car bien qu'une légère douleur lors de la journée suivant l'intervention ne soit pas considérée comme une urgence dentaire grave, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une complication (type: alvéolite sèche) qui pourrait mener à une urgence dentaire grave.

4. HÉMORRAGIE DENTAIRE

4.1. Faire mordre le bénéficiaire sur des compresses stériles ou encore sur un sachet de thé placé sur le site de l'hémorragie.

4.2. Appliquer un sac à glace sur le visage du côté de l'hémorragie pendant un maximum d'une demie-heure (1/2 heure) à la fois et recommencer dix (10) minutes plus tard pour une autre demie-heure (1/2 heure) et ainsi de suite pour les prochaines quatre (4) heures, ou jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie s'il arrive avant.

4.3. Tenir la tête du bénéficiaire dans une position verticale afin de favoriser l'arrêt de l'hémorragie.

4.3. Si la condition du bénéficiaire ne s'améliore pas après une période de 4 à 6 heures, il faut immédiatement avertir le dentiste traitant, ou un des dentistes du service dentaire mobile, ou encore le médecin de garde car cette condition est considérée une urgence dentaire grave.

5. DOULEUR D'ORIGINE DENTAIRE

5.1. Si un analgésique n'a pas été prescrit ou s'avère insuffisant pour faire disparaître la douleur, il faut en avertir le dentiste traitant, ou le médecin de garde, afin de décider soit d'augmenter la médication, soit de la changer. Avertir le plus tôt possible le dentiste traitant si la douleur persiste mais cette condition ne constitue pas une urgence dentaire grave.

5.2. Lorsque le bénéficiaire, en plus de la douleur, présente aussi soit une enflure importante, soit une température élevée, soit de la nausée ou du vomissement il faut se reporter au protocole numéro 6 qui suit. Dans ce cas, la condition est considérée une urgence dentaire grave et il faut immédiatement avertir un dentiste du service dentaire mobile ou le médecin traitant ou de garde.

6. ENFLURE, TEMPÉRATURE, NAUSÉE OU VOMISSEMENT

Si une enflure est localisée dans une région bucco-dentaire, ou que la température du bénéficiaire s'élève au-dessus de 39C (101F), ou qu'il souffre de nausée ou de vomissement, il faut immédiatement avertir le dentiste traitant, ou un dentiste du service dentaire mobile ou encore le médecin traitant ou de garde. Cette condition est considérée une urgence dentaire grave.

7. GERÇURE DES LEVRES

Appliquer un corps gras (Vaseline) avec une compresse stérile sur le site de la gerçure. Cette condition n'est pas une urgence dentaire grave.

8. OEDEME

L'oedème est une réaction normale suite au traumatisme d'une intervention dentaire chirurgicale qui est plus marquée la 2^{ième} et la 3^{ième} journée, mais qui diminue les jours suivants. Suivre les indications décrites sous 3.2. **DURANT LA JOURNÉE SUIVANT L'INTERVENTION.** N'avertir le dentiste traitant que si l'oedème persiste plus que trois (3) jours. Cette condition n'est pas considéré comme une urgence dentaire grave.

9. DÉCOLORATION

Une décoloration noire, jaune ou bleue peut apparaître au niveau de certaines régions du visage après une intervention dentaire chirurgicale. Ceci n'est pas une ecchymose mais le résultat d'un écoulement sanguin bénin entre les tissus et ne nécessite pas de traitement particulier. Cette décoloration disparaîtra d'elle-même dans les jours suivants. L'utilisation d'une compresse humide et chaude peut accélérer sa disparition. Cette condition n'est pas une urgence dentaire grave.

10. ÉCOULEMENT SANGUIN

Un léger écoulement sanguin peut durer quelques jours et être la cause d'une légère tâche rosée que l'on remarque sur l'oreiller du bénéficiaire. Elle n'est d'aucune signification et ne nécessite aucun traitement spécifique. Le caillot sanguin est souvent dilué par la salive sans pour cela l'altérer. Si l'écoulement persiste, avertir le dentiste traitant mais cette condition n'est pas une urgence dentaire grave.

11. TRISMUS MUSCULAIRE À LA MACHOIRE (difficulté à ouvrir la bouche)

Il arrive parfois que le bénéficiaire éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche après une intervention dentaire chirurgicale. Aucun traitement n'est nécessaire si la situation se résorbe dans les jours suivant l'intervention. Dans le cas où cette condition persiste ou empire, il faut alors avertir le dentiste traitant, ou le médecin de garde. Cette condition n'est pas une urgence dentaire grave.

N.B. DANS LE CAS OU UNE CONDITION DENTAIRE NE SERAIT PAS ÉNUMÉRÉE CI-HAUT, LE SERVICE INFIRMIER DOIT DEMANDER LA MARCHE À SUIVRE AU DENTISTE TRAITANT, OU À UN DENTISTE DU SERVICE DENTAIRE MOBILE.

ANNEXE IV

Copie du "Système comptable".

© 1989 S.S. DENY (f) CUSTOM - 40093070

[illegible]

Anders IV

[illegible]

SAFEGUARD FORM J - DENT CUSTOM - 40033070 © 1989
 1200 WEST 73RD AVE.
 VANCOUVER, B.C.
 V6P 6G5
 (604) 226-1320

5788 COOPERS AVE.
 MISSISSAUGA, ONT.
 L4Z 1R9
 (416) 880-2400

4700 DE LA SAVANNE
 MONTREAL, QUE.
 H4P 1T7
 (514) 731-5886

1 2 3 4
 5 6 7 8
 9 10 11 12

88 90
 91 92 93

RECU NO.	DATE			☐ MME ☐ M	NOM	PRENOM(S)	HONORAIRES	ETABLISSEMENT	SIGNATURE DU DENTISTE	
	AN	MOIS	JOUR							
										1
										2
										3
										4
										5
										6
										7
										8
										9
										10
										11
										12
										13
										14
										15
										16
										17
										18
										19
										20
										21
										22
										23
										24
										25
										26
										27
										28
										29
										30
										31
										32

TOTAL DES HONORAIRES

ANNEXE V

Copie d'une cédule horaire.

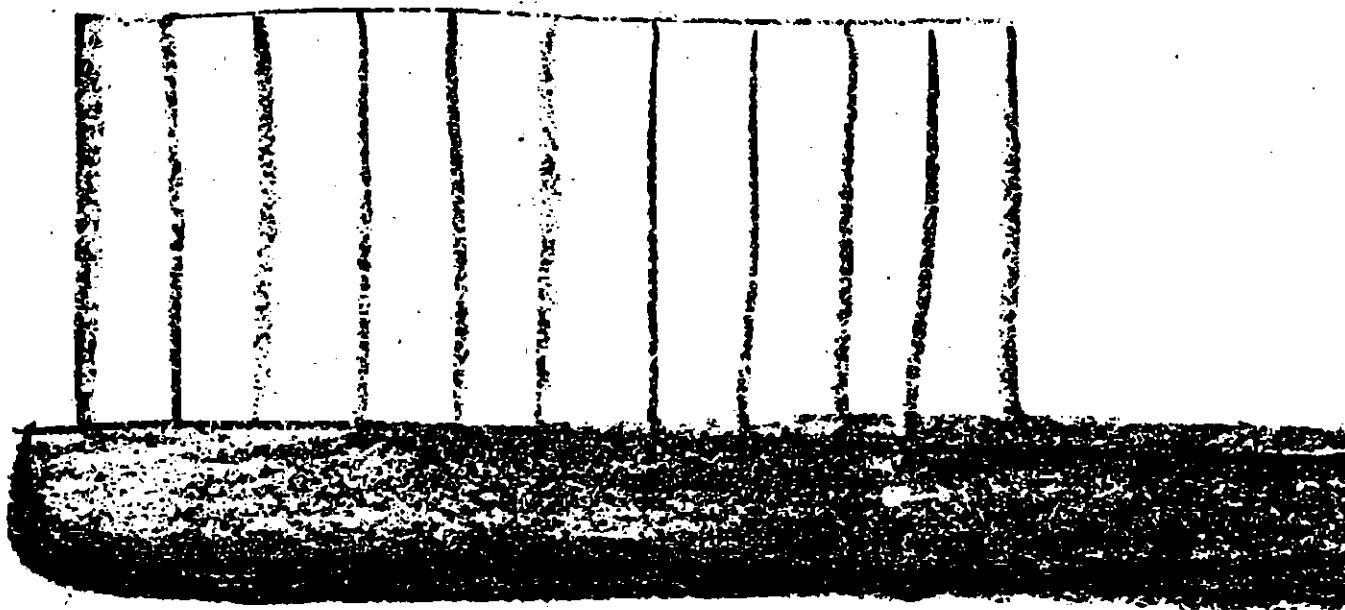
Grille horaire de la clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest: du 18 février au 27 avril
(Transport assuré par Mediacar 739-4169 ou 739-1898 ou 739-9675)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Etablissement	Personne-contact	Local/entrepôt
Mois Février 90	18 CA LaSalle AM Massicotte PM Massicotte	20 Manoir Verdun AM Khazen PM Khazen	21 Manoir Verdun AM Guertin PM	22 CA Réal-Morel AM Gravel PM Ranko	23 CA Réal-Morel AM Boudreau PM Boudreau	Hôpital Champlain 1350, Leclair Verdun	Lise William Jacques Filion 766-7411, ou 8513	Sous-sol Stérilisation
	26 Louis-Riel AM Massicotte PM Massicotte	27 Louis-Riel AM Khazen PM Khazen	28 Louis-Riel AM PM	1, 4e Nord AM Bolvin PM Ranko	2, 4e Nord AM Boudreau PM Boudreau	CA LaSalle 8686, Centrale LaSalle	Marguerite Delisle Abdel Malek 364-6700	Physio 2e étage
Mars 90	5 Champlain AM Ranko PM Massicotte	6 Champlain AM Formation PM Khazen	7 Champlain AM PM	8 Champlain AM Gravel PM Ranko	9 LaSalle AM Ranko PM Boudreau	CA Réal-Morel 3500, Wellington Verdun	Suzanne Côté 761-8874	Local 165 Rez de chaussée
	12 LaSalle AM Massicotte PM Massicotte	13 Louis-Riel AM Khazen PM Khazen	14 Manoir Verdun AM Guertin PM	15 Réal-Morel AM Bolvin PM Ranko	18 CA Réal-Morel AM Boudreau PM Boudreau	CH Verdun (4e N) 4000, boul. Lasalle Verdun	Colombe Mahsu 765-8121 poste 4251	Local 4e Nord (face salon de gériatrie active)
	19 Louis-Riel AM Massicotte PM Massicotte	20 Louis-Riel AM Khazen PM Khazen	21 Louis-Riel AM PM	22, 4e Nord AM Gravel PM Ranko	23, 4e Nord AM Boudreau PM Ranko	Manoir Verdun 5500, boul. Lasalle Verdun	André Tremblay Lise Emond 769-8801	Local 105
	26 Champlain AM Ranko PM Massicotte	27 Champlain AM Formation PM Khazen	28 Champlain AM PM	29 Champlain AM Bolvin PM Ranko	30 LaSalle AM Ranko PM Boudreau	CA Louis-Riel 2120, Augustin- Cantin, Montréal	Sylvie Lafamme Claudette Nadeau 931-2283	3e étage (face poste infirmière)
Avril 90	2 LaSalle AM Massicotte PM Massicotte	3 Manoir Verdun AM Khazen PM Khazen	4 Manoir Verdun AM Guertin PM	5 CA Réal-Morel AM Gravel PM Ranko	8 Réal-Morel AM Boudreau PM Boudreau	Dentistes	Tél. travail	Tél. résidence
	9 Louis-Riel AM Massicotte PM Massicotte	10 Louis-Riel AM Khazen PM Khazen	11 Louis-Riel AM PM	12, 4e Nord AM Bolvin PM Ranko	13, 4e Nord AM Boudreau PM Boudreau	Dr E. Bergeron Dr S. Bolvin Dr J.L. Gravel Dr P. Massicotte Dr M. Guertin Dr D. Nasr Ranko Dr E. Khazen Dr N. Boudreau	937-8251 363-0238 ou 7414 363-0238 ou 7414 474-4177 767-2254 767-6543 846-9786 340-3524	655-68 457-69 457-69 276-93 637-00 327-41 331-16 731-74
	16 Champlain AM Ranko PM Massicotte	17 Champlain AM Formation PM Khazen	18 Champlain AM PM	19 Champlain AM Gravel PM Ranko	20 LaSalle AM Ranko PM Boudreau	Coordonnateurs		
	23 LaSalle AM Massicotte PM Massicotte	24 Manoir Verdun AM Khazen PM Khazen	25 Manoir Verdun AM Guertin PM	26 CA Réal-Morel AM Bolvin PM Ranko	27 CA Réal-Morel AM Boudreau PM Boudreau	Dr E. Bergeron Dr J.R. Vincent	765-7315 (2909)	655-6813 957-6311 (page)

ANNEXE VI

Copie de la couverture, de la table des matières du Guide de l'intervenant intitulé **"La santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées"** ainsi que d'un **bon de commande** pour se le procurer.

Annexe VI



**La santé
bucco-dentaire
des personnes âgées
hébergées**



**Département
de santé
communautaire**

**Centre
hospitalier
de Verdun**

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION

A	LES ENQUÊTES QUÉBÉCOISES SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES	10
B	QUELQUES NOTIONS GÉNÉRALES SUR L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES	21
C	L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DES BÉNÉFICIAIRES AUTONOMES	29
D	L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DES BÉNÉFICIAIRES EN PERTE D'AUTONOMIE	42
E	L'IDENTIFICATION DES PROTHÈSES DENTAIRES DES BÉNÉFICIAIRES HÉBERGÉS	50
F	LES EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS SUR LA BOUCHE	63
G	LA NUTRITION ET LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	83
H	L'ORGANISATION DES SERVICES DE SOINS BUCCO-DENTAIRES CURATIFS	99



Département
de santé
communautaire

Centre
hospitalier
de Verdun

4000, boul. LaSalle
VERDUN (Québec)
H4G 2A3
765-7315

Le 16 octobre 1987

À L'INTENTION DES INTERVENANTS EN SANTÉ DENTAIRE

Madame, Monsieur,

Le Département de santé communautaire du Centre hospitalier de Verdun est heureux de vous annoncer la publication d'un nouveau manuel intitulé

**"LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES:
GUIDE DE L'INTERVENANT"**

Cet ouvrage répond à des besoins déjà exprimés par les intervenants qui oeuvrent dans les centres d'accueil d'hébergement et les centres hospitaliers de soins prolongés du Québec. En effet, à l'occasion d'une étude réalisée par le DSC Verdun sur les besoins dentaires des personnes âgées hébergées en établissement, le personnel chargé de veiller à la santé bucco-dentaire des bénéficiaires âgés avait souligné l'existence de divers problèmes dans ce domaine.

Plusieurs établissements désiraient ajouter des programmes de formation en hygiène dentaire pour leur personnel travaillant auprès des personnes âgées. Certains intervenants avaient aussi manifesté le besoin de disposer d'une méthode simple et peu coûteuse d'identifier les prothèses dentaires des bénéficiaires. D'autres souhaitaient qu'on leur facilite l'accès à des thérapeutes dentaires intéressés à traiter les personnes âgées. Les intervenants voulaient aussi être mieux informés sur les effets secondaires, pour la bouche, des médicaments couramment consommés et connaître davantage l'apport d'une bonne santé dentaire sur la nutrition et le choix des aliments.

Ce manuel sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées a pour but de répondre à ces besoins et aussi de sensibiliser les intervenants et les bénéficiaires eux-mêmes aux bienfaits qu'une bonne santé dentaire apporte à leur santé globale. Il vise à permettre qu'un jour chaque bénéficiaire hébergé, quel que soit son état dentaire actuel, puisse jouir d'une bouche saine qui le rendra à l'aise pour manger et parler et l'aidera à maintenir sa dignité dans la vieillesse.

Vous trouverez ci-joint un feuillet descriptif et un bon de commande.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération.

Le Directeur,

Roger Cadieux, MD

BON DE COMMANDE



La santé
bucco-dentaire
des personnes âgées
hébergées



Veillez faire parvenir à

Nom : _____ **Prénom** : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

**La santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées:
Guide de l'intervenant**

en _____ exemplaires @ 18,00 \$ = _____ \$

Paiement : Faire parvenir un chèque à l'ordre de:
DSC - Centre hospitalier de Verdun

Information: Dr Marcel Tenenbaum, (514) 765-7315

Adresse : Département de santé communautaire
a/s Dr Marcel Tenenbaum
Centre hospitalier de Verdun
4000, boul. LaSalle
VERDUN, QC
H4G 2A3

E 4495

Centre hospitalier de Verdun.

AUTEUR
GUIDE D'ORGANISATION D'UN SERVICE
DENTAIRE MOBILE D'APRES L'EXPERIEN-
CE DE LA CLINIQUE MOBILE...

AUTEUR
GUIDE D'ORGANISATION D'UN SERVICE
DENTAIRE MOBILE D'APRES L'EXPERIEN-
CE DE LA CLINIQUE MOBILE...

1309-01 C. Manner

E 5981

Ex. 2

[illegible]

