



PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015

Bilan régional des activités 2012-2013





PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015

Bilan régional des activités 2012-2013



PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE 2005-2015 – Bilan régional des activités 2012-2013
est une production de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal.

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
(514) 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

Auteur : Martin Généreux
Mise en forme : Charles Tétrault

Note :

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est
utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne à la section Publications
du site Web de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé
et des services sociaux de Montréal : www.dsp.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013

ISBN 978-2-89673-329-3 (En ligne)
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

MOT DU DIRECTEUR

Dans la foulée de la publication du Programme national de santé publique (PNSP) en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié, en mai 2006, le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (PASDP) qui a été prolongé jusqu'en 2015. Ce dernier est complémentaire aux activités prévues dans le cadre du PNSP et comprend la poursuite des activités actuelles de santé dentaire publique (dépistage et suivi préventif individualisé des enfants à risque élevé de carie dentaire) et la dispensation d'agents de scellement dentaire pour les jeunes de 5 à 15 ans. Cet ouvrage propose également d'amorcer l'intégration des activités de santé dentaire à l'approche *École en santé*. De plus, le PASDP vise aussi à promouvoir et à soutenir des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 0 à 4 ans et à leur famille.

Le présent bilan s'inscrit ainsi dans le suivi des activités du PASDP déployées régionalement en milieu scolaire. Il permettra d'apprécier le type et le nombre d'activités actuellement réalisées avec les ressources dont dispose le réseau montréalais en santé dentaire publique. Il permettra également de mieux se positionner au regard des changements appréhendés, tant dans la structure du réseau de santé que dans les activités qui seront conduites dans les années à venir.

Je souhaite que ce document soit utile au maintien et à l'amélioration des actions de prévention et d'éducation pour la santé buccodentaire des enfants montréalais.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Richard Massé'.

Richard Massé, M.D.

RÉSUMÉ

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait, en mai 2006, le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP). Ce plan d'action se veut un document complémentaire au Programme national de santé publique 2003-2015, soutenant notamment la poursuite des activités actuelles (dépistage systématique et suivi préventif individualisé des enfants admissibles selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire à la maternelle) et la dispensation d'agents de scellement dentaire pour les jeunes de 5 à 15 ans.

Dans la région de Montréal, le PASDP est implanté dans les douze CSSS et la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles (Clin. comm. de Pte-St-Charles).

Les données proviennent de la banque du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) hébergée à la Direction de l'analyse et de la gestion de l'information de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces données couvrent la période du 15 août 2012 au 24 août 2013, soit la période scolaire 2012-2013, pour les 12 CSSS de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. Elles ont permis de tracer un portrait de l'application de certaines activités régionales du PASDP.

On observe que, sauf une exception, l'ensemble des CSSS de Montréal procède au dépistage buccodentaire systématique de tous les enfants de niveau maternelle des écoles publiques. Parmi les enfants dépistés en maternelle, 26,5 % d'entre eux sont identifiés à risqué élevé de carie dentaire selon le critère national de classification. Par ailleurs, 70,1 % des enfants identifiés à risqué élevé en maternelle bénéficient d'un premier suivi préventif individualisé (SPI) en maternelle, alors qu'en moyenne, 69,8 % des enfants bénéficiant d'un premier SPI en reçoivent un deuxième au cours de la même année scolaire.

On note enfin que 3,8 % des enfants (n=593) de deuxième année ont bénéficié d'un dépistage du besoin évident de traitement et du besoin d'agents de scellement. Parmi ces enfants, 67,6 % (n=401) ont été identifiés comme ayant besoin d'agents de scellement; de ce nombre, 292 en ont reçu.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du directeur	i
Résumé	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	v
Introduction	1
Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP)	1
Implantation à Montréal.....	1
Bilan passé	1
Aperçu du présent bilan.....	2
Méthode	2
Collecte des données	2
Analyse	2
Résultats.....	3
Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans).....	3
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)	3
Suivi préventif individualisé	3
Application d'agents de scellement de puits et fissures.....	4
Discussion	11
Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans).....	11
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)	12
Suivis préventifs individualisés (SPI)	13
Application d'agents de scellement de puits et fissures.....	14
Conclusion	15

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Niveau maternelle 4 ans, dépistage buccodentaire, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants présentant une expérience évidente de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	5
Tableau 2 : Niveau maternelle, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	6
Tableau 3 : Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, par niveau et au total, nombre total estimé d'enfants bénéficiant d'un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	7
Tableau 4 : Niveau 2 ^e année, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, nombre d'enfants ayant besoin d'agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement à d'autres niveaux scolaires, nombre d'enfants ayant bénéficié d'un suivi de la qualité, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	9

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Niveau maternelle, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	7
Figure 2 : Suivi préventif individualisé (SPI), estimé du nombre d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire ayant un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.	9
Figure 3 : Niveau maternelle, évolution du pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, Montréal, 1998-1999, 2003-2004, 2007-2008, 2012-2013	12

INTRODUCTION

Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 (PASDP)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publiait, en mai 2006, le PASDP. Ce plan d'action se veut un document complémentaire au Programme national de santé publique 2003-2015, soutenant la poursuite des activités actuelles (dépistage systématique et suivi préventif individualisé des enfants admissibles selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire à la maternelle) et la dispensation d'agents de scellement de puits et de fissures pour les jeunes de 5 à 15 ans. Le PASDP propose également l'intégration des activités de santé dentaire à l'approche *École en santé* et la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives destinées aux enfants de 0 à 4 ans et à leur famille.

Implantation à Montréal

Bien que la mise en œuvre des activités montréalaises du PASDP soit relativement uniforme, son degré d'implantation peut varier selon les ressources professionnelles en place, les besoins spécifiques de la population des territoires des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les choix et orientations des établissements. Ces variations sont parfois susceptibles d'influencer certaines données du bilan. Les résultats présentés dans le cadre du présent bilan doivent donc être abordés et interprétés en gardant à l'esprit les variations existantes selon les établissements, dans le soutien et la mise en œuvre du PASDP. Dans la région de Montréal, le programme est implanté dans les douze CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Pour les besoins de concertation et de coordination rencontrés dans l'implantation du PASDP, le Comité de santé dentaire publique de Montréal (CSDPM) a été mis sur pied. Il a pour but de « favoriser, sur le territoire de Montréal, la réalisation harmonieuse des activités prévues dans le cadre des plans d'action régionaux et locaux de santé dentaire publique, activités qui découlent de la mise en œuvre du PASDP ». Ce comité joue un rôle consultatif pour la Table régionale de santé publique de Montréal, ainsi qu'au secteur Tout-petits – Jeunes de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP de l'Agence de Montréal). Cependant, selon les thématiques abordées dans le cadre des travaux du CSDPM, notamment l'intervention auprès des enfants de 0-4 ans et de leur famille, des liens peuvent être établis avec d'autres structures régionales appropriées.

Bilan passé

Le dernier bilan régional des activités du PASDP 2005-2015 a été conduit pour l'année 2007-2008¹. Ce bilan a bénéficié d'une large diffusion, notamment auprès de l'ensemble des CSSS de Montréal.

¹ Généreux, Martin (2009). Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012, Bilan régional des activités 2007-2008. Montréal, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 75 p.

Aperçu du présent bilan

Le présent bilan régional présentera certaines données issues de l'application des activités du PASDP auprès des jeunes d'âge scolaire (incluant le niveau maternelle 4 ans). Ces données seront mises en contexte dans le cadre d'une courte discussion qui permettra de souligner certains points susceptibles de nourrir la réflexion au regard des orientations des activités régionales du PASDP.

MÉTHODE

Collecte des données

Les données proviennent de la banque du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) hébergée à la Direction de l'analyse et de la gestion de l'information de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces données couvrent la période du 15 août 2012 au 24 août 2013, soit la période scolaire 2012-2013, pour les 12 CSSS de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. Ces données ont été colligées et analysées à la DSP de l'Agence de Montréal.

Les effectifs scolaires qui ont servi au calcul de certaines proportions sont issus des données du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport au 30 septembre 2011.

Puisque les données du CSSS de la Pointe-de-l'Île étaient toutes dans la colonne « valeurs invalides ou absentes » du tableau de données soumis par la RAMQ, aucune analyse descriptive n'a pu être réalisée pour ce CSSS.

Analyse

Le présent rapport fait essentiellement l'objet d'une analyse descriptive. Par conséquent, les résultats seront présentés sous forme de tableaux, selon les territoires de CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. Cependant, ce type de présentation par établissement ne vise pas à établir une comparaison entre ces derniers. En effet, le volume d'activités ou d'interventions réalisées par un établissement est en lien avec un nombre trop important de variables pour que l'on soit en mesure de le relier à certaines caractéristiques locales, dont le volume de ressources humaines et matérielles.

RÉSULTATS

Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans)

Les élèves des classes de maternelle 4 ans bénéficient d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) dans une proportion de 55,5 % (voir tableau 1 page 5). Parmi ceux-ci, on note que 29,2 % sont atteints par la carie dentaire (à risque), et que 20,5 % présentent un BET, soit une cavitation évidente à l'œil nu.

Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)

Mis à part le CSSS de l'Ouest-de-l'Île (37,0 % des enfants de maternelle dépistés), l'ensemble des CSSS de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles procèdent au dépistage buccodentaire systématique de tous les enfants de niveau maternelle des écoles publiques (voir tableau 2 page 6). Ce dépistage permet en outre l'observation du besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET). À cet effet, 16,5 % des enfants dépistés en maternelle présentent un BET.

Le dépistage buccodentaire systématique permet également la sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé, selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. Ce critère s'applique lorsqu'on observe l'un des deux états suivants : sur les dents antérieures, la présence d'au moins une face de dent buccale ou proximale (sauf le distal des canines) obturée, cariée ou absente à cause de la carie, ou, sur les dents postérieures, la présence de deux faces proximales et plus de dents obturées, cariées ou absentes à cause de la carie.

Le nombre d'enfants rapportés comme étant à risque élevé de carie dentaire est de 3 708 (26,5 %) pour l'ensemble des 11 CSSS à l'étude (les données du CSSS de la Pointe-de-l'Île n'ont pu être analysées) et la Clin. comm. de Pte-St-Charles. On observe une variation importante selon les territoires, passant de 16,2 % pour celui du CSSS Jeanne-Mance à 30,7 % pour le CSSS de St-Léonard et St-Michel (voir figure 1 page 7).

Un ajout à la codification permet maintenant de distinguer les enfants ne présentant aucune évidence de carie dentaire (indemnes) des autres enfants. À cet égard, 60,8 % des enfants de maternelle sont indemnes à la carie dentaire (voir tableau 2 page 6).

Suivi préventif individualisé

Parmi les 3 708 enfants de maternelle classés à risque élevé de carie dentaire selon le critère national de classification, 2 933 d'entre eux (79,1 %) ont bénéficié d'un premier suivi préventif individualisé (SPI) en maternelle (voir tableau 3 page 8). Le nombre total de SPI pour l'ensemble des niveaux scolaires varie d'un CSSS à l'autre, passant de 694 pour le CSSS Jeanne-Mance à 1 942 pour le CSSS Bordeaux-Cartierville – St-Laurent. Le nombre estimé d'enfants bénéficiant d'un SPI varie également, passant de 370 pour le CSSS Jeanne-Mance à 1 141 pour le CSSS Bordeaux-Cartierville – St-Laurent (voir figure 2 page 9). La Clin. comm. de Pte-St-Charles présente évidemment moins de SPI (n=296) et moins d'enfants bénéficiant d'un SPI (n=184), puisqu'elle ne représente qu'un seul des anciens territoires de CLSC.

Au total, pour 11 CSSS sur 12 de la région de Montréal et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, ce sont 13 458 SPI qui sont réalisés et qui comprennent, entre autres, l'application topique de fluorure (mesure préventive efficace) et, parfois, l'application d'agents de scellement de puits et fissures (voir tableau 3 page 8).

En moyenne, pour les 11 CSSS à l'étude et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, 69,8 % des enfants ayant bénéficié d'un premier SPI bénéficient d'un deuxième SPI au cours d'une même année scolaire. Alors que le CSSS de La Montagne assure un deuxième SPI dans une proportion de 32,7 %, le CSSS de St-Léonard et St-Michel a pratiquement abandonné le deuxième SPI (voir tableau 3 page 8).

Application d'agents de scellement de puits et fissures

Le PASDP prévoit le dépistage buccodentaire systématique de l'ensemble des enfants de deuxième année. Ce dépistage a pour but d'identifier le BET ainsi que le besoin d'agents de scellement de puits et fissures. Pour l'ensemble des 11 CSSS étudiés et la Clin. comm. de Pte-St-Charles, 4,3 % des enfants de deuxième année ont bénéficié d'un dépistage (n=593). Parmi ces enfants, 401 (67,6 %) ont été identifiés comme ayant besoin d'agents de scellement; de ce nombre, 292 en ont reçu (voir tableau 4 page 10).

L'application d'agents de scellement prévoit également la conduite d'un suivi de la qualité pour les enfants qui ont reçu des agents de scellement. Ainsi, 229 enfants ont bénéficié d'un suivi de la qualité (58,9 % de tous les enfants ayant reçu un agent de scellement).

Tableau 1 : Niveau maternelle 4 ans, dépistage buccodentaire, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants présentant une expérience évidente de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Territoire de CSSS	Population totale⁽¹⁾ (MELS 2011)	Dépistés (# d'enfants)	À risque⁽²⁾ (%)	Indemnes⁽³⁾ (%)	BET⁽⁴⁾ (%)
Ahuntsic et Mtl-Nord	299	221	17,6	76,0	14,0
Bord.-Cartier. – St-Laurent	233	171	49,7	50,3	24,5
Cavendish	19	56	23,2	76,8	17,9
Cœur-de-l'Île	297	276	34,4	65,6	18,1
De la Montagne	931	295	19,0	81,0	19,0
Dorval-Lachine-LaSalle	0	0	0	0	0
Jeanne-Mance	257	216	26,4	73,6	16,2
Lucille-Teasdale	372	154	36,4	55,8	34,4
Ouest-de-l'Île	0	0	0	0	0
Pointe-de-l'Île ⁽⁵⁾	–	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
St-Léonard et St-Michel	398	27	40,7	59,3	25,9
Sud-Ouest – Verdun	215	192	29,2	70,3	17,7
Clin. comm. de Pte-St-Charles	84	116	31,0	69,0	17,2
Total	3 105	1 724	29,2	69,2	20,5

(1) Population totale : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour l'année 2011-2012 (septembre 2011). Le présent bilan faisant état des activités 2012-2013 du PASDP (un an plus tard), il se peut qu'il y ait plus d'enfants dépistés que d'enfants inscrits.

(2) À risque : normalement les codes 400, 600; le code 300 est utilisé dans le calcul parce qu'il est présumé que si l'enfant présente un BET, il a une expérience simple de carie dentaire évidente qui le place « à risque ».

(3) Indemnes : normalement le code 101; le code 100 est utilisé dans le calcul parce que certains CSSS l'utilisent encore et qu'il est présumé que ces enfants ne présentent pas de carie dentaire évidente puisque la notion de risque (400 et 600) est la présence simple de carie dentaire évidente; par contre, le code 102 n'est pas utilisé dans le calcul.

(4) BET : normalement le code 600; le code 300 est utilisé dans le calcul parce qu'il est présumé que le code 300 est véritablement un BET.

(5) CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Tableau 2 : Niveau maternelle, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire (à risque), pourcentage d'enfants sans expérience évidente de carie dentaire (indemnes), pourcentage d'enfants présentant un besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET), par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Territoire de CSSS	Population totale (MELS 2011)⁽¹⁾	Dépistés # d'enfants	À risque⁽²⁾ (%)	Indemnes⁽³⁾ (%)	BET⁽⁴⁾ (%)
Ahuntsic et Mtl-Nord	1679	1715	27,7	60,5	18,8
Bord.-Cartier. – St-Laurent	1391	1569	29,1	55,2	22,9
Cavendish	951	1058	23,5	68,1	8,4
Cœur-de-l'Île	940	835	23,0	66,2	14,4
De la Montagne	1779	1694	29,0	n.d.	16,5
Dorval-Lachine-LaSalle	1256	1345	27,2	62,6	19,0
Jeanne-Mance	703	816	16,2	70,8	13,2
Lucille-Teasdale	1413	1489	24,1	64,1	15,2
Ouest-de-l'Île	1983	734	23,8	57,9	8,0
Pointe-de-l'Île ⁽⁵⁾	–	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
St-Léonard et St-Michel	1469	1504	30,7	59,8	16,0
Sud-Ouest – Verdun	1019	1028	28,1	46,5	19,6
Clin. comm. de Pte-St-Charles	119	205	29,8	58,0	23,4
Total	14 702	13 992	26,5	60,8	16,5

(1) Population totale : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour l'année 2011-2012 (septembre 2011). Le présent bilan faisant état des activités 2012-2013 du PASDP (un an plus tard), il se peut qu'il y ait plus d'enfants dépistés que d'enfants inscrits.

(2) À risque : codes 400, 600.

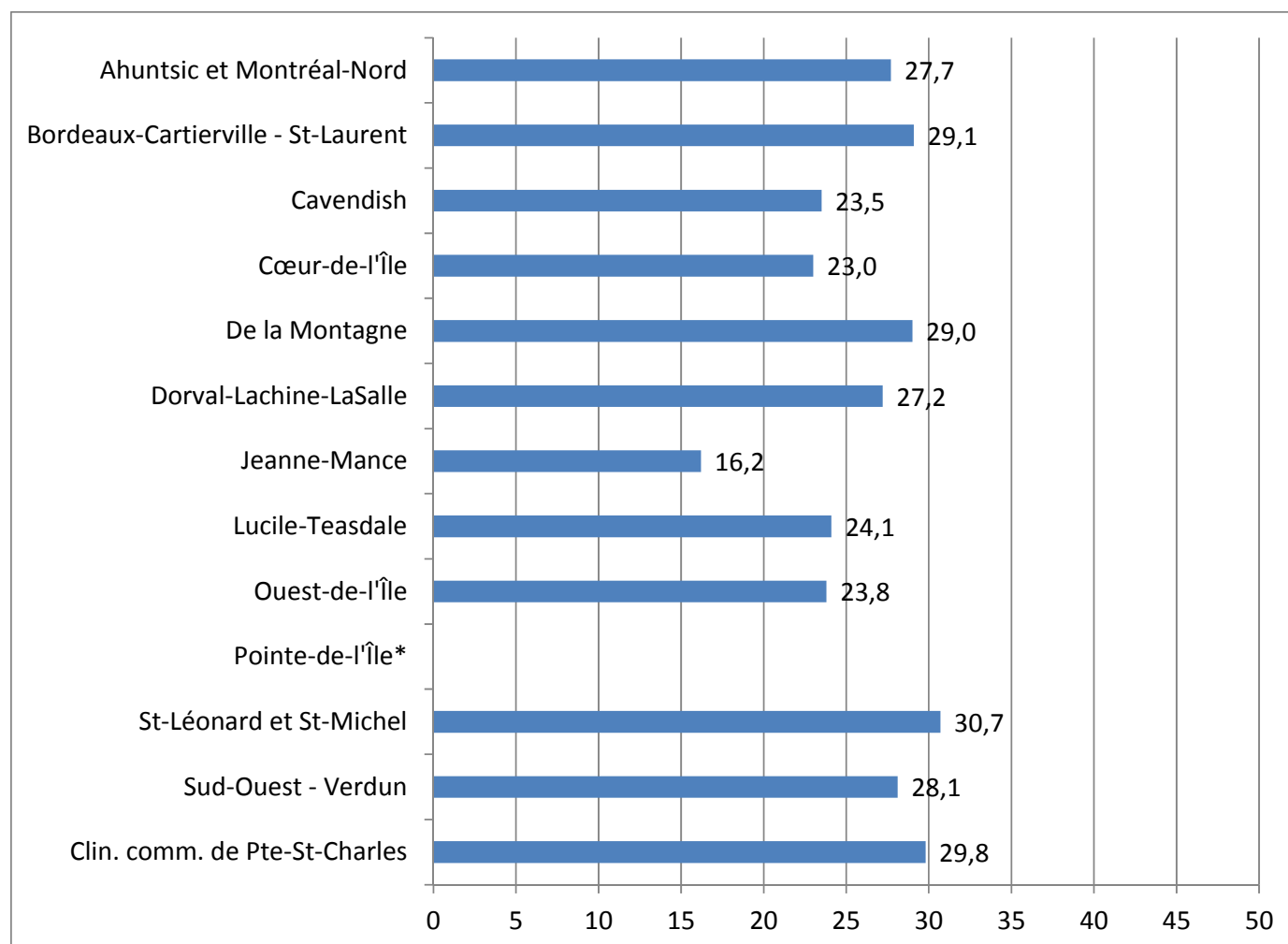
(3) Indemnes : code 101.

(4) BET : codes 300 et 600.

(5) CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Figure 1 : Niveau maternelle, pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.



* CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Tableau 3 : Suivi préventif individualisé (SPI), nombre de SPI d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, par niveau et au total, nombre total estimé d'enfants bénéficiant d'un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Territoire de CSSS	Maternelle (1^{er} SPI)⁽¹⁾	Maternelle (2^e SPI)⁽¹⁾	1^{er} année (1^{er} SPI)⁽¹⁾	1^{er} année (2^e SPI)⁽¹⁾	2^e année (1^{er} SPI)⁽¹⁾	2^e année (2^e SPI)⁽¹⁾	3^e année (1^{er} SPI)⁽¹⁾	Autres (non prévus au PASDP)	Total (SPI)	Enfants en SPI⁽²⁾ (nombre estimé)
Ahuntsic et Mtl-Nord	351	325	245	273	221	191	0	0	1 606	845
Bord.-Cartier. – St-Laurent	394	262	367	267	335	239	0	78 (PP, PC)	1 942	1141
Cavendish	192	150	146	97	102	78	0	1 (PC)	765	441
Cœur-de-l'Île	192	176	184	185	148	122	5	80 (PP, P3, P4, P5, PC)	1 092	570
De la Montagne	413	159	351	100	261	76	0	4 (PC)	1 364	1029
Dorval-Lachine-LaSalle	245	259	253	235	191	189	6	21 (P3, P4, PC)	1 399	717
Jeanne-Mance	116	2	108	102	117	119	87	43 (PP, P3, P4, PC)	694	370
Lucille-Teasdale	270	264	281	260	236	222	110	37 (PP, P3, PC)	1676	787
Ouest-de-l'Île	109	118	136	102	86	76	54	50 (P3)	731	394
Pointe-de-l'Île ⁽³⁾	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
St-Léonard et St-Michel	359	6	238	0	184	1	1	0	789	782
Sud-Ouest – Verdun	218	193	210	159	148	100	50	26 (PP, P3, P4, PC)	1 104	634
Clin. comm. de Pte-St-Charles	74	23	34	31	30	20	21	63 (PP, P3, P5, PC)	296	184
Total	2 933	1 937	2 553	1 811	2 059	1 432	334	403	13 458	7 894

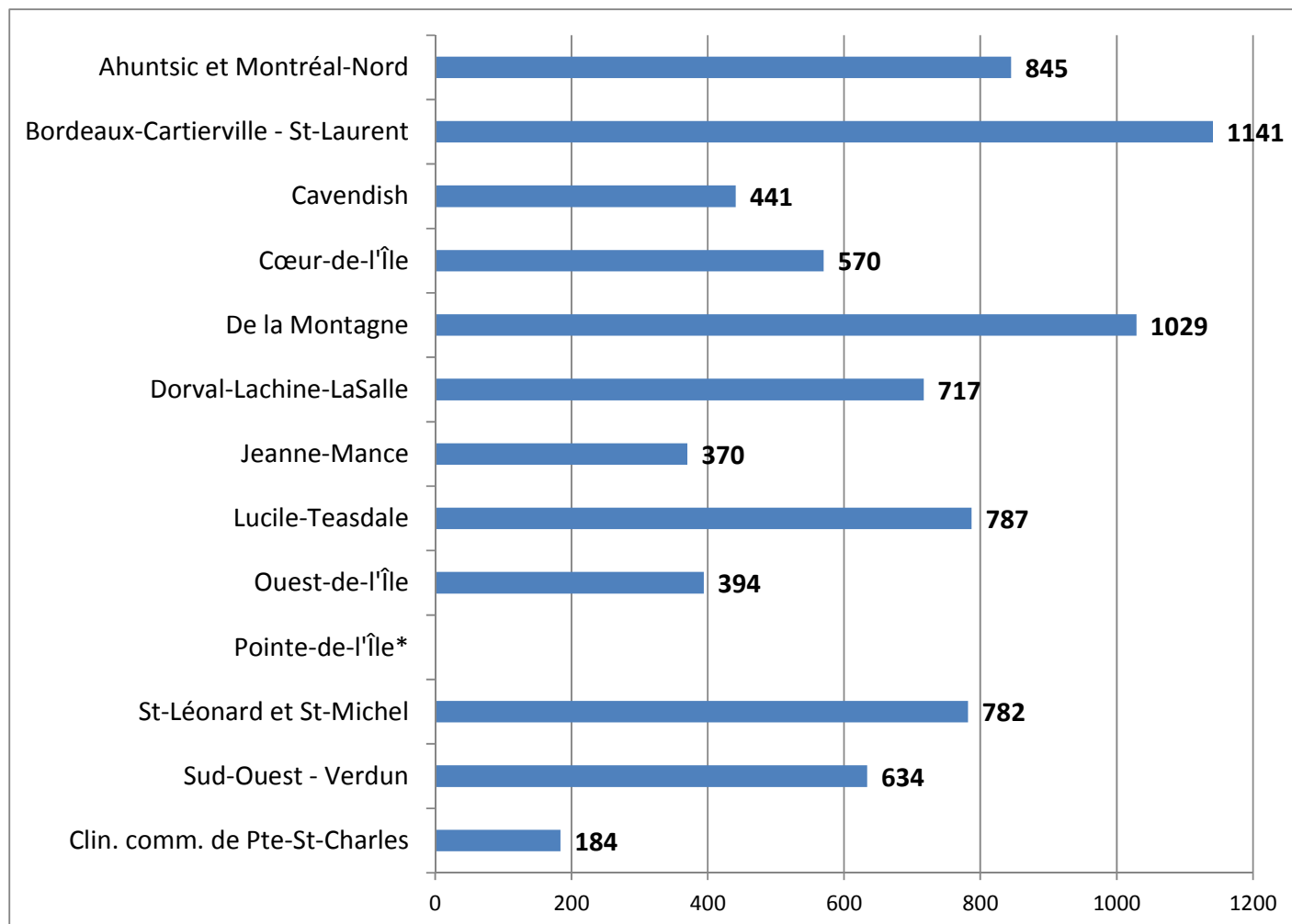
(1) Nombre de suivis préventifs individualisés : 1er suivi : codes 6231 et 6241, l'occurrence la plus élevée; 2e suivi : codes 6232 et 6242, l'occurrence la plus élevée.

(2) Nombre d'enfants bénéficiant d'un suivi préventif individualisé : l'occurrence la plus élevée des deux suivis d'un même niveau scolaire, pour les niveaux 1^{er}, 2^e, 3^e; 1^{er} suivi en 3^e; nombre estimé d'élèves pour les autres niveaux.

(3) CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Figure 2 : Suivi préventif individualisé (SPI), estimé du nombre d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire ayant un SPI, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.



* CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Tableau 4 : Niveau 2^e année, dépistage buccodentaire systématique, population totale et dépistée, nombre d'enfants ayant besoin d'agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement, nombre d'enfants ayant reçu des agents de scellement à d'autres niveaux scolaires, nombre d'enfants ayant bénéficié d'un suivi de la qualité, par CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles.

Territoire de CSSS	Population totale (MELS 2011)⁽¹⁾	Dépistés⁽²⁾ (# enfants)	Ayant besoin d'agents de scellement⁽³⁾ (# enfants)	Ayant reçu des agents de scellement⁽⁴⁾ (# enfants)	Ayant reçu des agents de scellement, autres niveaux (# enfants)	Suivi de la qualité⁽⁵⁾ (# enfants ayant bénéficié d'un suivi)
Ahuntsic et Mtl-Nord	1 519	9	9	8	7	0
Bord.-Cartier. – St-Laurent	1 311	26	17	16	0	16
Cavendish	946	64	40	44	14	54
Cœur-de-l'Île	806	38	34	31	16	35
De la Montagne	1 661	79	61	47	0	0
Dorval-Lachine-LaSalle	1 241	47	39	26	0	0
Jeanne-Mance	819	169	101	42	38	77
Lucille-Teasdale	1 278	36	26	18	6	9
Ouest-de-l'Île	2 122	0	n.d.	0	0	0
Pointe-de-l'Île ⁽⁶⁾	-	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
St-Léonard et St-Michel	1 302	12	10	7	0	0
Sud-Ouest – Verdun	835	38	34	15	15	32
Clin. comm. de Pte-St-Charles	106	79	30	41	1	6
Total	13 946	593	401	292	97	229

(1) Population totale : les données sont issues des effectifs scolaires du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport pour l'année 2011-2012 (septembre 2011).

(2) Dépistés : les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année.

(3) Ayant besoin d'agents de scellement : les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année

(4) Ayant reçus des agents de scellement : les élèves de niveau PC ont été inclus dans le calcul; il est présumé que ce sont des enfants de classes d'accueil de 2^e année.

(5) Suivi de la qualité des agents de scellement : tous les élèves de 2^e année et des niveaux supérieurs sont considérés.

(6) CSSS de la Pointe-de-l'Île : impossible de traiter les données.

Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

DISCUSSION

Soulignons que le présent bilan a été réalisé avec les données du Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC). C'est la première fois qu'un bilan des activités du PASDP est réalisé avec ce type de données. Auparavant, les bilans étaient réalisés d'après des données colligées par les hygiénistes dentaires des CSSS à l'aide de formulaires qu'elles avaient à remplir.

Les codes de l'I-CLSC sont utilisés par les hygiénistes dentaires des CSSS depuis plus de dix ans. Au cours de ces années, plusieurs séances de mise à jour, tant auprès des hygiénistes dentaires que des archivistes des CSSS, se sont tenues. Ces mises à jour ont permis d'uniformiser la codification afin d'obtenir les données les plus valides possible. Les données de l'I-CLSC pour l'année scolaire 2010-2011 issues de la banque de la RAMQ ont d'ailleurs fait l'objet d'une validation à la DSP de l'Agence de Montréal. Bien que dans l'ensemble, les données ne comportaient que très peu d'aberrations, les CSSS concernés en ont tout de même été informés et ont été invités à apporter les corrections appropriées.

Dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (maternelle 4 ans)

Pour l'année scolaire 2012-2013, on observe une diminution du nombre d'enfants bénéficiant d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire (BET) en maternelle 4 ans. En effet, en 2007-2008, plus de 70 % (n=1953) des enfants avaient bénéficié d'un tel dépistage alors qu'il était de 55,5 % (n=1724) en 2012-2013.

Le programme de maternelle 4 ans est réservé aux milieux défavorisés ainsi qu'aux enfants présentant un handicap. Par ailleurs, la littérature scientifique met en évidence le lien existant entre le niveau de défavorisation et l'état de santé dentaire de la population, notamment la présence plus importante de carie dentaire chez la population plus défavorisée. Ainsi, la pertinence du dépistage en maternelle 4 ans repose sur la prémisse que ces enfants sont plus à risque de présenter de la carie dentaire et bénéficieraient donc d'un dépistage du BET de la carie dentaire et d'une référence en cabinet dentaire au besoin.

Parmi les enfants dépistés en maternelle 4 ans (uniquement les enfants de milieux défavorisés et/ou présentant un handicap), 29,2 % d'entre eux sont atteints par la carie dentaire et 20,5 % présentent un BET. Parmi les enfants dépistés en maternelle de la même année scolaire (tous les enfants), 39,2 % des enfants sont atteints par la carie dentaire alors que 16,5 % d'entre eux présentent un BET. La carie dentaire étant un phénomène qui augmente avec le temps (de la maternelle 4 ans à la maternelle, un an d'intervalle), les pourcentages d'enfants atteints ne sont peut-être pas significativement différents. Dans ce contexte, la prémisse qui sert de fondement au dépistage en maternelle 4 ans pourrait être remise en question. Les données des années à venir aideront à porter un meilleur jugement sur la pertinence de poursuivre cette intervention.

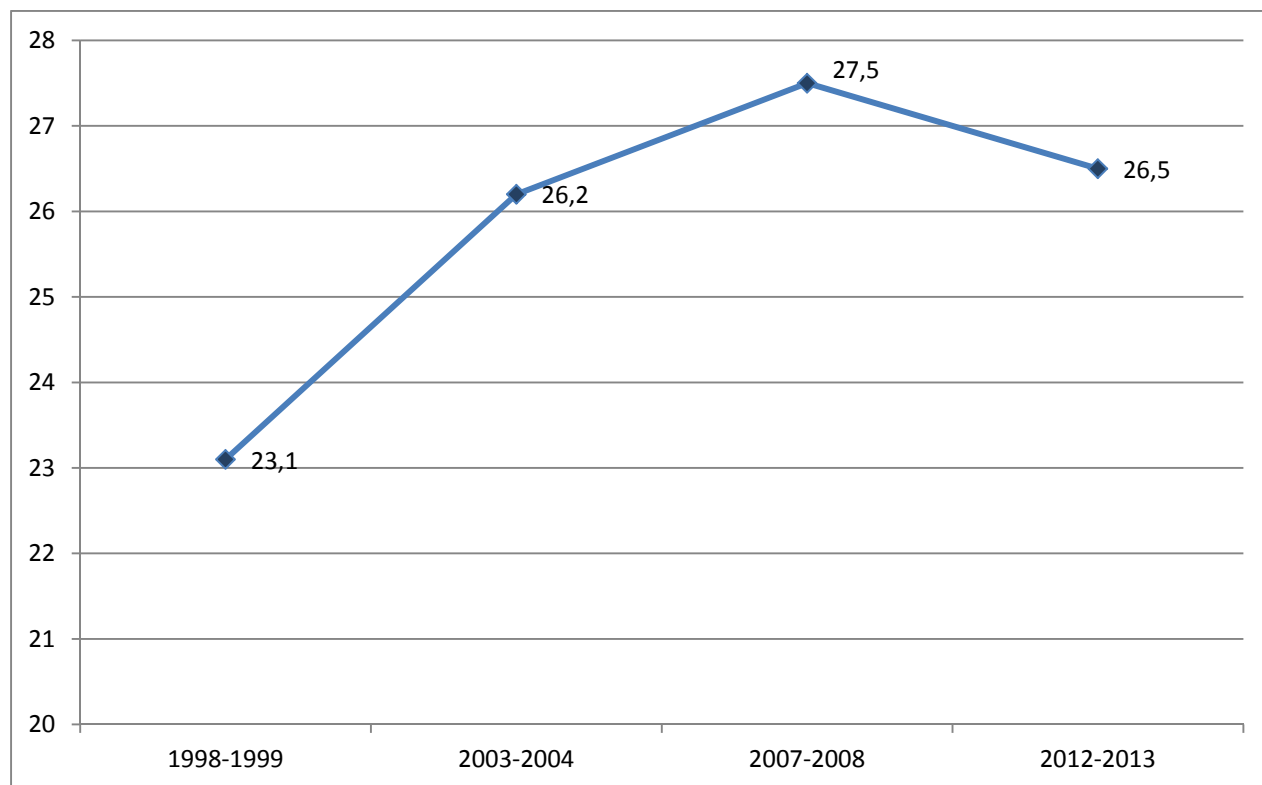
Dépistage buccodentaire systématique (maternelle)

Il est raisonnable d'affirmer que l'ensemble des enfants de maternelle des écoles publiques bénéficient d'un dépistage buccodentaire systématique, puisque 95,8 % d'entre eux y ont été soumis. Seul le CSSS de l'Ouest-de-l'Île fait exception avec 37,0 % des enfants de maternelle qui sont dépistés.

L'examen de dépistage permet la sélection des enfants admissibles au suivi préventif individualisé, selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. À ce propos, il est utile de mentionner que ce sont, à Montréal, plus de 55 hygiénistes dentaires qui appliquent le critère de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire. Des sessions de formation et d'uniformisation régionales ont permis de mesurer la concordance des observations cliniques. Des mises à jour ont par la suite été faites régulièrement sur une base volontaire. Il est toutefois possible que l'application du critère de classification des enfants à risque varie dans le temps et de façon différentielle d'un territoire à l'autre.

Le pourcentage d'enfants classés à risque élevé de carie dentaire, se situant à 26,5 % pour l'année 2012-2013, semble avoir atteint un certain plateau depuis près de dix ans sur le territoire montréalais. En effet, en 2007-2008, il était de 27,5 % alors qu'en 2003-2004, il était de 26,2 %. (voir figure 3).

Figure 3 : Niveau maternelle, évolution du pourcentage d'enfants admissibles au suivi préventif individualisé selon le critère national de classification des enfants à risque élevé de carie dentaire, Montréal, 1998-1999, 2003-2004, 2007-2008, 2012-2013



Source : Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, Bilan régional des activités 2012-2013, Montréal.

Une nouvelle codification permet maintenant de distinguer les enfants n'ayant aucune expérience évidente de carie dentaire. À cet égard, 60,8 % des enfants dépistés en maternelle seraient exempts de carie dentaire évidente. En comparaison, les données en région métropolitaine de l'Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans présentent une proportion de 61,3 % d'enfants exempts de carie dentaire en maternelle. Ainsi, l'observation rapportée à la suite de cette enquête, à savoir que « le déclin de la carie observée sur la dentition temporaire atteint un plateau » semblerait se confirmer.

De même, le besoin évident de traitement de la carie dentaire semble demeurer relativement stable depuis une dizaine d'années. En effet, en 2003-2004, il était de 17,6 %, en 2007-2008, de 16,6 % et en 2012-2013, de 16,5 %.

Suivis préventifs individualisés (SPI)

Pour l'année scolaire 2012-2013, les 11 CSSS à l'étude et la Clin. comm. de Pte-St-Charles ont réalisés 13 458 SPI auprès de 7 894 enfants (estimé).

Soulignons que 70,1 % des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle bénéficient d'un premier SPI en maternelle. En principe, l'ensemble des enfants considérés à risque élevé de carie dentaire bénéficie d'un SPI. Le refus de participer ou l'absence de consentement peut expliquer une partie de l'écart observé entre le nombre d'enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle et le nombre d'enfants qui reçoivent un premier SPI au même niveau. Cependant, en 2007-2008, près de 90 % des parents ont consenti à ce que leur enfant participe au programme de SPI. Il semble ainsi que l'écart observé ne pourrait être expliqué que par les refus ou l'absence de consentement.

Le PASDP prévoit que les enfants à risque élevé de carie dentaire bénéficient de deux SPI au cours d'une même année scolaire. Cependant, le deuxième SPI n'est réalisé, en moyenne, que dans une proportion de 69,8 %. Le CSSS de la Montagne accorde un deuxième SPI dans une proportion de 32,7 % alors que le CSSS de St-Léonard et St-Michel a pratiquement abandonné le deuxième SPI (0,9 %).

Pour l'année 2012-2013, l'implication des hygiénistes dentaires des CSSS dans la réalisation de l'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire peut en partie expliquer la diminution de certains services, dont le deuxième SPI. Cette situation particulière à l'année scolaire 2012-2013 ne touchera cependant pas la réalisation des activités du PASDP pour les années à venir.

Ce phénomène pourrait aussi refléter un choix d'établissement, compte tenu du volume d'interventions en rapport avec les ressources limitées en hygiène dentaire. Il pourrait également indiquer une consolidation partielle des postes en hygiène dentaire rendant la deuxième séance de SPI difficile ou impossible, en termes de volume d'interventions.

À ce propos, notons que la région de Montréal est parmi celles qui présentent la consolidation la plus faible des postes en hygiène dentaire au Québec (71,1 % des effectifs attendus). De plus, certains CSSS de Montréal assurent une consolidation moins importante des postes en hygiène dentaire que d'autres, limitant d'autant le volume d'interventions possibles.

Notons également que les critères qui ont présidé à la répartition des budgets de développement des postes d'hygiénistes dentaires pour chacune des installations de CLSC en 1995 (indice CAO, indice de pauvreté, nombre d'enfants d'âge scolaire du territoire) sont issus de l'Enquête sur la santé dentaire des élèves québécois de 1983-1984. La situation de plusieurs CSSS ayant grandement évolué depuis près de 30 ans, la répartition régionale des ressources en hygiène dentaire serait peut-être à revoir.

Application d'agents de scellement de puits et fissures

Le constat général est à l'effet que, bien que l'ensemble des CSSS et la Clin. comm. de Pte-St-Charles mettent en œuvre l'application d'agents de scellement de puits et fissures sur leur territoire (mis à part le CSSS de l'Ouest-de-l'Île qui ne l'applique pas), il y a encore peu d'enfants qui bénéficient de la mesure. En effet, seulement 4,3 % des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du BET de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures. Il est convenu que la moitié des enfants devraient avoir besoin d'agents de scellement (Coûts normés, ministère de la Santé et des Services sociaux). Ainsi, parmi ceux qui devraient en avoir besoin, seulement 4,2 % d'entre eux en ont reçu.

Encore ici, l'implication des CSSS dans la réalisation de l'Étude clinique sur la santé buccodentaire des élèves québécois du primaire a pu expliquer le peu de service observé au regard de l'application de cette mesure pour l'année 2012-2013. Cependant, les données non publiées de l'année scolaire 2011-2012, année au cours de laquelle aucune étude n'était en cours, montrent des proportions encore très réduites (5,3 % d'enfants dépistés et 5,5 % d'enfants ayant reçu des agents de scellement).

Dans ce contexte, l'atteinte des objectifs du PASDP, à l'effet que l'ensemble des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du BET de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures, et que 90 % des enfants ayant besoin d'agents de scellement en reçoivent, est sérieusement compromise. Depuis de nombreuses années, les services dentaires préventifs des CSSS ont été graduellement recentrés sur les activités scolaires, abandonnant notamment l'intervention auprès des enfants de 0-4 ans et leur famille. Malgré cette orientation visant à répondre aux objectifs du PASDP en matière d'intervention scolaire (SPI et application d'agents de scellement), la région de Montréal n'arrivera visiblement pas à atteindre les objectifs du PASDP en matière d'application d'agents de scellement. Certes, la présence de nombreuses communautés culturelles ainsi qu'un taux de pauvreté important à Montréal contribuent à rendre l'intervention plus complexe. Cependant, force est de constater que l'atteinte de ces objectifs devra vraisemblablement passer par une consolidation des ressources en hygiène dentaire.

CONCLUSION

Le principal constat du bilan régional des activités 2012-2013 du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 est que les services dentaires préventifs ne sont que partiellement rendus. En effet :

- 70,1 % des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire en maternelle bénéficient d'un premier SPI en maternelle (82 % en 2007-2008);
- 69,8 % des enfants ayant bénéficié d'un premier SPI bénéficient d'un deuxième SPI au cours d'une même année scolaire (près de 90 % en 2007-2008);
- 4,3 % des enfants de deuxième année bénéficient d'un dépistage du besoin évident de traitement de la carie dentaire et du besoin d'agents de scellement de puits et fissures (objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux – MSSS : 100 %);
- 4,2 % des enfants de deuxième année qui auraient besoin d'agents de scellement de puits et fissures en reçoivent (objectif du MSSS : 90 %).

Au fil des dernières années, l'organisation des services dentaires préventifs dispensés en CSSS s'est graduellement recentrée vers les activités scolaires, notamment le SPI des enfants identifiés à risque élevé de carie dentaire et l'application d'agents de scellement. Malgré ce recentrage des activités, le réseau montréalais de santé dentaire publique est encore très loin des résultats attendus par le MSSS. Ainsi, l'atteinte de ces objectifs devra vraisemblablement passer par une consolidation des ressources en hygiène dentaire dans les CSSS.

À cet effet, rappelons que :

- En 1982, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) a réduit sa couverture, déjà limitée pour les services dentaires, aux jeunes de 12 ans et moins et a réduit la couverture pour les services dentaires préventifs qu'aux seuls jeunes de 13 à 15 ans. Pour pallier ces restrictions, le MSSS a, depuis 1982, confié aux directions de santé publique et aux CLSC (CSSS) le mandat de fournir des services préventifs gratuits aux enfants. En 1992, la RAMQ a aboli la couverture pour les services dentaires préventifs.
- Le MSSS a octroyé aux CLSC de la région de Montréal, en 1993, un budget leur permettant de majorer les ressources d'hygiénistes dentaires en CLSC (CSSS) à 61,9 ETC (équivalent temps complet). Présentement, la région de Montréal compte environ 44 ETC, soit 71,1 % des ressources prévues, la région la moins bien pourvue au Québec avec la région de Laval (Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015, MSSS 2006, p. 54).

Dans le but de maintenir un minimum de services dentaires préventifs accessibles à la population, il apparaît ainsi impératif de maintenir, sinon consolider, les ressources actuelles d'hygiénistes dentaires en CSSS.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

