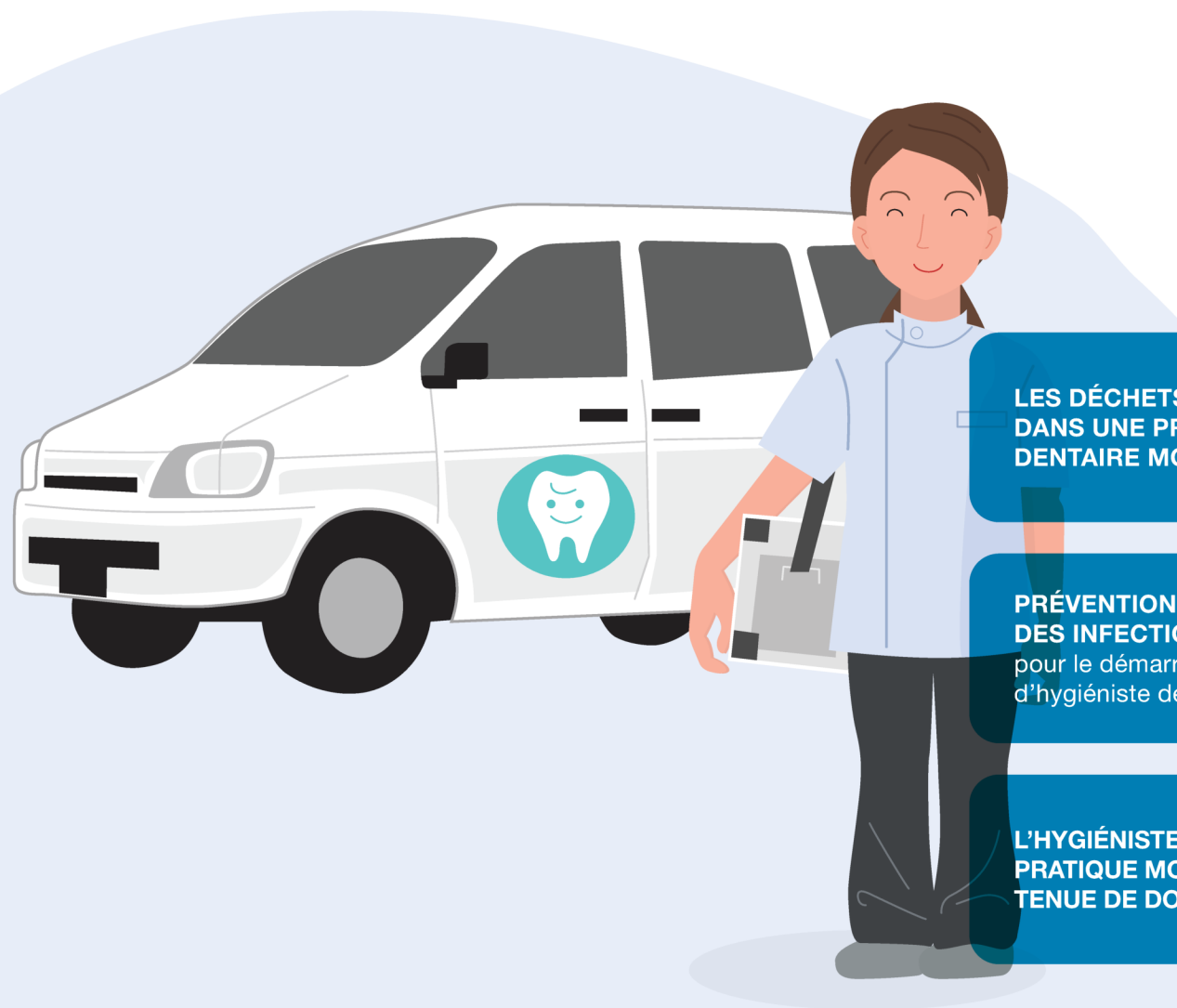


L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE, UNE PRATIQUE EN CROISSANCE



**LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX
DANS UNE PRATIQUE D'HYGIÈNE
DENTAIRE MOBILE**

**PRÉVENTION ET CONTRÔLE
DES INFECTIONS:** Boîte à outils
pour le démarrage d'un cabinet
d'hygiéniste dentaire

**L'HYGIÉNISTE DENTAIRE EN
PRATIQUE MOBILE ET LA
TENUE DE DOSSIER**



Notre offre pour les hygiénistes dentaires devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages
et privilèges à bnc.ca/specialiste-sante

Fière partenaire de



Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/specialiste-sante. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada.
© 2021 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

L'EXPLORATEUR

LA REVUE PROFESSIONNELLE DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

4 Avant-propos

6 Mot du président

8 Mot du directeur général et secrétaire

DOSSIER: HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE, UNE PRATIQUE EN CROISSANCE

10 LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX DANS UNE PRATIQUE D'HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE

14 L'HYGIÉNISTE DENTAIRE EN PRATIQUE MOBILE ET LA TENUE DE DOSSIER

16 PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS:

Boîte à outils pour le démarrage d'un cabinet d'hygiéniste dentaire

20 CLINIQUE MOBILE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE:

Un projet d'apprentissage par le service pour les étudiants en hygiène dentaire

28 CLINIQUES DENTAIRES À DOMICILE:

Étude de cas multiples menée au Québec (Canada)

40 QUE SAVONS-NOUS DE LA DENTISTERIE MOBILE?

Recension exploratoire des écrits

52 EXPLORATEUR VIRTUEL

Pour en savoir davantage sur l'hygiène dentaire mobile

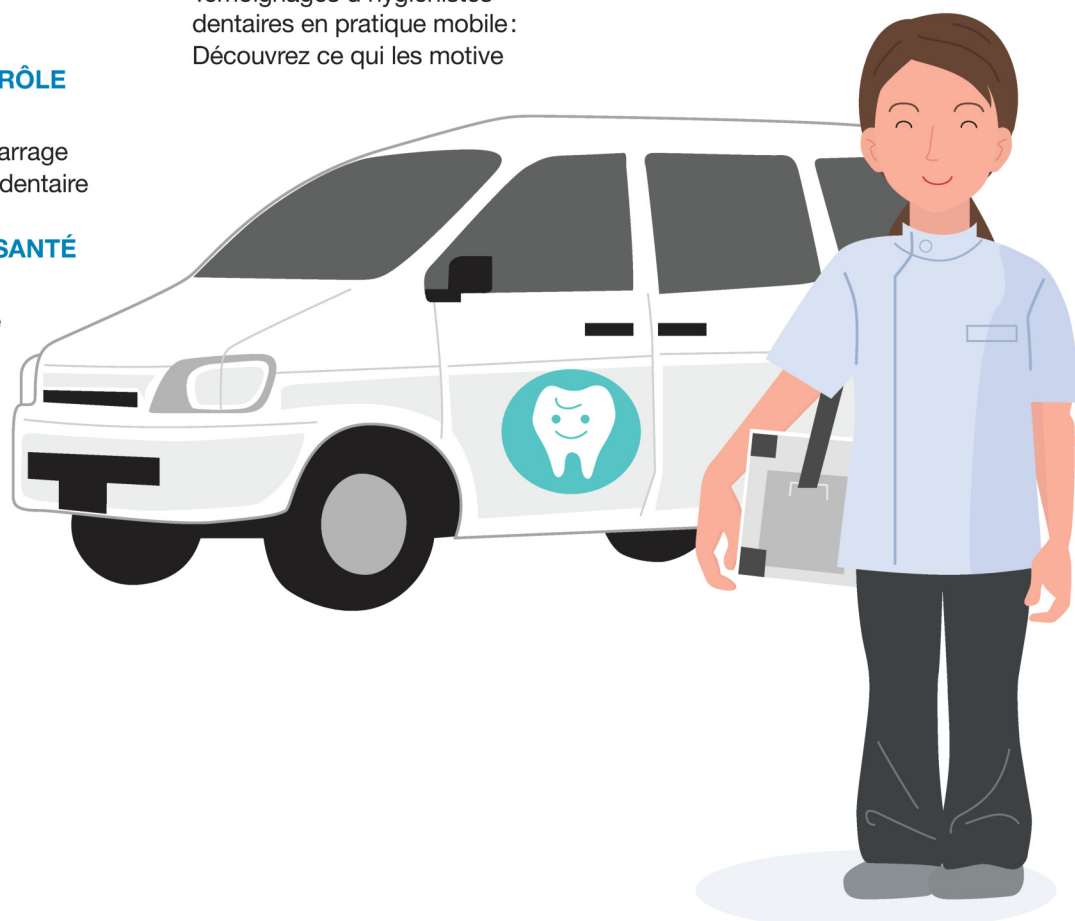
54 PORTRAIT

Témoignages d'hygiénistes dentaires en pratique mobile: Découvrez ce qui les motive

56 MESSAGES OHDQ

57 SERVICES FINANCIERS DE LA BANQUE NATIONALE

Le celi soulève de nombreuses questions. Voyez-y plus clair afin d'en tirer pleinement profit



Depuis sa première édition en mars 1991, *L'Explorateur* poursuit sa mission de donner l'heure juste sur des enjeux importants de la profession d'hygiéniste dentaire centrés sur le mandat premier de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) qui est la protection du public.

Cette revue professionnelle vise à développer les connaissances des membres de l'Ordre aux plans légal, déontologique, scientifique et clinique. Elle vise aussi à soutenir la qualité de la pratique professionnelle et à faire connaître la mission de l'Ordre et ses activités.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président

M. Jean-François Lortie, H.D., B.Éd.

Administrateurs élus et régions administratives

Centre M^{me} Stéphanie Ritchie, H.D., trésorièreSud-Est M^{me} Hélène Deschênes, H.D.Nord-Est M^{me} Anne Prévost, H.D.Sud M^{me} Kim Farrell, H.D.

Centre M. Franck Giverné, H.D.

Nord-Ouest M^{me} Sopha Thi Son, H.D.Nord-Est M^{me} Marie-Andrée Marcoux, H.D.Centre M^{me} Josée Tessier, H.D., vice-présidente

Administratrice âgée de 35 ans ou moins

M^{me} Kamilya Kaddouri, H.D.

Administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec

M. Jean-Louis Leblond, B.A.

M. Cyriaque Sumu, Ph. D. (sociologie)

M^{me} Renée Verville, M.A., M.A.P.

M. René Joyal, CRHA

Directeur général et secrétaire de l'Ordre :

M. Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC

Rédaction :

Myriam Baptiste, adjointe administrative

Julie Boudreau, H.D., syndique

Jacques Gauthier, erg., M.A.P., ASC, directeur général et secrétaire

Sophie Lecavalier, responsable des communications

Jean-François Lortie, H.D., B.Éd. président

Masengu Joëlle Mbanga, H.D., coordonnatrice de l'inspection professionnelle

Production

Révision Gilles Vilasco, réd. a.

Publicité OHDQ

Graphisme Z Communications

Photo couverture Shutterstock

Traduction Versacom

Note : Le générique masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisé que dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal - 4^e trimestre 2021

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque et Archives Canada

ISSN : 2369-6915 (en ligne)

ISSN : 1183-4307 (imprimé)

Envoi de publication – contrat de vente No 40009269

Politique publicitaire de l'OHDQ

Disponible à la demande au service des communications.

Droits d'auteur

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



700-606, rue Cathcart

Montréal (Québec) H3B 1K9

Téléphone : 514 284-7639 ou 1 800 361-2996

Télécopieur : 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

AVANT-PROPOS

LA PRATIQUE MOBILE : UN MONDE À DÉCOUVRIR!

La pratique mobile de l'hygiéniste dentaire est un phénomène qui existe depuis très peu de temps et représente un monde à découvrir. Fort heureusement, les recherches et les publications scientifiques qui ont récemment été faites, en Amérique du Nord et sur d'autres continents, sont une source précieuse de connaissances, et nous permettent de découvrir ce qui se fait ailleurs.

C'est pourquoi vous remarquerez que l'Ordre a choisi des articles de recherche sur la dentisterie mobile qui n'aborde pas l'hygiène dentaire. Plusieurs raisons ont influé sur notre décision de les publier : le peu d'articles de recherche portent sur l'hygiène dentaire mobile; les études en dentisterie mobile peuvent servir d'inspiration pour l'hygiène dentaire mobile, bien qu'on ne puisse pas extrapoler directement leurs résultats à la profession d'hygiéniste dentaire; certaines des études choisies pour ce numéro ont été conduites au Québec, donc dans le même contexte général de pratique de nos membres; comme il s'agit d'un secteur d'activités émergent, l'Ordre juge important de faire connaître à ses membres que de la recherche existe dans ce domaine et qu'il est important de s'y référer.

Il s'agit d'une part de l'article « **Cliniques dentaires à domicile : Étude de cas multiples menée au Québec** », directement relié à une réalité bien connue, celle de la population de plus en plus vieillissante; d'autre part, l'article « **Que savons-nous de la dentisterie mobile? Recension exploratoire** » présente une synthèse des écrits sur ce sujet et propose « un modèle de dentisterie mobile ».

Également, chez nos voisins du sud, l'étude « **Clinique mobile de santé buccodentaire : un projet d'apprentissage par le service pour les étudiants en hygiène dentaire** » rejoint bien la mission de l'Ordre — la protection du public — en donnant un exemple où le milieu de l'enseignement, par de la formation clinique en pratique mobile, contribue à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

L'article « **Les déchets biomédicaux dans une pratique d'hygiène dentaire mobile** » rappelle que « Les standards de gestion des déchets biomédicaux s'appliquent en tout temps, qu'ils soient produits en clinique ou en pratique mobile. Pour favoriser cette bonne gestion, l'hygiéniste dentaire en pratique mobile doit s'équiper de tous les contenants appropriés afin de se débarrasser des déchets selon leur catégorie, leur type, leur format, etc. » De même, l'article « **Prévention et contrôle des infections — Boîte à outils pour le démarrage d'un cabinet d'hygiéniste dentaire** » créé par le comité de prévention et de contrôle des infections (CPCI), donc par des hygiénistes dentaires pour des hygiénistes dentaires. Cette même liste de vérification sera insérée séparément dans le site Web.

Au-delà des notions de base familières à l'hygiéniste dentaire, le défi pour les professionnels en pratique mobile est plus grand, car de nouveaux principes fondamentaux s'ajoutent comme tout autant de réflexes à acquérir. C'est ce que nous rappelle l'article « **L'hygiéniste dentaire en pratique mobile et la tenue de dossier** » : « Il faut s'assurer non seulement de ranger les dossiers papiers de façon sécuritaire dans un classeur qui peut être verrouillé ou sécurisé lorsqu'il n'est pas utilisé, mais il faut en plus faire preuve de précautions supplémentaires lors des déplacements. Pour les *dossiers conservés sur support informatique*, l'obligation de confidentialité est la même et l'hygiéniste dentaire doit utiliser un logiciel lui permettant de la préserver notamment par l'utilisation d'un mot de passe robuste pour accéder aux dossiers et d'un logiciel antivirus efficace et à jour. Le tout ne doit cependant pas se faire au détriment des règles déontologiques, bien au contraire. »

Au nom du comité de rédaction de *L'Explorateur*, je vous souhaite une fructueuse lecture de ce numéro !

Joyeux Noël et bonne année !

Sophie Lecavalier

Responsable des communications

MISSION DE L'OHDQ

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

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

- en s'assurant que les hygiénistes dentaires offrent des services de haute qualité;
- en participant à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois;
- en contribuant à l'accessibilité aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Pour ce faire, il encadre et réglemente la pratique professionnelle et soutient le leadership de ses membres dans l'exercice de leur profession.

VISION DE L'OHDQ

- Un acteur essentiel en matière de santé buccodentaire;
- Une pratique professionnelle rigoureusement encadrée;
- Une profession qui rayonne dans la société;
- Une confiance renouvelée du public envers les hygiénistes dentaires;
- Des membres fiers de leur ordre professionnel et de leur profession.

LES VALEURS PRIVILÉGIÉES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE

La rigueur — L'engagement — Le respect — La collaboration — Intégrité



NOUS RECRUTONS!

Horaire
flexible
et stable

Salaire compétitif
et programme
d'avantages
sociaux complet

Parcours
d'intégration
adapté aux
finissants

Faire partie de notre équipe c'est:

- Une pratique modulée dans divers champs de spécialisation.
- Un département de formation continue.
- Un milieu multidisciplinaire où règne le plaisir de travailler en équipe.

30 cliniques aux 4 coins du Québec

Joignez-vous à notre équipe de créateurs de sourires!

cv@centreslapointe.com

Sandra Cruz-Parra
Hygiéniste dentaire

Lapointe
centres dentaires



MISER SUR L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE :

Un incontournable dans l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des services buccodentaires au Québec

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



On entend souvent dire qu'il faut voir les choses autrement, agir différemment ou encore penser «à l'extérieur de la boîte» pour réaliser des changements significatifs dans l'organisation des services de santé au Québec afin de permettre une meilleure accessibilité. Les soins de santé buccodentaire ne font pas exception à la règle, alors que l'on compte toujours près du tiers de la population, environ 2,3 millions de personnes, qui n'ont aucun accès à un professionnel du domaine buccodentaire. Aligné sur sa *Mission* et sur l'orientation 1.2 de son *Plan stratégique 2021-2025*, l'Ordre contribue aux différents travaux qui ont cours en ce moment pour favoriser un meilleur accès aux soins préventifs en hygiène dentaire.

Le 15 novembre dernier, le ministre Christian Dubé annonçait un financement de 3 millions de dollars pour mettre en place la *première* phase d'un grand chantier du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour favoriser l'accès aux soins dentaires. Cette phase autorise la création de cinq cliniques dentaires communautaires qui permettront de fournir des soins buccodentaires préventifs et curatifs de première ligne à environ 22 000 personnes sous le seuil du faible revenu ou en région éloignée. C'est avec enthousiasme et intérêt que l'OHQ a accueilli cette nouvelle puisqu'à titre de membre du comité consultatif d'accès aux soins dentaires du MSSS auquel nous avons participé, nous ne pouvons que constater l'impact direct de nos travaux, en moins de deux ans. Ce financement permettra de bonifier les équipes en place d'hygiénistes dentaires à *Dentaville*, au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; la *Clinique dentaire communautaire de l'Outaouais*, du CISSS de l'Outaouais; la *Clinique communautaire d'Asbestos*, du CIUSSS de l'Estrie et la *Clinique de Sainte-Anne-des-Monts*, du CISSS de la Gaspésie.

En attendant la *deuxième* phase de ce projet, qui facilitera l'accès aux soins buccodentaires à 600 000 personnes supplémentaires, nous sommes témoins d'un bel exemple de travaux collaboratifs qui permettent de revoir et de bonifier les moyens existants pour rendre disponibles les services buccodentaires aux personnes les plus vulnérables de notre société. En reconnaissant pleinement les compétences de l'hygiéniste dentaire dans ces cliniques

communautaires, nous sommes convaincus que le nombre de personnes atteintes pourrait même être supérieur aux chiffres annoncés, et nous travaillons en ce sens avec nos précieux partenaires.

LES SERVICES D'HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE EN PLEINE CROISSANCE

Bien qu'il soit difficile de donner le chiffre exact au moment d'écrire ces lignes, et en moins d'une année, c'est plus d'une dizaine d'hygiénistes dentaires qui ont démarré leur entreprise d'hygiène dentaire à domicile. Ces soins de première ligne répondent à un besoin exprimé depuis plusieurs années par les personnes à mobilités réduites, en situation de handicap ou qui ne peuvent se déplacer faute de moyen de transport. Ainsi, dans la rubrique Portraits, certains de nos collègues ont gentiment accepté de partager avec nous leurs motivations pour l'hygiène dentaire *mobile* et je les remercie pour leur contribution à cette livraison de *L'Explorateur* consacrée à ce sujet.

Au fil de la lecture des différents articles scientifiques que nous avons sélectionnés pour vous, vous pourrez constater que l'offre de soins buccodentaires à domicile est en croissance dans plusieurs régions du monde et le Québec n'y fait pas exception. En tant que professionnels de la santé nouvellement autonomes, nous avons de nouvelles occasions de pratique qui s'offrent et l'hygiène dentaire *mobile* fait maintenant partie de ces nouveaux choix.

Puisque la saison des fêtes de fin d'année arrive à grands pas, je profite de l'occasion pour vous souhaiter un merveilleux temps des fêtes, rempli de bonheur, de santé et de réjouissances familiales.

Bonne et heureuse année 2022!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
Président de l'Ordre

BUILDING ON THE PROFESSIONAL AUTONOMY OF DENTAL HYGIENISTS:

An essential factor in implementing new organizational models for oral healthcare services in Quebec

- JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.



People often talk about the need to see things differently, act differently or think outside the box in order to make significant changes in the organization of health services in Quebec and improve accessibility. Oral healthcare is no exception, with nearly one-third of the population, or some 2.3 million people, still without access to an oral healthcare professional. In keeping with its *Mission* and with orientation 1.2 of its *Plan stratégique 2021-2025*, the ODHQ is contributing to a number of initiatives currently underway to promote better access to preventive dental hygiene care.

On November 15, Minister Christian Dubé announced \$3 million in funding to implement the first phase of a major project launched by the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aimed at promoting access to dental care. This phase authorizes the establishment of five community dental clinics, which will provide front-line preventive and curative oral healthcare to approximately 22,000 people living on low incomes or in remote areas. The OHDQ welcomed this news with enthusiasm and interest since, as a member of the MSSS advisory committee on dental care, we will surely be able to see the direct impact of our work in less than two years. This funding will improve the existing teams of dental hygienists at *Dentaville, au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, la Clinique dentaire communautaire de l'Outaouais, du CISSS de l'Outaouais; la Clinique communautaire d'Asbestos, du CIUSSS de l'Estrie et la Clinique de Sainte-Anne-des-Monts, du CISSS de la Gaspésie.*

While we await the second phase of this project, which will facilitate access to oral healthcare for an additional 600,000 people, this is a great example of collaborative work, which will allow us to review and improve existing methods to make oral healthcare services available to the most vulnerable members of our society. By fully recognizing the skills of dental hygienists in these community clinics, we are confident that the number of people affected could be even higher than announced, and we are working with our valued partners to achieve this.

MOBILE DENTAL HYGIENE SERVICES ON THE RISE

Although it was difficult to provide an exact figure at the time of writing, in less than a year, more than a dozen dental hygienists have started their own home dental hygiene business. This front-line care meets a need that has been expressed for several years by people with reduced mobility or disabilities, or who are unable to travel due to a lack of transportation. Some of our colleagues have kindly agreed to share their reasons for promoting mobile dental hygiene in the Portraits section, and I would like to thank them for their contribution to this issue of *L'Explorateur*, which is dedicated to this topic.

As you read the various scientific articles we have selected, you will notice that home oral healthcare services are growing in many parts of the world, and Quebec is no exception. As newly autonomous healthcare professionals, we have additional practice opportunities available to us, and mobile dental hygiene is now one of them.

As the holiday season is fast approaching, I would like to take this opportunity to wish you a wonderful holiday season, filled with health, happiness and celebrations with loved ones.

All the best in 2022!

JEAN-FRANÇOIS LORTIE, H.D., B. Éd.
President



UN NOUVEAU RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES POUR LA PROFESSION D'HYGIÉNISTE DENTAIRE AU CANADA

– JACQUES GAUTHIER, erg., M.A.P., ASC



Le 9 décembre 2021, la Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire du Canada (FORHDC) a publié les nouvelles *Compétences canadiennes d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire*. Lancé en décembre 2019, ce projet avait pour but de définir un référentiel unique et contemporain de compétences nationales d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire, en s'appuyant sur celui qui avait été élaboré en 2010 par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD).

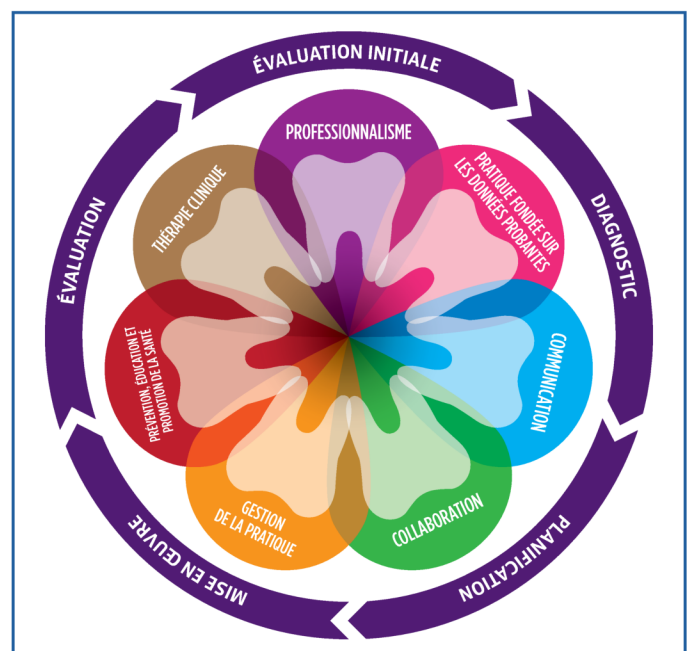
Pour mener à bien ce projet, la FORHDC s'est adjoint les services de consultants spécialisés dans ce domaine et a travaillé de concert avec plusieurs intervenants et hygiénistes dentaires de toutes les parties du Canada, dont le Québec. Les organismes de réglementation, des enseignants, des représentants du Bureau national de la certification en hygiène dentaire (BNCHD), de la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC), de l'ACHD, ainsi que de nombreuses hygiénistes dentaires du milieu clinique ont collaboré au projet.

À quoi sert ce référentiel de compétences?

Un référentiel de compétences comme celui conçu et publié par la FORHDC vise plusieurs objectifs.

Dans un premier temps, il sert à définir les compétences attendues de tout nouveau diplômé d'un programme d'enseignement en hygiène dentaire au Canada, et ce, quel que soit le lieu d'obtention de son diplôme. Non seulement ce document précise la nature des compétences attendues, mais également le niveau de développement des connaissances et des habiletés qui est requis pour démontrer chacune de ces compétences. Les niveaux définis représentent ce qui est considéré par les ordres professionnels en hygiène dentaire comme étant le seuil minimal de compétence pour être admis dans la profession. Bien sûr, tous les hygiénistes dentaires poursuivront leur développement une fois entrés sur le marché du travail et certains atteindront des niveaux supérieurs de connaissances et d'habiletés pour une ou plusieurs compétences professionnelles au cours de leur progression de carrière.

Le référentiel comprend 22 compétences qui sont organisées en sept domaines. Cet ensemble de compétences est soutenu et encadré par le *Modèle du processus de soins en hygiène dentaire* (analyse, diagnostic, planification, application et évaluation), comme l'illustre la figure ci-dessous.



Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire du Canada (2021). *Compétences canadiennes d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire*, p. 7.

En créant ce nouveau référentiel de compétences, la FORDHC poursuivait aussi d'autres objectifs :

- soutenir la conception et l'agrément des programmes d'enseignement en hygiène dentaire;
- servir de base à la réglementation professionnelle liée à l'admission à la profession, à la reprise de la pratique et au maintien de la compétence en hygiène dentaire;
- permettre la comparaison des qualifications professionnelles en hygiène dentaire, tant nationale qu'internationale.

Comment s'effectuera concrètement la mise en œuvre de ce nouveau référentiel de compétences?

Dans les mois à venir, la FORDHC travaillera en collaboration avec tous ses partenaires qui auront à mettre en place les nouvelles compétences dans le cadre de leur propre mandat. À cette fin, deux comités seront formés pour appuyer ce processus : un comité consultatif sur la mise en œuvre des compétences et un comité consultatif sur l'enseignement.

Par ailleurs, la FORDHC apportera aussi son soutien à la CADC pour l'intégration du nouveau référentiel aux normes d'agrément des programmes d'enseignement en hygiène dentaire. Un soutien similaire sera offert au BNCHD en vue de la conception d'une version mise à jour de l'examen national de certification. La fusion imminente de la FORDHC et du BNCHD le 1er janvier 2022 facilitera très certainement ce processus.

Enfin, il est utile de préciser que le temps requis pour mettre en place le nouveau référentiel de compétences dans l'ensemble des activités mentionnées précédemment est d'environ quatre à cinq années.

Un accent particulier sur les réalités des Premières Nations, des Inuit et des Métis

Comme le précise le document *Compétences canadiennes d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire*, celles-ci ont été formulées avec soin pour refléter les appels à l'action pertinents énoncés par la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Notamment, on y souligne qu'il est important pour tout hygiéniste dentaire d'acquérir des connaissances particulières sur les Premières Nations, les Inuit et les Métis, et d'intégrer ces connaissances aux compétences déployées dans sa pratique quotidienne. La FORDHC reconnaît cependant que le processus de vérité et de réconciliation requiert davantage qu'une simple inclusion dans le profil de compétences pour l'admission à la profession. La FORDHC s'est ainsi engagée à tenir un dialogue continu sur ces principes et à les traduire en actions. Par le fait même, conformément à l'approche de travail en partenariat avec les personnes qui les caractérisent, il est attendu des hygiénistes dentaires qu'ils s'investissent pleinement dans ce dialogue en poursuivant leur réflexion personnelle et leur développement pour mieux desservir ces populations.

Références :

FÉDÉRATION DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION EN HYGIÈNE DENTAIRE DU CANADA. *Compétences canadiennes d'admission à la profession d'hygiéniste dentaire*, [En ligne], 2021. https://ohdq.com/wp-content/uploads/2021/12/CoCAPHD_FORDHC_Novembre_2021_vf2.pdf



LES DÉCHETS BIOMÉDICAUX DANS UNE PRATIQUE D'HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE



– MASENGU JOËLLE MBANGA, H.D., coordinatrice de l'inspection professionnelle

Dans l'exercice de sa profession, selon l'article 2 du Code de déontologie, «l'hygiéniste dentaire doit tenir compte de l'ensemble des conséquences prévisibles que peuvent avoir sa pratique, ses recherches et ses travaux sur la société.⁵» C'est pourquoi les hygiénistes dentaires, en qualité de professionnels autonomes, doivent s'assurer d'une bonne gestion des déchets biomédicaux qui est une partie intégrante des mesures de prévention et contrôle des infections¹. Cet article rappelle certains concepts et principes de la gestion des déchets biomédicaux, notamment dans un contexte de pratique d'hygiène dentaire mobile.

Aspects réglementaires et définitions

En tant que professionnel de la santé, l'hygiéniste dentaire se doit de comprendre et d'appliquer non seulement les concepts et les principes de base de la gestion des déchets biomédicaux (DBM), mais surtout des risques liés à leur gestion dans sa pratique quotidienne. Une importance capitale doit être accordée à la définition et la catégorisation des déchets; c'est au reste ce à quoi s'emploie le *Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux⁴.

Selon le [Règlement sur les déchets biomédicaux](#)³ découlant de la Loi sur la qualité de l'environnement, les DBM pouvant se retrouver en pratique d'hygiène dentaire incluent (nous adaptons ici le *Guide* du MSSS):

- Tout déchet anatomique humain constitué par une partie du corps ou d'un de ses organes, à l'exception des phanères, du sang et des liquides biologiques. Les dents ne sont plus considérées comme des déchets biomédicaux;
- Tout déchet non anatomique, soit :
 - Les objets piquants, tranchants ou cassables qui ont été en contact avec du sang, un liquide ou un tissu biologique;
 - Les contenants de sang et le matériel imbibé de sang, etc. (ex.: 2x2 saturés ou imprégnés de sang).

Le «matériel imbibé ou saturé de sang» correspond à tout matériel laissant suinter le sang ou pouvant libérer du sang, lorsque pressé⁴.

Tri et catégorisation

La gestion des DBM est partie intégrante des précautions universelles (standard) adoptées au Canada. Les équipements de protection individuelle (ÉPI) requis doivent être utilisés pour manipuler les déchets biomédicaux (gants tout usage, masque, protection oculaire et blouse)¹. Le *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*, publié conjointement en 2009¹ par l'Ordre des dentistes et l'Ordre des hygiénistes dentaires, précise au point «23. Déchets biomédicaux» (p. 46) les précautions à prendre pour la manipulation des déchets et leur élimination selon les catégories suivantes:

- **A:** Matériel coupant, piquant et tranchant;
- **B:** Non anatomiques et solides;
- **C:** Déchets infectieux biologiques;
- **D:** Non anatomiques et liquides.

Le tri adéquat à la source constitue la clé d'une bonne gestion des DBM, permettant de prévenir la contamination des autres catégories de déchets. Il est primordial que le tri des DBM soit effectué rapidement et directement sur les lieux où les services sont dispensés. D'où l'importance d'avoir à sa disposition des contenants bien identifiés pour tous les différents déchets biomédicaux⁴. Dans la pratique, les erreurs de tri sont fréquentes: à titre d'exemple, des déchets généraux sont souvent déposés à tort dans un bac à déchets biomédicaux⁴. Par exemple, un 2X2 souillé de quelques gouttes de sang n'est pas considéré comme un déchet biomédical.

Les paragraphes 4° et 5 de l'article 2 du [Règlement sur les déchets biomédicaux](#) prévoient certaines exclusions qui peuvent s'appliquer, lorsque ce type de déchet est généré lors de soins médicaux à domicile par des professionnels de la santé^{3,6}. Ainsi, en pratique d'hygiène dentaire mobile à domicile, si les compresses, les rouleaux de coton et les gants d'examen ne dégagent pas du liquide biologique ou du sang en les compressant, ils peuvent être éliminés avec les déchets ordinaires.

Élimination des déchets biomédicaux

Le [Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec](#)⁷ stipule en son [article 7](#) qu'un hygiéniste dentaire doit disposer dans son cabinet de l'équipement nécessaire pour assurer l'asepsie de ses instruments et respecter les normes d'hygiène, de salubrité et de sécurité des locaux appropriées à l'exercice de sa profession.

Dans le contexte d'une pratique mobile, le cabinet de l'hygiéniste dentaire peut être sa résidence personnelle, les lieux où il dispense les soins ou tout autre endroit qu'il détermine comme étant ses bureaux.

Le professionnel doit aussi s'assurer que la collecte, le transport, l'entreposage et l'élimination de tous les types de déchets produits s'effectuent selon les normes municipales et de prévention et contrôle des infections en vigueur. Les contenants choisis doivent être compatibles avec le mode de traitement retenu et être identifiés ou étiquetés adéquatement (symbole biorisque).

TABLEAU: Résumé des considérations pour les déchets biomédicaux, en pratique d'hygiène dentaire mobile^a.

TYPE DE DÉCHET	EXEMPLE	TYPE DE CONTENANT	ÉLIMINATION
Matériel coupant, piquant et tranchant	Tout objet coupant, piquant et tranchant, etc.	Contenant rigide, hermétique et identifié à cet effet	Organisme ou firme spécialisée offrant le service
Non anatomiques et solides	ÉPI, enveloppes protectrices de plastique et matériel à usage unique	Sac de plastique, imperméable, résistant, fermé hermétiquement	Déchets ordinaires

^a Le tableau est une adaptation du Document d'information sur le contrôle des infections-Médecine dentaire, 2009

Le symbole biorisque doit figurer sur les contenants de déchets biomédicaux:

Au Québec, les déchets biomédicaux anatomiques doivent être incinérés. Les articles jetables fortement imprégnés de sang sont considérés comme des déchets biomédicaux contaminés et infectieux, car ils sont susceptibles de causer des maladies infectieuses. Il est utile de rappeler que certaines entreprises sont spécialisées dans la cueillette, le transport et la destruction de tous types de déchets biomédicaux.



Le [Règlement sur les déchets biomédicaux](#)³ indique en son [article 12](#) que l'exploitant d'un lieu de production de déchets biomédicaux doit tenir à jour un registre dans lequel il inscrit chaque semaine la nature et la quantité des déchets biomédicaux produits³. Et en son [article 16](#), il souligne que quiconque est tenu de produire les registres ou rapports prévus aux articles 12 à 15 doit les conserver pendant au moins trois (3) ans à compter de la date de la dernière inscription³.

L'exposition aux déchets biomédicaux

L'exposition aux déchets est possible à toutes les étapes de leur gestion, de leur production jusqu'à leur traitement. En plus de l'intervenant, d'autres personnes peuvent également avoir un contact plus ou moins direct avec les déchets: les patients et les visiteurs qui fréquentent les lieux où les services sont rendus et, ultimement, la population en général quand les déchets se retrouvent dans l'environnement⁴.

Le contact cutané est la principale voie par laquelle les déchets peuvent entrer en contact avec les personnes. Cela se produit lorsqu'un contenant n'est pas fermé adéquatement et au moment d'une fuite ou d'un déversement. Le contact avec un objet piquant, tranchant ou cassable contaminé est également possible, au moment de leur manipulation, ou quand on s'en débarrasse dans des contenants trop pleins, défectueux ou inadéquats, ou bien encore au moment de la manipulation de ces mêmes contenants⁴. Contrôler ce risque est, par conséquent, la meilleure façon de réduire les dangers.

Si les DBM sont transportés, ils doivent être placés dans des contenants rigides, scellés, étanches et étiquetés conformément au Règlement sur les déchets biomédicaux³. Pour les DBM cassables, piquants ou tranchants, les contenants doivent, de plus, être résistants à la perforation².

Si les DBM sont entreposés temporairement, ils doivent être maintenus à une température inférieure à 4°C dans l'attente de leur transport à un organisme habilité. L'accès à ce lieu de stockage doit être restreint aux personnes autorisées, avec une identification adéquate (symbole biorisque)².

LA GESTION DES DÉCHETS BIOMÉDICAUX ÉLÉMENTS À RETENIR :

1. Les DBM ne doivent pas être en contact avec d'autres types de matières résiduelles ni avec la population;
2. Les DBM doivent être placés dans des contenants appropriés, résistants, hermétiques et identifiés adéquatement (symbole biorisque);
3. Les DBM doivent être remis aux fins d'élimination à une firme spécialisée ou un organisme habilité conformément au Règlement;
4. L'exploitant d'un lieu de production des déchets biomédicaux doit tenir à jour un registre.



En conclusion, les standards de gestion des déchets biomédicaux s'appliquent en tout temps, qu'ils soient produits en clinique, en pratique mobile ou dans un milieu non conventionnel de soins. Pour favoriser cette bonne gestion, l'hygiéniste dentaire en pratique mobile doit s'équiper de tous les contenants appropriés afin de se débarrasser des déchets selon leur catégorie, leur type, leur format, etc.

La population ne doit jamais être en contact avec les DBM. Il est impératif pour les hygiénistes de rendre l'environnement sécuritaire avant de quitter les lieux où ils ont prodigué les soins.

Finalement, puisque les pratiques peuvent être modifiées par les gouvernements provinciaux, les municipalités et autres autorités réglementaires, il est préférable de contacter les autorités locales chargées de l'environnement et du transport des déchets afin de s'assurer que les procédures et les règlements appropriés soient suivis, et ce, quel que soit le milieu où exerce l'hygiéniste dentaire en pratique mobile.

RÉFÉRENCES:

- 1 - Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire, édition 2009. http://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/11/contrôle-des-infections-2009_Medecine-dentaire.pdf
- 2 - Le règlement en bref: <https://www.environnement.gouv.qc.ca/matieres/biomedicaux/index.htm>
- 3 - Règlement sur les déchets biomédicaux: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/Q-2,%20r.%2012>
- 4 - Guide de gestion des déchets du réseau de la santé et des services sociaux: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-602-01W.pdf>
- 5 - Code de déontologie des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
- 6 - Outil d'application — Règlement sur les déchets biomédicaux, <https://www.environnement.gouv.qc.ca/matieres/biomedicaux/definition-dechets-biomedicaux.pdf>
- 7 - Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20138/>.

SERVICE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Masengu Joëlle Mbanga, H.D. Coordinatrice de l'inspection professionnelle

Jinette Laparé, Adjointe administrative

Carolle Bujold, H.D. Inspectrice

Manon L'Abbée, H.D. Inspectrice

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Véronique Dionne, H.D. présidente du comité

Mylène Chauret, H.D.

Julie Chrétien, H.D.

Marie-Josée Dufour, H.D.



waterpik^{MD}
sonic-fusion^{MD} 2.0

Ça marche parce qu'ils l'utilisent.

(Et parce qu'ils peuvent se brosser les dents et effectuer
un nettoyage interdentaire en même temps.)

La **NOUVELLE** brosse à dents Sonic-Fusion^{MD} 2.0 de Waterpik^{MD} combine les caractéristiques de l'hydropulseur Waterpik^{MD} traditionnel et d'une brosse à dents électrique sonique. Éprouvée en clinique, elle est plus efficace que d'autres brosses à dents soniques^{1,*}.

Jusqu'à

50 %

plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives².

Éliminait jusqu'à

99,9 %

du biofilm sur les zones traitées³.



BALAYEZ LE CODE
POUR VOIR LA BROSSSE
SONIC-FUSION^{MD} 2.0
EN ACTION.

* Comparativement à la brosse DiamondClean.

1. Goyal CR, Lyle DM, Qaqish JG, et al. The addition of a water flosser to power tooth brushing: effect on bleeding, gingivitis, and plaque. *J Clin Dent.* 2012; 23(2):57-63.
2. Barnes CM, Russell CM, Reinhardt RA, et al. Comparison of irrigation to floss as an adjunct to toothbrushing: effect on bleeding, gingivitis and supragingival plaque. *J Clin Dent.* 2005;16(3):71-77.
3. Gorur A, Lyle DM, Schaudinn C, et al. Biofilm removal with a dental water jet. *Compend Contin Educ Dent.* 2009;30(n° spécial 1):1-6.

NOUVEAUTÉ!
La première brosse à dents
à jet d'eau au monde est arrivée.



RECOMMANDEZ-LA
À VOS PATIENTS
COMME MOYEN
SIMPLE D'AVOIR
UN SOUIRE
SAIN



waterpik^{MD}
**PROGRAMME
AVANTAGES**

© 2021 Water Pik, Inc. Tous droits réservés.



Inscrivez-vous au
programme Avantages
de Waterpik^{MD} au
waterpik.ca/inscription.



L'ADC a validé les bienfaits suivants :

- L'hydropulseur Waterpik^{MD} éliminait jusqu'à 99,9 % de la plaque sur les zones traitées.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à 50 % plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à deux fois plus efficace que la soie dentaire pour améliorer la santé des gencives autour des implants.
- L'hydropulseur Waterpik^{MD} était jusqu'à trois fois plus efficace que la soie dentaire pour éliminer la plaque autour des broches.



L'HYGIÉNISTE DENTAIRE EN PRATIQUE MOBILE ET LA TENUE DE DOSSIER

– JULIE BOUDREAU, H.D., syndique

Maintenant que la pleine autonomie de l'hygiéniste dentaire fait l'objet d'une reconnaissance légale, de nouvelles occasions se présentent, notamment la possibilité d'exercer au sein de son propre cabinet d'hygiène dentaire. À titre d'exemple, des pratiques d'hygiène dentaire mobiles ont vu le jour dans les derniers mois. Le but étant notamment d'offrir des services de soins buccodentaires aux personnes qui sont incapables de se déplacer pour recevoir les services requis par leur condition. Le tout ne doit cependant pas se faire au détriment des règles déontologiques, bien au contraire.

Dans les derniers mois, les hygiénistes dentaires nouvellement propriétaires d'une entreprise d'hygiène dentaire mobile ont à maintes reprises adressé la question suivante au Bureau du syndic : « Est-il obligatoire pour moi de tenir des dossiers informatiques de mes clients afin d'être en conformité avec mon *Code de déontologie* ? ».

Tout d'abord, l'hygiéniste dentaire doit tenir ses dossiers clients conformément au *Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*¹.

Plus particulièrement, l'article 9 prévoit ce qui suit :

« 9. Rien dans la présente section ne doit être interprété comme excluant l'utilisation de l'informatique ou de toute autre technique pour la constitution ou la tenue des dossiers, livres et registres d'un hygiéniste dentaire, pourvu que l'exactitude et la confidentialité des renseignements soient respectées, ainsi que pour le maintien de ses équipements. »

Au surplus, l'article 14 spécifie que l'hygiéniste dentaire doit s'assurer que les dossiers soient conservés dans un local ou un meuble pouvant être fermé à clé, auquel le public, ou les membres de sa famille par exemple, n'ont pas accès librement.

Nous comprenons de cela que les dossiers peuvent être informatiques ou en version papier, mais que la responsabilité revient à la façon dont ils sont conservés et au respect de la confidentialité.

Mais qu'en est-il de la pratique mobile ?

Le défi pour les hygiénistes dentaires en pratique mobile est plus grand. Il faut s'assurer non seulement de ranger les dossiers papiers de façon sécuritaire dans un classeur qui peut être verrouillé ou sécurisé lorsqu'il n'est pas utilisé, mais il faut en plus faire preuve de précautions supplémentaires lors des déplacements. Pour les dossiers conservés sur support informatique, l'obligation de confidentialité est la même et l'hygiéniste dentaire doit utiliser un logiciel lui permettant de la préserver notamment par l'utilisation d'un mot de passe robuste pour accéder aux dossiers et d'un logiciel antivirus efficace et à jour.

Par exemple, il est possible que pour une journée, l'hygiéniste dentaire quitte son domicile professionnel afin d'aller offrir ses services à quelques clients dans leur milieu de vie. Il est compréhensible que dans un souci d'efficacité l'hygiéniste dentaire souhaite apporter tous les dossiers papier des clients qui seront vus dans la journée, et ce, afin d'éviter de retourner à son bureau ou à sa clinique. Il faut alors s'assurer d'avoir une mallette ou une valise qu'il est possible de fermer à clé. Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire de transporter les dossiers avec le matériel et de ne pas le laisser sans surveillance dans la maison de son client ou dans la voiture. Il en va du respect de la confidentialité des renseignements personnels et de la protection du secret professionnel. Le Conseil de discipline de l'Ordre le rappelle avec justesse dans l'affaire Rahal² :

« [38] Tout professionnel doit respecter le secret professionnel. Il doit s'assurer de ne pas divulguer tout renseignement de nature confidentielle qui vient à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. Il doit tout autant s'assurer que les informations colligées concernant chacun de ses clients soient conservées dans un lieu sécuritaire et que celles-ci ne soient accessibles qu'aux personnes dûment autorisées.

[39] Le droit au secret professionnel appartient au client. Il en est le maître. Le professionnel en est le gardien. Ce dernier ne peut donc divulguer des informations dont il a eu connaissance dans le cours de sa relation professionnelle que si le client y consent ou l'y autorise ou par une disposition expresse de la loi.

[40] Ce droit du client et cette obligation pour le professionnel étant enchâssés dans la Charte des droits et libertés de la personne, dans le Code des professions ainsi que dans le Code de déontologie, sont d'une grande importance.

[41] Le respect du secret professionnel vise à assurer une relation professionnelle de confiance. Le public s'attend à ce que tous les professionnels respectent cette obligation. »

Dans cette même affaire, le Conseil de discipline de votre Ordre devait se pencher sur une question impliquant un vol de documents contenant des données confidentielles sur des clients. Il s'agit d'un manquement grave où la négligence de l'hygiéniste dentaire a été soulevée :

« [44] Une voiture stationnée sans surveillance dans un stationnement extérieur facilement accessible au public ne saurait être qualifié de lieu sécuritaire non accessible au public.

[45] En laissant sa mallette de travail remplie de documents comportant des informations de nature confidentielle dans sa voiture stationnée sans surveillance dans un lieu public, l'intimée néglige de ranger ses documents dans un lieu sécuritaire non accessible au public et ne prend pas les moyens pour préserver la confidentialité des renseignements de nature confidentielle venus à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

[46] Par son comportement, l'intimée risquait de mettre en péril le secret professionnel, risque qui s'est matérialisé par le vol de ces documents. Bien qu'aucune conséquence néfaste

n'ait été rapportée à ce jour, les documents n'ont pas été retrouvés, l'auteur du vol et l'usage qu'il a fait ou qu'il pourra faire des informations de nature confidentielle sont inconnus, ce qui est d'autant plus inquiétant pour la protection du public.

[47] L'infraction reprochée constitue un manquement grave qui se situe au cœur même de la profession. Elle mine la confiance du public envers la profession et porte ombrage à celle-ci. [...]

[51] À l'heure du fléau des vols d'identité, l'intimée se devait d'accroître sa prudence et sa vigilance pour protéger les documents contenant des informations confidentielles, ce qu'elle ne fait pas en les conservant dans sa voiture stationnée dans un lieu public³. »

Ainsi donc, bien que l'hygiéniste dentaire puisse transporter des documents contenant des renseignements confidentiels sur le support de son choix, papier ou informatique, il ou elle demeure toujours responsable d'en assurer leur confidentialité.

Dans l'attente que l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec développe ses propres normes, nous vous suggérons de vous référer à des normes produites par d'autres ordres professionnels :

BARREAU DU QUÉBEC. *Guide des TI — Gestion et sécurité des technologies de l'information pour l'avocat et son équipe, mise à jour janvier 2016*, [En ligne], <https://www.barreau.qc.ca/media/2331/guide-ti.pdf>, (Consulté le 23 novembre 2021).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIER DU QUÉBEC. *Pratique infirmière dans le secteur privé – Balises professionnelles, déontologiques et juridiques*, [En ligne], 2017, <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1477-pratique-inf-secteur-privé-balises-web.pdf/9c2f1291-e345-f70f-a93f-8156327b871a>, (Consulté le 23 novembre 2021).

ORDRE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. *Cadre de référence sur les aspects clinico-administratifs liés à l'exercice de la profession d'ergothérapeute dans le secteur privé*, [En ligne], juin 2015, <https://www.oeg.org/DATA/NORME/4-v-cadre-de-reference-secteur-privé.pdf>, (Consulté le 23 novembre 2021).

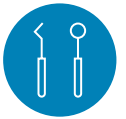
ORDRE DES DENTUROLOGISTES. *Guide pratique d'utilisation d'un support informatique pour la tenue des dossiers patients (Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des denturologistes, articles 1.04. et 2.08.)*, [En ligne], septembre 2016, https://www.odq.com/sites/default/files/2017-12/guide-utilisation-support-informatique_sg_final.pdf, (Consulté le 23 novembre 2021).

Références :

1 - Règlement sur les cabinets et les effets des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, RLRQ, chapitre C-26, r. 138

2 - Hygiénistes dentaires (Ordre professionnel des) c. Rahal, 2021 QCCDHD 3 (CanLII).

3 - Ibidem.



PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Boîte à outils pour le démarrage d'un cabinet d'hygiéniste dentaire

Les normes scientifiques relatives à la prévention et au contrôle des infections s'appliquent à tous les hygiénistes dentaires, indifféremment de leur lieu d'exercice. En ce sens, la récente modernisation de la profession n'a pas d'effet sur l'applicabilité de ces normes.

Ce document a été préparé par le Comité de prévention et contrôle des infections de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ) pour vous soutenir en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) lors du démarrage de votre cabinet d'hygiène dentaire, qu'il s'agisse d'une clinique d'hygiène dentaire où vous recevez vos clients, ou d'une pratique mobile.

Pour utiliser adéquatement la boîte à outils suivante, il est important de :

1. Lire les normes sur la prévention et le contrôle des infections. Toutes les exigences à ce sujet se retrouvent dans le guide publié par l'OHDQ et l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) en 2009 : [Document d'information sur le contrôle des infections – Médecine dentaire](#);
2. Lire les énoncés proposés au complet. Selon le cas, cocher les éléments appliqués adéquatement dans votre pratique en matière de PCI et corriger ce qui n'est pas conforme;
3. Préparer des protocoles pour l'entretien des équipements, la gestion des accidents et des expositions professionnelles, et les mettre à la vue de tous;
4. S'équiper avec une trousse d'urgence et une trousse de premiers soins conformément aux [Lignes directrices de l'OHDQ en cas d'urgences médicales pour la trousse d'urgence et pour la trousse de premiers soins, pour les cabinets d'hygiénistes dentaires](#).

STÉRICENTRE

Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire de s'assurer que le stéricentre est une zone désignée spécifiquement pour le retraitement des dispositifs médicaux qui n'est pas utilisée à d'autres fins. Le stéricentre ne peut pas être dans la salle de traitement.

- Pour celles et ceux qui ont démarré une pratique dans leur résidence personnelle, ce lieu ne pourrait pas être une simple pièce de votre maison telle que la salle de lavage ou une salle de bain qui est également utilisée à d'autres fins.

Le lieu désigné sera utilisé exclusivement pour le nettoyage, l'emballage, la stérilisation et l'entreposage des instruments.

Le stéricentre doit être organisé de manière à assurer un espace réservé aux instruments contaminés et doit avoir une zone séparée pour les emballages stériles afin de respecter la chaîne d'asepsie et avoir un sens unidirectionnel pour éviter la contamination croisée.

Les aires de travail du stéricentre (comptoirs, planchers, etc.) doivent être nettoyées et désinfectées quotidiennement.

Liste de vérification pour le stéricentre

Il est de la responsabilité de l'hygiéniste dentaire de consulter des professionnels qui sont formés pour les milieux de soins de santé sur les plans de la plomberie, de l'électricité, de la ventilation, etc., pour s'assurer de la conformité de ces éléments avec les règlements en vigueur. L'OHDQ ne peut pas vous offrir de l'expertise concernant la construction et la mise en place du stéricentre.

- ☐ Zone non accessible aux jeunes enfants; accès limité; porte verrouillée avec signalisation SIMDUT (voir section SIMDUT)
- ☐ Plancher : facile à nettoyer; résistant au nettoyage et à la désinfection; antidérapant; pas de tapis
- ☐ Murs, armoires et comptoirs: faciles à nettoyer; résistants au nettoyage et à la désinfection; fabriqués à partir d'un matériau non poreux (p. ex.: pas de brique, pas de rideaux en tissu)
- ☐ Plomberie et drainage adéquats pour le bain ultrasonique ou le laveur/désinfecteur d'instrument et stérilisateur
 - ☐ Accès à l'évier et au lavabo
 - ☐ Plombier pour vérifier l'installation
- ☐ Intensité de courant adéquate pour soutenir plusieurs prises pour l'équipement du stéricentre

- ☐ Prises à DDAA-DDFT à double fonction (prise à disjoncteur détecteur d'amorçages d'arc/fuites à la terre) en raison de la proximité de l'eau
- ☐ Faire vérifier par un électricien qu'il n'y a aucune surcharge de circuits et que l'installation respecte les normes CAN/CSA en vigueur
- ☐ Disposer d'éclairage approprié: intensité lumineuse suffisante pour faciliter le travail, spécifiquement au-dessus de l'évier et pour les aires d'emballage conformément à la fiche d'information [Éclairage ergonomique — Généralités](#) du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
- ☐ Disposer d'une ventilation adéquate conforme aux normes CAN/CSA en vigueur
- ☐ Afficher dans le stéricentre et dans la salle de soins le feuillet «Procédures à suivre en cas d'exposition professionnelle» (rubrique 21 du *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*). Il est fortement recommandé d'avoir une station de lavage oculaire (bain oculaire) en cas d'éclaboussure à l'œil (aux yeux)
- ☐ S'organiser pour gérer les déchets biomédicaux. L'hygiéniste dentaire doit respecter les normes en matière de manipulation et d'élimination des déchets biomédicaux (tableau ci-dessous de la rubrique 23 du *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*)

TABLEAU 1: DÉCHETS BIOMÉDICAUX

Les précautions standards doivent être observées lors de la manipulation de ces déchets. Utiliser les mesures de protection personnelles adéquates (gants tout usage, masque, verres protecteurs et sarrau).

CATÉGORIES	EXEMPLES	CONTENANT	ÉLIMINATIONS
A - Matériel coupant, piquant et tranchant	Aiguilles, lames de bistouris et objets coupants: verre, lamelles, matrices, fils et ligatures métalliques, etc.	Contenant rigide, hermétique et identifié à cet effet	• Incinération sur place - ou • Enfouissement sanitaire, si rendu non infectieux (stérilisé) et registre à maintenir - ou • Contrat avec une firme spécialisée dans l'élimination
B - Non anatomiques et solides	Équipement de protection personnelle: sarrau jetable, masques, gants. Enveloppes protectrices de plastique et housses de papier. Matériel à usage unique: sacs de stérilisation de plastique et de papier, 2x2, rouleaux de coton, pompes à salive, porte-fluor, cupules, essuie-tout, etc.	Sac de plastique imperméable, résistant fermé hermétiquement	Déchets ordinaires
C - Déchets infectieux* biologiques	Articles jetables fortement contaminés et imprégnés de sang (p. ex., 2x2 souillés, etc.)	Pour petite quantité: utiliser le contenant de A Pour quantité importante: double sac jaune	• Incinération sur place - ou • Enfouissement sanitaire, si rendu non infectieux (stérilisé) et registre à maintenir - ou • Contrat avec une firme spécialisée dans l'élimination
D - Non anatomiques et liquides	Sang et liquides aspirés		Tous les contenants qui renferment du sang ou de la salive (liquides aspirés) peuvent être versés sans danger dans un vidoir, un drain ou une toilette reliés à un réseau d'égout ou à une foss septique

*Déchets infectieux: déchets biomédicaux contaminés susceptibles de causer des maladies infectieuses.

Source: [Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire, 2009](#), p. 46.

ÉQUIPEMENTS DE STÉRILISATION

Il faut choisir vos équipements pour procéder au nettoyage et à la stérilisation de vos instruments en tenant compte des éléments suivants :

- Il est important de s'assurer que le produit ou l'équipement est approuvé et homologué par Santé Canada et qu'il est conçu pour usage médical.
- Vérifiez les lignes directrices du fabricant concernant les exigences d'installation et de ventilation. Conserver les manuels d'instructions des fabricants.
- S'assurer de tenir un registre d'entretien pour l'équipement (stérilisateur, bain ultrasonique, laveur/désinfecteur d'instruments) selon les recommandations et la garantie du fabricant.
- S'assurer de tenir un registre de vérification de l'efficacité de la stérilisation (tests biologiques, tests chimiques, etc.). Prévoir de mettre en place un système de gestion de la traçabilité.
- Si vous faites des achats sur Internet, vous devez faire preuve d'une grande prudence, car il y a beaucoup de désinformation sur les réseaux sociaux et les sites Internet non officiels.
- Si vous faites des achats des équipements usagés, vous devez vous assurer que les équipements soient fonctionnels, qu'ils répondent aux normes actuelles et que l'entretien a été fait selon les recommandations du fabricant. Vous devez de plus vérifier s'ils ont une date de péremption ou un retraitement exigé selon le nombre d'usages.

Normes auxquelles se conformer ou à vérifier :

TRANSPORT D'ÉQUIPEMENTS, PRODUITS OU INSTRUMENTS

Éviter de laisser les équipements, produits ou instruments dans des endroits non sécuritaires et sans surveillance.

Éviter de laisser les équipements, produits ou instruments dans des endroits exposés à des changements de température (très chaud ou très froid), à l'humidité, etc. (p. ex. dans une automobile). Les températures extrêmes peuvent avoir un effet sur les instruments et sur l'efficacité des produits désinfectants.

Liste de vérification pour le transport d'équipements, produits ou instruments :

- ☐ Utiliser des contenants rigides qui ferment hermétiquement et qui sont résistants à la perforation pour transporter les instruments; s'assurer que les contenants sont résistants au nettoyage et à la désinfection
- ☐ Prendre les mesures nécessaires pour le trempage des instruments dans une solution enzymatique afin d'éviter aux débris de sécher sur les instruments si la stérilisation est effectuée plus tard
- ☐ Ne pas transporter les instruments contaminés et les instruments stériles dans le même contenant rigide

Normes auxquelles se conformer ou à vérifier :

Pour de plus amples renseignements sur le retraitement des dispositifs médicaux critiques, veuillez consulter les documents suivants :

Suzanne Turmel, *Hygiéniste dentaire en santé publique*, 3^e édition, Chenelière Éducation, 2019, 278 p.

Institut national de santé publique du Québec, Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux (CERDM), [Retraitement des dispositifs médicaux critiques – Guide de pratique](#), 2014, 226 p.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES MATIÈRES DANGEREUSES UTILISÉES AU TRAVAIL (SIMDUT)

L'hygiéniste dentaire à l'obligation de suivre les lignes directrices établies par le SIMDUT pour assurer un milieu de travail sécuritaire.

Les principaux éléments du SIMDUT sont:

- La classification des produits dangereux;
- L'étiquetage (étiquette du fournisseur ou étiquette du lieu de travail);
- Les fiches de données de sécurité (FDS du fournisseur ou FDS du lieu de travail);
- La formation des travailleurs.

Pour de plus amples renseignements sur le SIMDUT, veuillez consulter la [page d'information](#) de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Normes auxquelles se conformer ou à vérifier:

Trouver le document sur le site Web: <https://ohdq.com/public/publications/normes-guides-et-memoires/>

RÉFÉRENCES

CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL (CCHST). *Éclairage ergonomique — Généralités*, [En ligne], Dernière mise à jour du document le 30 septembre 2019. https://www.cchst.ca/oshanswers/ergonomics/lighting_general.html (Consulté le 8 décembre 2021).

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST). *Le SIMDUT, qu'est-ce que c'est?* [En ligne], octobre 2018. <https://reptox.cnesst.gouv.qc.ca/simdut-2015/Pages/quest-ce-que-cest.aspx> (Consulté le 8 décembre 2021).

GRUPE CSA. *Retraitement des dispositifs médicaux au Canada*, 2018, 415 p. (CAN/CSA-Z314-F18).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Retraitement des dispositifs médicaux critiques – Guide de pratique*, [En ligne], 2014. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1873_retraitement_dispositifs_medicaux.pdf (Consulté le 8 décembre 2021).

ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC (ODQ) ET ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (OHDQ). *Document d'information sur le contrôle des infections — Médecine dentaire*, édition 2009, Montréal, ODQ et OHDQ, 2009, 79 p. Également disponible en ligne: http://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/11/contrôle-des-infections-2009_Medecine-dentaire.pdf.

ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC (OHDQ). *Lignes directrices de l'OHDQ en cas d'urgences médicales pour la trousse d'urgence et pour la trousse de premiers soins, pour les cabinets d'hygiénistes dentaires*, [En ligne], 14 mai 2021. https://ohdq.com/wp-content/uploads/2021/06/Norme_trousse_urgence_WEB_2021-06_Publie.pdf (Consulté le 8 décembre 2021).

TURMEL, Suzanne. *Hygiéniste dentaire en santé publique*, 3^e édition, Montréal, Chenelière Éducation, 2019, 278 p.

CLINIQUE MOBILE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE:

un projet d'apprentissage par le service pour les étudiants en hygiène dentaire

- HEATHER FLICK, HDA, M. SC., MSP; SHERI BARRETT, D. ÉD.; CARRIE CARTER-HANSON, HDA, M.A., D. ÉD.,

Reproduction autorisée de « *Oral Health on Wheels: A Service Learning Project for Dental Hygiene Students* »
Journal of Dental Hygiene, 2016 Aug;90(4):226-33 : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27551143/>

RÉSUMÉ

Objectif: Fournir aux étudiants en hygiène dentaire une occasion d'apprentissage par le service auprès de populations mal desservies, culturellement diversifiées et aux besoins particuliers, au moyen d'une clinique mobile d'hygiène dentaire communautaire, Oral Health on Wheels (OHOW).

Méthodes: Une enquête de rétroaction a été réalisée entre 2009 et 2013 auprès de 90 étudiants afin de recueillir de l'information importante sur la satisfaction, l'acquisition de compétences et la croissance personnelle après l'expérience clinique des étudiants de l'OHOW. Des analyses statistiques, soit l'analyse de variance et le coefficient de corrélation de Pearson, ont été utilisées pour étudier les relations entre les réponses des étudiants aux questions clés de l'enquête.

Résultats: Une analyse de 85 réponses d'étudiants (94,44 %) a démontré des corrélations statistiquement significatives entre l'apprentissage des étudiants et leur compréhension des populations mal desservies, le renforcement de la confiance dans les compétences, la participation en tant que membre d'une équipe dentaire et la compréhension de leur rôle dans la prise en charge totale du patient. Les corrélations étroites entre ces questions clés étaient liées à l'expérience clinique et à la confiance des étudiants, à l'intégration des compétences dans l'équipe dentaire, à la compréhension de la prise en charge globale du patient et à la compréhension accrue des besoins en soins buccodentaires des populations particulières. Toutes les questions sont directement liées à la mission fondamentale du programme de clinique mobile OHOW.

Conclusion: L'expérience clinique de la clinique mobile OHOW offre aux étudiants en hygiène dentaire une occasion unique de s'engager dans leur communauté tout en acquérant les compétences cliniques nécessaires requises pour l'agrément national et en donnant accès à des services de soins buccodentaires à des patients mal desservis qui, autrement, ne recevraient aucun traitement.

Mots clés: accès aux soins, pratique non conventionnelle, compétence culturelle, formation clinique, hygiène dentaire, modèles de main-d'œuvre en hygiène dentaire.

Cette étude appuie le domaine prioritaire du National Dental Hygiene Research Agenda (NDHRA), soit la **recherche sur les services de santé**: étude de la façon dont les modèles non conventionnels de prestation de soins d'hygiène dentaire peuvent réduire les inégalités en matière de soins de santé.

INTRODUCTION

Il existe de nombreux rapports bien établis concernant la formation des fournisseurs de soins buccodentaires dans les établissements d'enseignement^{1,2}. L'un des rapports les plus remarquables, publié en 2003 par la Commission du président de l'American Dental Education Association (ADEA), détaille les rôles et les responsabilités des établissements universitaires de médecine dentaire³. Dans ce rapport, les auteurs attirent l'attention sur l'importance pour les établissements d'enseignement de faire partie de la « communauté morale », non seulement pour aider à améliorer l'accès aux soins buccodentaires, mais aussi pour « être en mesure d'influencer les décideurs politiques étatiques et fédéraux, les dirigeants communautaires, l'industrie et d'autres intervenants pour aider la profession à remplir ses devoirs moraux »³. L'une des préoccupations majeures de ce rapport de l'ADEA était de répondre aux besoins en matière de soins buccodentaires de notre société démographique en mutation, y compris les populations mal desservies et culturellement diversifiées.

Le rapport « Healthy People 2020 » du Directeur du Service de santé publique des États-Unis (Surgeon General) a souligné l'impact de la santé buccodentaire sur la santé générale, les disparités dans la santé buccodentaire et l'accès aux soins chez les personnes à faible revenu et mal desservies⁴. Par exemple, il a été démontré que l'incidence de maladies dentaires ou buccales était plus élevée chez un pourcentage supérieur de diverses populations. Le Directeur du Service de santé publique des États-Unis a donc souligné les avantages considérables de l'inclusion de la santé buccodentaire dans la conception des programmes communautaires^{3,4}.

Il a également été sous-entendu que sans un changement radical des modèles de soins buccodentaires dans l'enseignement de la médecine et de l'hygiène dentaires, la dentisterie en tant que profession se contentera de reproduire le paysage actuel des disparités en matière de santé buccodentaire au lieu de le changer⁵.

Les normes de la Commission on Dental Accreditation (CODA) indiquent clairement que les étudiants qui obtiennent leur diplôme d'un établissement d'enseignement de soins dentaires ou d'hygiène dentaire doivent être compétents dans la gestion d'une population de patients diversifiée et posséder les compétences interpersonnelles et de communication nécessaires pour bien fonctionner dans des environnements de travail multiculturels (norme 2.17), et qu'ils doivent être compétents dans l'évaluation des besoins de traitement des patients ayant des besoins particuliers (norme 2.12)⁶. Par conséquent, si les formateurs mettent en œuvre des stratégies pour mettre leurs étudiants en contact avec une population diversifiée de patients, ces étudiants pourraient considérer le travail avec ces patients comme une expérience enrichissante et être mieux préparés à traiter ces personnes sur le marché du travail.

Les législateurs se tournent vers d'autres systèmes de prestation pour répondre aux besoins en soins buccodentaires des populations mal desservies. Plusieurs modèles de fournisseurs de soins de niveau intermédiaire ont été décrits et suggérés, par exemple l'hygiéniste dentaire en pratique avancée, le coordonnateur de santé dentaire communautaire et le thérapeute dentaire⁷.

Ces modèles ont été proposés à l'échelle nationale, mais les différents États travaillent également sur des modèles spécifiques à leurs besoins. Par exemple, l'État du Kansas gère l'accès aux soins de santé buccodentaire dans le cadre d'un programme de permis de soins étendus (*Extended Care Permit* [ECP]) pour les hygiénistes dentaires et a mis en place à ce jour l'ECP I, II et III⁸.

Afin de préparer les étudiants à travailler avec une population diversifiée après l'obtention de leur diplôme, il est essentiel qu'ils soient exposés à des personnes dans divers contextes, avec des besoins en matière de santé buccodentaire ou des handicaps différents, et qu'ils sachent comment les traiter. Les publications laissent envisager que la meilleure façon pour que les étudiants puissent saisir l'importance du service communautaire et acquérir un sentiment de compétence culturelle est de mettre en œuvre des opportunités d'apprentissage par le service. Selon Yoder, «l'intégration de l'apprentissage par le service au cursus dentaire permettra de mieux comprendre la dynamique, les atouts et les défis de la communauté et sa relation avec la santé buccodentaire et générale⁹.»

L'apprentissage par le service ne consiste pas simplement à fournir des services à la communauté ou à faire du bénévolat. Pour qu'un apprentissage par le service soit authentique, il doit y avoir une composante réciproque, une préparation et une réflexion^{9,10}. Les services fournis répondent à un besoin de la communauté, s'inscrivent dans les buts et objectifs de la formation des étudiants et favorisent leur rôle en tant que professionnels et partenaires de la communauté^{9,11}. Yoder décrit les composantes essentielles pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'apprentissage par le service dans le cursus dentaire qui sont nécessaires pour que l'apprentissage par le service soit authentique et non un simple engagement communautaire⁹.

Hood a également décrit les trois grands objectifs de l'apprentissage par le service dans l'enseignement des soins dentaires¹². L'amélioration de l'apprentissage des étudiants, la promotion de l'engagement civique et la réponse aux besoins sociaux sont tous des éléments cruciaux pour réussir un projet d'apprentissage par le service, en plus de renforcer la communauté dans son ensemble. Parmi les autres éléments clés, on note la réciprocité entre les étudiants et l'entité communautaire desservie.

La réflexion de l'étudiant est également indispensable pour une expérience d'apprentissage réussie¹². Par ailleurs, Elyer et Giles discutent de l'importance de faire correspondre les objectifs éducatifs avec le placement des étudiants dans le cadre communautaire, ainsi que de la réflexion de l'étudiant comme moyen d'approfondir le transfert des connaissances acquises lors de l'expérience pratique¹³. D'autres éléments importants relevés par ces auteurs comprennent la relation entre les étudiants et le partenaire communautaire, le moment ou la durée de l'expérience et la perception par l'étudiant de la qualité de l'expérience d'apprentissage par le service¹³. Comme la Commission on Dental Accreditation (CODA) évalue la capacité des établissements d'enseignement de la médecine dentaire à s'assurer que les étudiants ont un savoir-faire culturel, la mise en œuvre de possibilités d'apprentissage par le service dans le programme d'hygiène dentaire est tout indiquée.

Dans le cadre d'une approche innovante de l'enseignement de l'hygiène dentaire et de la santé publique, une clinique d'apprentissage par le service, la clinique mobile Oral Health on Wheels (OHOW), est devenue pleinement opérationnelle en août 2008, sous forme de rotation clinique pour les étudiants en hygiène dentaire du Johnson County Community College (JCCC).

FIGURE 1: Unité dentaire mobile du JCCC



Après une collecte de fonds réussie et avec l'engagement de l'établissement d'enseignement relativement aux dépenses opérationnelles, un véhicule mobile d'hygiène dentaire a été acheté pour mettre en œuvre ce programme d'apprentissage (fig. 1). La clinique mobile d'hygiène dentaire se compose d'un camion de 43 pieds (13,10 m) conçu sur mesure (LifeLineMobile®) et équipé de deux cabinets dentaires complets, d'une zone de stérilisation, d'une zone d'accueil pour les patients, d'une salle d'attente et d'une plateforme élévatrice pour fauteuils roulants. Les rotations cliniques à la clinique mobile OHOW permettent aux étudiants en hygiène dentaire de s'impliquer et de fournir toute la gamme des services d'hygiène dentaire à des patients de cultures diverses et à ceux ayant des besoins particuliers. La clinique mobile OHOW continue d'être soutenue financièrement par l'établissement d'enseignement et est donc maintenue à titre d'expérience clinique enrichissante pour les étudiants en hygiène dentaire. Le fonctionnement de la clinique mobile OHOW est sous la supervision d'un professeur d'hygiène dentaire à temps plein qui coordonne le projet. De plus, des dentistes communautaires sont employés pour améliorer la formation interprofessionnelle^{12,13}. Les étudiants en hygiène dentaire de deuxième année effectuent une rotation de trois semaines à la clinique mobile OHOW dans le cadre de leur formation clinique. L'encadrement à la clinique mobile OHOW d'un étudiant par enseignant permet un apprentissage étendu et une assistance avec de nouvelles expériences patients dans les populations particulières desservies par la clinique mobile OHOW (tableau I).

Partenaires communautaires (composante réciproque)

La clinique mobile OHOW travaille en partenariat avec deux organismes de services du comté de Johnson, à savoir Johnson County Developmental Supports (JCDS) et Johnson County Department of Health and Environment (JCDHE). Un troisième partenariat est en place avec un centre d'action sociale, le Center of Grace. Les clients du JCDS présentent des déficiences intellectuelles et développementales de légère à grave. Les patients vus au JCDHE sont des mères enceintes, tandis que les clients du Center of Grace sont principalement des adultes hispaniques. Le tableau II décrit les caractéristiques démographiques de ces partenaires communautaires. L'admissibilité des clients est déterminée par le directeur des services cliniques du JCDS. La prise de rendez-vous est assurée par le personnel infirmier, qui utilise un système de soins standards prescrit par le personnel de la clinique mobile OHOW afin de favoriser la santé parodontale des clients. Le traitement du mercredi alterne entre le JCDHE et le centre de sensibilisation du Center of Grace. Les clients du JCDHE sont informés des avantages pour la santé et de la prestation des services de santé buccodentaire fournis par la clinique mobile OHOW grâce à un système d'admission interne par les coordinateurs des soins tant qu'ils sont toujours inscrits aux cours d'anglais langue seconde du centre.

Activités de la clinique mobile OHOW : corps enseignant, personnel, étudiants

La supervision de la clinique mobile OHOW est assurée par un corps enseignant en hygiène dentaire à temps plein de l'établissement d'enseignement. Des dentistes d'un groupe communautaire se relaient pour occuper le poste de dentiste salarié de la clinique dentaire OHOW. Un dentiste est présent dans la clinique mobile à chaque rotation. Selon un système de rotation, deux étudiants en hygiène dentaire travaillent dans la clinique dentaire mobile en

même temps, deux fois par semaine. Un même dentiste est présent tous les lundis, au service des clients du JCDS. La présence constante du même dentiste sur place auprès de la population à besoins particuliers renforce l'acceptabilité des patients et leur permet de se sentir en confiance. Actuellement, 5 autres dentistes se relaient au poste de dentiste salarié du mercredi, présents de 1 à 5 jours par semestre. Cette communauté de dentistes renforce la relation avec la communauté locale de dentistes et partage les expériences d'apprentissage que l'établissement d'enseignement offre aux étudiants en hygiène dentaire. Afin de faciliter le rapprochement interculturel avec la communauté hispanophone, un interprète/traducteur expérimenté complète l'équipe de la clinique mobile OHOW. En tant que partie intégrante de la clinique mobile OHOW, l'interprète aide les clients hispanophones à remplir les formulaires et à s'orienter (anglais/espagnol), à comprendre les résultats et les besoins du traitement, à recevoir des instructions sur les soins de santé buccodentaire, ainsi qu'à planifier et à assurer le suivi après le traitement.

Les publications montrent clairement que l'enseignement de l'hygiène dentaire est une plateforme propice pour offrir aux étudiants de précieuses expériences d'apprentissage par le service comme moyen de créer des partenariats communautaires^{2,14}. Par conséquent, l'objectif de ce projet d'apprentissage par le service était de fournir aux étudiants en hygiène dentaire une occasion unique d'acquérir des expériences significatives en matière de soins aux patients ayant des besoins particuliers et aux populations culturellement diversifiées et mal desservies, par le biais d'une clinique communautaire mobile. En outre, cette étude évaluait la satisfaction des étudiants quant à leur expérience de rotation à la clinique mobile OHOW par le biais d'une enquête de rétroaction des étudiants.

Méthodes et matériel

Les étudiants travaillaient à la clinique mobile OHOW 2 fois par semaine, 3 semaines d'affilée. Avant de participer, les étudiants doivent avoir suivi une série de modules sur les « Soins buccodentaires pratiques chez les personnes atteintes de troubles du développement »¹⁵. Les étudiants passent également un examen à effectuer chez eux sur ces informations, ce qui leur permet d'améliorer leur capacité à travailler et à traiter les patients ayant des besoins particuliers et issus de populations mal desservies.

Afin d'évaluer la satisfaction des étudiants à l'égard du projet d'apprentissage par le service de la clinique mobile OHOW, une enquête de rétroaction des étudiants a été réalisée auprès de tous les étudiants ayant participé aux 5 années du projet, de 2009 à 2013. L'enquête a été réalisée à la fin de la deuxième année, avant l'obtention du diplôme, afin de donner aux étudiants le temps de réfléchir à leur expérience d'apprentissage par le service. L'enquête était menée en aveugle, la participation constituant le consentement. Au total, 90 étudiants ont répondu à l'enquête entre 2009 et 2013. Il n'était pas obligatoire d'y participer.

L'enquête a permis d'évaluer dans quelle mesure la clinique mobile OHOW avait sensibilisé les étudiants aux populations mal desservies, à la diversité culturelle, aux compétences cliniques, au renforcement de la confiance, aux relations de travail en équipe et à la prestation de soins éthiques aux patients. Les étudiants fournissaient également une rétroaction ouverte sur le fonctionnement actuel du programme et la mesure dans laquelle la rotation avait pu influencer leur formation clinique en hygiène dentaire ainsi que leurs projets professionnels à venir. De cette façon, l'enquête a permis d'obtenir une rétroaction à la fois quantitative et qualitative.

Le questionnaire de rétroaction a été adapté à partir de celui utilisé dans une étude d'Ashton-Brown et ses collègues, dans laquelle les auteurs avaient évalué l'utilisation de cliniques de santé publique dans le cadre d'une rotation d'apprentissage par le service pour les étudiants en hygiène dentaire¹⁶. Cette enquête avait été conçue à l'origine d'après le programme Health Professions Schools in Service to the Nation, tiré du manuel *Methods and Strategies for Assessing Service-Learning in the Health Professions*¹⁷. L'adaptation finale du questionnaire d'enquête de l'étude comprenait un total de 25 questions. Ces 25 questions ont été réparties en 3 sections. La première section comprenait 10 questions relatives

au développement des compétences avec une réponse sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 à 5 (où 1 correspondait à «pas du tout» et 5 à «très bien»). La deuxième section comprenait 11 questions relatives à l'expérience des étudiants lors de la rotation d'apprentissage par le service. L'échelle de Likert de cette section allait de 1 à 5, où 1 correspondait à «absolument pas d'accord» et 5 à «absolument d'accord». Enfin, la section 3 comprenait 4 questions permettant aux étudiants de réfléchir aux leçons retenues, aux changements à apporter, à leur contribution au projet et à tout commentaire qu'ils souhaiteraient transmettre au corps enseignant et au personnel au sujet de leur expérience d'apprentissage par le service.

TABEAU I : Cadre de rotation d'apprentissage par le service de la clinique mobile OHOW

Élément d'apprentissage par le service de la clinique mobile OHOW	Cadre temporel	Semaine	Membres de l'équipe
L'étudiant étudie les modules et passe l'examen Besoins en matière de santé buccodentaire des patients atteints de déficiences intellectuelles et de troubles du développement	Avant de participer à la rotation à la clinique mobile OHOW	Clinique III, semestre d'automne, 2 ^e année du programme	Tous les étudiants de deuxième année
Rotation sur le projet d'apprentissage par le service de la clinique mobile OHOW pour les services préventifs : • Prophylaxie • Détartrage • Surfaçage radiculaire • Polissage • Fluorure • Éducation • Radiographies • Examen dentaire • Orientation	Rotation 2 fois par semaine, 3 semaines d'affilée Lundi et mercredi	Semestre d'automne et de printemps de 2 ^e année Lundi – JCDS Mercredi – Alternance entre JCDHE (femmes enceintes) et Center of Grace	Corps enseignant en hygiène dentaire à temps plein – les deux jours Lundi DDS – Identique chaque semaine Mercredi DDS – Interprète espagnol, rotation
Rencontre avec le corps enseignant à des fins de réflexion : • Rétroaction formative quotidienne • Rétroactions sommaires	Une fois terminée la rotation d'apprentissage par le service	Fin du semestre	Rencontre entre le corps enseignant à temps plein et les étudiants pour la réflexion
Enquête de rétroaction des étudiants : • Éléments de l'échelle de Likert et réflexion et rétroaction ouvertes	Une fois terminée la rotation d'apprentissage par le service	Fin du semestre	Réponse de l'étudiant à l'enquête

TABEAU II : Caractéristiques démographiques des patients des partenariats de collaboration

	LIEU DE SERVICE		
Caractéristiques démographiques	JCDS	JCDHE	Center of Grace
Nombre de patients desservis	147 Déficiência intellectuelle et développementale	51 Femmes enceintes	51 Adultes hispaniques
Tranche d'âge (années)	21 à 67 ans	16 à 45 ans	16 à 60 ans
Sexe (n, pourcentage)	51 (34 %) Femmes 96 (66 %) Hommes	51 (100 %) Femmes	40 (80 %) Femmes 11 (20 %) Hommes
Appartenance ethnique (n, pourcentage)	145 (99,9 %) Race blanche 2 (0,01 %) Autres	45 (89 %) Hispaniques 6 (11 %) Autres	49 (95 %) Hispaniques 2 (5 %) Autres

Afin d'évaluer les stratégies d'apprentissage de l'étudiant pendant la rotation à la clinique mobile OHOW, l'étudiant rencontrait le directeur du programme à la fin de chaque rotation. Les étudiants réfléchissaient à leurs réussites, à leurs progrès et aux possibilités d'amélioration de leurs compétences cliniques en fonction de leur performance. Des évaluations des progrès étaient également soumises aux coordinateurs cliniques principaux de deuxième année des cliniques III et IV pour qu'ils en tiennent compte lors des cours-conférences cliniques, ce qui servait de réflexion supplémentaire.

Résultats

Sur les 90 étudiants qui ont répondu à l'enquête, 85 (94,44 %) ont indiqué être satisfaits et s'être développés sur le plan

personnel du fait de leur expérience clinique dans le cadre de la rotation à la clinique mobile OHOW. Ces réponses ont fourni une rétroaction précieuse pour toute modification du cursus concernant les populations atteintes de handicaps intellectuels et physiques. Les étudiants ont mentionné une satisfaction, une croissance personnelle et une confiance significatives en raison de leur travail avec les clients présentant une déficience intellectuelle et développementale ($p \leq 0,05$). Le JCDS a été souvent cité comme le lieu de service de prédilection des étudiants en hygiène dentaire. De plus, les étudiants ont indiqué que la rotation à la clinique mobile OHOW avait dépassé leurs attentes cliniques et leur satisfaction personnelle dans le traitement des clients ayant des besoins particuliers.

TABLEAU III: Corrélations de Pearson des réponses des étudiants aux questions clés

		Mal desservie	Apprentissage	Renforcement de la confiance	Équipe dentaire	Total des soins aux patients
Mal desservie	Corrélation de Pearson	1	0,504**	0,246*	0,437**	0,428**
	(Sig. bilatérale)		0,000	0,024	0,000	0,000
	n	84	84	84	84	84
Apprentissage	Corrélation de Pearson	0,504**	1	0,645**	0,586**	0,545**
	(Sig. bilatérale)	0,000		0,000	0,000	0,000
	n	84	84	84	84	84
Renforcement de la confiance	Corrélation de Pearson	0,246*	0,645**	1	0,426**	0,497**
	(Sig. bilatérale)	0,024	0,000		0,000	0,000
	n	84	84	84	84	84
Équipe dentaire	Corrélation de Pearson	0,437**	0,586**	0,462**	1	0,867**
	(Sig. bilatérale)	0,000	0,000	0,000		0,000
	n	84	84	84	84	84
Total des soins aux patients	Corrélation de Pearson	0,428**	0,545**	0,497**	0,867**	1
	(Sig. bilatérale)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	84	84	84	84	84

Corrélation de Pearson = valeur r, sig. bilatérale = signification, n = nombre de répondants

* Significatif au niveau 0,05 (bilatérale), ** Significatif au niveau 0,01 (bilatérale)

TABLEAU IV: Réponses des étudiants aux questions de l'enquête



L'enquête a également permis de déterminer dans quelle mesure l'expérience de la clinique mobile OHOW avait amélioré la formation en hygiène dentaire des étudiants en leur permettant de travailler avec des populations diverses, mal desservies, multiculturelles et ayant des besoins particuliers. Le tableau III montre la corrélation de Pearson des réponses des étudiants aux questions clés posées dans l'enquête. Les étudiants ont exprimé un niveau de satisfaction significatif dans de nombreux domaines. Les réponses ont montré de fortes corrélations entre l'apprentissage des étudiants et leur compréhension des populations mal desservies ($r = 0,504$), le renforcement de la confiance dans les compétences ($r = 0,645$), la participation en tant que membre d'une équipe dentaire ($r = 0,586$) et la compréhension de leur rôle dans les soins totaux aux patients ($r = 0,545$) (tableau III). Les corrélations étroites entre ces questions clés concernaient leur expérience clinique et leur confiance, leurs compétences, leur intégration dans l'équipe dentaire, leur compréhension de la prise en charge globale du patient, ainsi que la compréhension accrue des besoins des populations particulières. Tous ces points concernent la mission principale du programme de clinique mobile OHOW. Les étudiants ont également répondu favorablement aux défis avancés présentés dans le traitement des cas.

Les commentaires ont tous fait état d'un environnement d'apprentissage favorable et de l'acquisition de compétences dans l'installation mobile. Les étudiants se sont également déclarés très satisfaits de leur expérience de travail en équipe de professionnels afin de traiter les populations mal desservies dans la clinique mobile OHOW.

L'enquête du Johnson County Community College a démontré une grande satisfaction quant à la capacité de la rotation dans la clinique mobile OHOW à améliorer la capacité des étudiants en hygiène dentaire à fournir des soins d'hygiène dentaire. Parmi les commentaires des étudiants, citons : « un défi, mais une bonne expérience », « de loin mon lieu de rotation préféré » et « j'aurais aimé être dans le camion tout le temps, j'ai tellement appris. » Cette rétroaction est essentielle pour continuer à offrir à chaque étudiant un environnement d'apprentissage authentique, tout en répondant aux besoins de chaque centre de service. Plusieurs questions clés posées concernent l'apprentissage du traitement des populations mal desservies, le travail en équipe et le fait de servir les patients sans discrimination. Le tableau IV présente les réponses des étudiants à ces questions clés. Il met en lumière les réponses des étudiants relatives au travail avec des populations mal desservies, à

l'acquisition de nouvelles compétences, au travail en équipe et à la découverte de la valeur de servir des patients ayant des besoins particuliers. Il y a eu une augmentation importante de la capacité perçue par les étudiants d'acquérir davantage de compétences au cours de leur rotation dans le cadre de la clinique mobile OHOW.

Le fonctionnement unique de la clinique mobile OHOW permet aux étudiants de traiter des besoins particuliers et des populations mal desservies dans un rapport enseignant/étudiant de un à un. Les étudiants ont exprimé une grande satisfaction à l'égard de l'environnement d'apprentissage et du traitement des patients présentant des déficiences intellectuelles et développementales. Les réponses ouvertes à l'enquête du programme de clinique mobile OHOW ont indiqué que le degré de confiance des étudiants à l'égard du traitement des patients avec des déficiences intellectuelles et développementales dans le cadre du JCDS était assez positif. Un conseil donné par un étudiant : « Je dirais aux étudiants de l'année prochaine à quel point c'est une expérience formidable de travailler avec la population sélectionnée : c'est gratifiant, il faut juste se détendre et penser au service rendu. »

Discussion

Le corps enseignant et l'administration du JCCC se sont engagés à mettre en œuvre et à poursuivre des projets d'apprentissage par le service dans le programme d'hygiène dentaire. La réponse positive des étudiants à leur expérience d'apprentissage par le service dans le cadre de la clinique mobile OHOW soutient la mission du volet éducatif du programme d'hygiène dentaire et celle de la clinique mobile OHOW. Les corrélations étroites mises en évidence dans ce projet d'évaluation de l'apprentissage par le service peuvent être en partie attribuables à l'environnement unique dans lequel l'apprentissage a lieu. Les étudiants sont encouragés et orientés par l'ensemble du corps enseignant et du personnel sur la manière d'utiliser leurs connaissances et leurs compétences pour fournir des soins exceptionnels aux patients, tout en continuant à aiguiser leur professionnalisme.

Les résultats les plus significatifs ont été obtenus au JCDS. Les étudiants ont indiqué que le traitement des clients présentant des déficiences intellectuelles ou développementales avait dépassé leurs attentes sur le plan clinique et leur avait procuré une satisfaction personnelle. Dans ce cadre, les étudiants travaillent avec des travailleurs sociaux, du personnel de soutien, des infirmières et des dentistes, ainsi qu'avec le coordonnateur du programme OHOW d'hygiène dentaire. Ces résultats coïncident avec les compétences attendues d'un hygiéniste dentaire diplômé, comme l'indiquent les normes de la CODA (2.12) qui déterminent la compétence des étudiants à évaluer le traitement des patients ayant des besoins particuliers⁶. De plus, le fait que le coordonnateur du projet, qui est un professeur à temps plein, soit sur place en tout temps, augmente l'expérience, la supervision et le développement des compétences de l'étudiant. Bon nombre de ces recommandations sont décrites dans l'étude de Macy, qui préconise un modèle de formation plus axé sur la communauté¹⁸.

Les étudiants ont utilisé les leçons didactiques apprises en classe et ont appliqué ces informations dans le cadre d'un enseignement guidé dans le milieu clinique mobile. Cette instruction guidée est censée réduire l'appréhension potentielle lors du traitement des patients atteints de déficiences intellectuelles ou développementales. La capacité des étudiants à tirer des leçons de leur expérience est un processus personnel. À la différence de la clinique sur place, les étudiants n'ont pas à se soucier de l'emploi du temps, qui est assuré par le personnel du site et le coordinateur du projet. Cette réduction de la charge peut également permettre aux étudiants

de se concentrer sur la tâche qui leur est présentée. Le fait de travailler avec un interprète espagnol permet également de créer une communication transparente avec la population de patients hispaniques. Les étudiants apprennent à travailler avec l'interprète pour une traduction efficace. Il est évident qu'un interprète n'est pas disponible pour chaque rencontre avec un non-anglophone après l'obtention du diplôme; cependant, cette expérience permet aux étudiants d'apprécier l'interprète comme un membre clé de l'équipe de soins buccodentaires. En outre, cette expérience peut donner aux étudiants les outils nécessaires pour naviguer dans le système de santé publique dans leurs projets professionnels à venir¹².

D'autres commentaires d'étudiants ont témoigné d'une grande satisfaction quant à leur capacité à fournir des soins d'hygiène dentaire à des populations ayant des besoins particuliers. Les étudiants étaient davantage conscientisés et sensibilisés aux besoins non satisfaits des populations sous-desservies et diversifiées. Un commentaire en particulier souligne cette réflexion : « La chose la plus importante que j'ai apprise au cours de ma rotation a été de fournir des soins d'hygiène dentaire à des patients ayant des besoins particuliers et d'avoir de la patience envers les personnes qui ont de la difficulté à comprendre. » Ce résultat montre comment le projet de clinique mobile OHOW a contribué à renforcer le sens du professionnalisme et de la responsabilité civique des étudiants en tant que fournisseurs de soins buccodentaires^{9,12}.

Les résultats de ce projet d'apprentissage par le service coïncident avec d'autres recherches telles que celles de Wolff et ses collègues, qui ont montré que plus les étudiants en médecine dentaire avaient de l'expérience dans le traitement des personnes ayant une déficience intellectuelle, plus leur attitude envers cette population était positive¹⁹. Dans une autre étude – Aston-Brown et ses collègues –, les auteurs ont constaté qu'après avoir participé à une rotation d'apprentissage par le service dans un environnement de santé publique, les étudiants en hygiène dentaire affichaient une meilleure compréhension des soins éthiques aux patients ainsi qu'une sensibilisation aux populations mal desservies et à la diversité culturelle¹⁶. Ces auteurs soulignent la nécessité de l'apprentissage par le service comme moyen de sensibiliser les étudiants à la santé publique dentaire comme autre choix de carrière¹⁶. Ces suggestions ont été citées dans les publications comme des composantes intégrales d'un projet d'apprentissage par le service réussi^{9,12,13,18}.

Lautar décrit les caractéristiques de l'apprentissage par le service dans l'enseignement de l'hygiène dentaire²⁰. Elle suggère que la fourniture de résine de scellement dans une communauté rurale est un bon exemple de projet d'apprentissage par le service dans le programme d'études en hygiène dentaire. Cette activité répond aux besoins des enfants mal desservis de la communauté et permet aux étudiants de se familiariser avec une population qu'ils ne sont généralement pas en mesure de traiter²⁰. De même, le projet de clinique mobile OHOW répond aux besoins en matière de soins buccodentaires des populations handicapées mal desservies, expose les étudiants au service communautaire, et relie et engage les étudiants dans la communauté. Les étudiants sont capables de réfléchir à leur expérience et de devenir plus compétents sur le plan culturel¹⁶.

Une autre étude utilisant l'approche individuelle d'un système de mentorat du corps professoral a montré des résultats similaires après que leurs étudiants en hygiène dentaire aient participé à un programme de rotation d'apprentissage de service « Miles of Smiles »²¹. Les résultats indiquent que les étudiants ont pu améliorer leurs compétences cliniques, qu'ils ont pris davantage conscience des besoins communautaires en matière de santé buccodentaire dans les populations d'enfants, qu'ils ont ressenti de la satisfaction à travailler avec ces patients et qu'ils ont et qu'ils ont appris à

porter un jugement favorable sur les modèles non conventionnels de prestation de soins buccodentaires²¹.

Elyer et Giles suggèrent qu'une composante cruciale d'un projet efficace d'apprentissage par le service consiste à relier les objectifs académiques au placement des étudiants dans le cadre communautaire, ce qui renforce l'engagement¹³. Les résultats de cette étude ont confirmé cette suggestion des auteurs. Les étudiants avaient une perception positive de la rotation à la clinique mobile OHOW, montrant une grande satisfaction dans leurs commentaires, démontrant que l'expérience était précieuse tant sur le plan personnel que pour leurs compétences cliniques et leur sensibilité aux populations mal desservies.

Une caractéristique unique de l'apprentissage par le service dans le domaine de la santé dentaire est la façon dont le partenaire communautaire bénéficie du service fourni⁹. Les enquêtes auprès des patients sont communiquées aux étudiants dans le cadre du processus de rétroaction et de réflexion des étudiants, ce qui leur permet de constater l'impact direct et l'appréciation des clients après avoir reçu des soins de santé buccodentaire dans le cadre du projet de clinique mobile OHOW. Dans le cadre des objectifs nationaux en matière de soins buccodentaires, le travail en équipe pour réduire le fardeau des maladies buccodentaires est considéré comme une partie intégrante de la promotion de la santé et de la qualité de vie de tout un chacun⁴. Alors que les établissements d'enseignement modifient l'enseignement dentaire pour les futurs professionnels de la santé, on suppose que ces changements peuvent produire des professionnels de la santé buccodentaire avec une volonté renouvelée de rejoindre les populations mal desservies.

Des données à long terme continuent d'être recueillies dans le cadre du projet de clinique mobile OHOW et seront précieuses pour évaluer l'impact réel de l'apprentissage par le service, tant du point de vue des étudiants que des partenaires communautaires. L'étude de suivi devrait inclure des informations provenant des diplômés pour évaluer l'impact du projet sur leur choix d'emploi dans les cliniques de santé publique. En outre, les plans comprennent l'utilisation d'un résident en formation avancée en dentisterie générale dans le cadre de la rotation de la clinique mobile OHOW un jour par mois pour collaborer avec les étudiants et les patients ainsi que pour réduire la charge des soins dans les populations mal desservies.

Conclusion

L'objectif principal du projet de clinique mobile OHOW était d'évaluer son impact sur la satisfaction des étudiants et leur capacité à acquérir une expérience clinique précieuse dans le traitement des populations mal desservies. Les résultats ont démontré que ce projet a pu atteindre son objectif, les étudiants étant très satisfaits. La rotation à la clinique mobile OHOW a permis aux étudiants d'améliorer leur apprentissage et leur compréhension des populations mal desservies, de renforcer leur confiance dans leurs compétences cliniques, d'accroître leur participation en tant que membre de l'équipe dentaire, ainsi que la compréhension de leur rôle dans la prise en charge globale du patient. Enfin, les résultats de cette étude soutiennent les recommandations de la Commission on Dental Education de l'ADEA pour améliorer la santé buccodentaire de tous les Américains. Le projet d'apprentissage par le service à la clinique mobile OHOW offre aux étudiants en hygiène dentaire une occasion unique de s'engager dans leur communauté tout en acquérant les compétences cliniques nécessaires requises par l'agrément national et en donnant accès à des services de soins buccodentaires à des patients mal desservis qui, autrement, ne recevraient pas de traitement.

Heather Flick, HDA, M. Sc., MSP, Professeure, Département d'hygiène dentaire, Johnson County Community College. Coordonnatrice de projet, Oral Health on Wheels. Sheri Barrett, D. Éd., Directrice, évaluation des résultats, Johnson County Community College. Carrie Carter-Hanson, HDA, M.A., D. Éd., Directrice, Département d'hygiène dentaire, Johnson County Community College.

Références :

- 1 - U.S. Department of Health and Human Services. A National Call to Action to Promote Oral Health. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers of Disease Control and Prevention, and The National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research. Publication NIH n° 03-5303, mai 2003; Rockville, MD.
- 2 - Institute of Medicine and National Research Council. Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations. 2011; Washington, DC: The National Academies Press.
- 3 - Haden NK, Catalanotto FA, Alexander CJ, et al. Improving the oral health status of all Americans: roles and responsibilities of academic dental institutions. The report of the ADEA President's Commission. *J Dent Educ.* 2003;67(5):563-583.
- 4 - U.S. Department of Health & Human Services. (2012). U.S. Department of Health and Human Services: Office of Disease Prevention and Health Promotion: Healthy People 2020 Nasnewsletter (éd. du 2002/05/04, vol. 15, p. 3) : U.S. Department of Health & Human Services.
- 5 - Albino JEN, Inglehart MR, Habil P, Tedesco LA. Dental education and changing oral health care needs: disparities and demands. *J Dent Educ.* 2012; 76(1): 75-88.
- 6 - Commission on Dental Accreditation. Accreditation Standards for Allied Dental Hygiene Education Programs: Chicago. American Dental Association, avril 2013.
- 7 - McKinnon M, Luke G, Bresch J, Moss M, Valacho- vic RW. Emerging allied dental workforce models: considerations for academic dental institutions. *J Dent Educ.* 2007;71(11):1476-1491.
- 8 - Kansas Dental Board. Kansas dental practices act statutes and regulations and related law relating to dentists and dental hygienists. Kansas Dental Board (Internet). Avril 2014 (cité le 25 avril 2015). Accessible sur le site : <http://www.dental.ks.gov/laws/kansas-dental-practices-act>
- 9 - Yoder KM. A framework for service-learning in dental education. *J Dent Educ.* 2006;70(2):115-123.
- 10 - Siefert SD. Service-learning: community-campus partnerships for health professions education. *Acad Med.* 1998;73(3):273-277.
- 11 - Brown JS, Collins A, Duguid P. Situated cognition and the culture of learning. *Educational Researcher.* 1989;18(91): 32-42.
- 12 - Hood JG. Service-learning in dental education: meeting needs and challenges. *J Dent Educ.* 2009; 73(4): 454-463.
- 13 - Elyer J, Giles DW. Where's the learning in service-learning? 1^{re} éd. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
- 14 - Dehaitem MJ, Ridley K, Kerschebaum, WE, Inglehart MR. Dental hygiene education about patients with special needs: A survey of U.S. programs. *J Dent Educ.* Sept. 2008;72(9):1010-9.
- 15 - U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Continuing education series: Practical oral care for people with disabilities. 2008; www.nidcr.nih.gov
- 16 - Aston-Brown RE, Branson B, Gadbury-Amyot, CC, Krust-Bray, K. Utilizing public health clinics for service-learning rotations in dental hygiene: a four-year retrospective study. *J Dent Educ.* 2009; 73(3): 358-374.
- 17 - Shinnamon A, Gelmon SB, Holland BA. Methods and strategies for assessing service-learning in the health professions. San Francisco: Community-Campus Partnerships for health, 1999.
- 18 - Formicola AJ, Bailit HL, Beazoglou TJ, Tedesco LA. Introduction to the Macy Study Report. *J Dent Educ.* 2008;72(25):5-9.
- 19 - Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, Perlman SP. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *J Am Dent Assoc.* 2004;135:353-357.
- 20 - Lautar CJ, Miller FY. Service learning and dental hygiene: A literature review. *J Dent Hyg.* 2007;81(3):110.
- 21 - Simmer-Beck M, Gadbury-Amyot, CC, Ferris H, Voelker MA, Keselyak NT, Eplee H, Parkinson J, Marse B, Galemor C. Extending oral health care services to underserved children through a school-based collaboration: Part 1-A Descriptive Overview. *J Dent Hyg.* 2011;85(3):181-192.

CLINIQUES DENTAIRES À DOMICILE:

Étude de cas multiples menée au Québec (Canada)

– N. MAKANSI^{1*}, J. ROUSSEAU^{2,3}, C. BEDOS¹ ET GROUPE DE RECHERCHE ACE-DENT,

Reproduction en Open Access de «*Domiciliary dentistry clinic: a multiple case study in the province of Quebec, Canada*»

BMC Health Services Research volume 21, Article number: 972 (2021)

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06788-4>

RÉSUMÉ

Contexte: La demande de modèles de prestation de soins buccodentaires plus souples et axés sur les besoins de la personne est en hausse. Bien que les services dentaires mobiles et à domicile rendent les soins buccodentaires plus accessibles aux personnes âgées non autonomes et aux personnes handicapées, les dentistes sont peu enclins à adopter ce modèle de prestations de services. La présente étude vise à comprendre comment s'organise à l'heure actuelle la prestation de services dentaires à domicile dans un contexte particulier.

Méthodologie: À l'aide d'un modèle d'étude de cas multiples qualitative et descriptive, nous nous sommes penchés sur trois cliniques dentaires indépendantes de soins à domicile au Québec, au Canada. Nos observations découlent de vingt-sept visites à domicile, dont quatre dans des maisons privées, et vingt-trois autres dans des établissements de soins de longue durée. Nous avons mené des entrevues semi-structurées avec des professionnels des soins dentaires, des patients et des aidants naturels. Nous avons effectué une analyse de contenu qualitative en utilisant des codes déductifs et inductifs.

Résultats: Nous présentons dans le détail les caractéristiques physiques et les caractéristiques des services des cas étudiés. Les caractéristiques physiques sont l'installation des cliniques mobiles, l'équipement portable utilisé et l'emplacement des domiciles. Les caractéristiques des services sont les rôles, les attitudes et les échanges entre les fournisseurs de services et les bénéficiaires ainsi que les aspects logistique et financier des services dentaires à domicile.

Conclusions: Mises à part des différences dans l'organisation et le nombre d'années d'exercice, les trois cliniques mobiles présentent des caractéristiques physiques et offrent des services semblables. Elles font face aux mêmes difficultés logistiques, mais réussissent à fournir des services et à répondre à la forte demande de services dentaires à domicile. D'autres recherches menées dans des contextes différents contribueraient à l'élaboration de modèles fondés sur des données probantes et à accroître l'adoption de ce type de pratique par les professionnels dentaires actuels et futurs.

Mots-clés: Dentisterie mobile, dentisterie gériatrique, handicap, soins buccodentaires, accessibilité, recherche qualitative, étude de cas

CONTEXTE

Le vieillissement favorise la dégradation des capacités physiques, cognitives et fonctionnelles qui, à son tour, pose des difficultés d'accès au système classique de prestation des soins dentaires (c'est-à-dire dans des cliniques dentaires fixes). Dans les sociétés occidentales, la population âgée augmente. La pyramide des âges s'élargit rapidement à son sommet¹. Par ailleurs, de plus en plus de personnes conservent leurs dents naturelles jusqu'à un âge avancé, ce qui contribue à la hausse de la demande de soins buccodentaires.

Face aux défis en matière de santé que pose le vieillissement des populations, l'OMS a élaboré un plan d'action et une stratégie sur le vieillissement. Ce plan sert à préparer une « décennie de mesures concrètes à l'échelle mondiale (2020-2030) » que l'OMS a déclarée celle du *vieillissement en bonne santé*. Il présente dix priorités d'intervention dont l'une consiste à adapter les systèmes de santé aux besoins de la « personne âgée, c'est-à-dire à lui

permettre de recevoir des soins à l'endroit et au moment où elle en a besoin »². Cette priorité est importante en dentisterie parce que, pour la personne non autonome, à domicile ou en établissement de soins de longue durée (ESLD), il est difficile, voire impossible, de se rendre à une clinique dentaire classique.

L'une des solutions au problème, notamment pour les personnes âgées non autonomes, consiste à soutenir les cliniques dentaires mobiles. L'idée n'est pas nouvelle. En 2001, Lee et Thomas écrivaient: « À mesure que notre population vieillira, la dentisterie portable et mobile deviendra une nécessité et non un luxe »³. Il est important de préciser que « dentisterie mobile » est une expression générique désignant divers systèmes mobiles de prestation des soins, comme les camionnettes équipées et les services à domicile. De façon plus précise, la dentisterie à domicile désigne « les soins dentaires fournis aux personnes ne pouvant pas se rendre chez le dentiste. Elle englobe les soins buccodentaires et

* Correspondance: nora.makansi@mcgill.ca

¹Faculté de médecine dentaire, Université McGill, 2001, avenue McGill College, Montréal, Québec H3A 1G1, Canada. La liste exhaustive des renseignements sur les auteurs est présentée à la fin de l'article.

les traitements dentaires administrés au lieu de résidence permanente ou temporaire d'une personne par opposition aux soins dispensés dans une clinique ou une unité mobile (camionnette). Logiquement, le lieu de résidence désigne une habitation individuelle, une maison de repos, un hôpital, un centre de jour et le domicile des patients»⁴.

Malheureusement, vingt ans après l'invitation de Lee et Thomas, la dentisterie à domicile est toujours peu répandue; seul un petit nombre de cliniciens l'exercent. Les écrits font état de la disposition défavorable des professionnels dentaires à l'égard des services mobiles, ce qui ralentit l'adoption de la dentisterie à domicile^{5,6}. Ce parti pris s'expliquerait par des questions d'ordre logistique et financier, le manque de formation et la crainte des dentistes d'avoir à traiter des personnes ayant des problèmes de santé complexes⁷. Par ailleurs, les modèles de pratique de la dentisterie à domicile qui inciteraient les dentistes à adopter cette approche et les guideraient dans sa mise en œuvre font défaut.

L'évolution démographique oblige à proposer d'autres modèles de prestation des soins buccodentaires. C'est justement l'un des objectifs de notre programme de recherche Accessible Clinics and Equity in Dentistry (ACE-Dent)⁸. Plus précisément, notre étude vise à comprendre comment les services dentaires à domicile sont offerts à l'heure actuelle dans un contexte particulier afin de guider le développement de modèles d'exercice et de formuler des recommandations fondées sur des données probantes.

MÉTHODES

Méthodologie de la recherche

Nous avons mené une étude qualitative et descriptive de cas multiples, ce que Yin (2014) décrit comme une étude de phénomènes contemporains dans des contextes réels⁹. Nous nous sommes intéressés à la dentisterie à domicile dans le secteur privé au Québec. Cette province, qui arrive au deuxième rang en ce qui a trait à la population au Canada, compte environ 8,5 millions d'habitants. En 2020, les personnes de 65 ans et plus représentaient environ 20 % de la population totale¹⁰.

Dans notre étude, nous appelons un « cas » toute clinique dentaire mobile fournissant des services à domicile. Comme il est expliqué dans *Model of Competence*¹¹; a *conceptual framework on person-environment interaction*, chaque cas est défini par des éléments humains et non humains (physiques), notamment par le ou les dentistes et les autres membres de l'équipe dentaire (c'est-à-dire les assistants dentaires et le personnel administratif) et par l'équipement et le milieu dans lequel les services dentaires sont fournis.

Éthique de la recherche

Nous avons obtenu l'approbation du comité d'examen institutionnel de l'Université McGill de Montréal, au Canada, pour mener un projet de recherche sur des sujets humains (numéro d'étude IRB A06-E50-18B). Le consentement éclairé de tous les participants a été obtenu et toutes les méthodes utilisées sont conformes aux directives et à la réglementation pertinentes.

Collecte de données

Nous avons commencé par repérer deux cas (cliniques mobiles) au Québec. Puis, nous avons mené des observations non participatives et des entrevues semi-structurées auprès des professionnels dentaires et, autant que possible, auprès des patients ou de leurs aidants naturels. Nous avons consigné nos observations sous forme de notes de terrain manuscrites et enregistré les entretiens

sur bande sonore aux fins d'étude. Pour un troisième cas, repéré pendant la pandémie de COVID-19, nous avons recueilli des données au cours d'entrevues en ligne.

Observations

Nous avons fait 27 visites à domicile : quatre dans des maisons privées et 23 dans des établissements de soins de longue durée. Les observations non participatives ont été réalisées par un membre de l'équipe de recherche qui a accompagné le dentiste ou l'équipe dentaire mobile certains jours à l'occasion de plusieurs visites dans des ESLD ou des maisons privées. Les observations se sont échelonnées sur dix jours non consécutifs. Nous avons observé la méthode de transport de l'équipement, le montage dans un domicile, la prestation des soins et le déplacement entre les rendez-vous. Avant d'entrer dans un domicile, en particulier dans une maison privée, le dentiste avait informé le patient ou un membre de la famille de l'objet de la recherche et lui avait demandé la permission de laisser entrer le chercheur dans la maison ou la chambre. Le chercheur avait ensuite obtenu son consentement formel.

Entrevues

Nous avons mené une combinaison d'entrevues semi-structurées et informelles avec cinq dentistes (trois propriétaires et deux associés), une assistante dentaire et deux administrateurs. Les entrevues avec les professionnels dentaires ont eu lieu au moment de leur convenance : entre deux consultations, durant des pauses ou à l'heure du repas du midi, dans leur voiture pendant le trajet pour se rendre à la clinique, par téléphone ou par vidéoconférence (en dehors des heures normales de travail).

L'entretien avec le patient ou l'aidant naturel s'est déroulé au domicile, juste avant ou après l'entrevue avec le dentiste. Lorsque le patient était incapable de participer à l'entrevue en raison d'un déficit cognitif, nous avons interrogé l'aidant naturel. Au total, nous avons interrogé de façon formelle quatre aidants naturels et deux patients. Nous avons utilisé deux guides d'entretien semi-structurés : l'un pour interroger des membres de l'équipe de soins dentaires et l'autre pour interroger le patient ou l'aidant naturel (voir le fichier supplémentaire 1). Aux membres de l'équipe de soins dentaires, nous avons posé des questions ouvertes de manière à obtenir des détails précis sur des caractéristiques de la dentisterie à domicile, notamment le milieu physique, la prestation des soins et les interactions avec les patients et les autres membres de l'équipe. Avec les patients, nous avons posé les questions fournies dans des guides d'entretien. Ces questions portaient sur l'état de santé du patient, la raison pour laquelle celui-ci avait cherché à obtenir des soins dentaires à domicile et la manière de le faire et ce que la dentisterie à domicile signifiait pour lui.

Analyse des données

Nous avons effectué une analyse qualitative des notes de terrain et des transcriptions d'entretiens. Nous avons élaboré et affiné un système de codage pour représenter le cadre analytique (tableau 1). Nous avons utilisé une combinaison de codes déductifs et de codes inductifs. Les catégories déductives (p. ex. différence entre les caractéristiques physiques et les caractéristiques du service) ont été guidées par le modèle de compétence de Rousseau et coll. Le terme « caractéristiques » désigne les caractéristiques et la présentation des milieux physiques et humains des cas délimités. N. Makansi a suivi un processus itératif d'immersion dans le texte, de codage et d'extraction de thèmes. Cette méthode a été assortie de discussions et de consultations à intervalles réguliers avec les autres membres de l'équipe de recherche.

TABLEAU 1: Codes utilisés pour l'analyse des données

CARACTÉRISTIQUES DE LA DENTISTERIE À DOMICILE (DD)		
Catégories	Thèmes	Codes
Caractéristiques physiques	Mise en place de la dentisterie domiciliaire	- Cabinet dentaire - Équipement - Domicile (maison ou établissement de soins de longue durée)
Caractéristiques des services	Attitudes et interactions des principaux acteurs	- Attitude des fournisseurs de services - Attitude des patients et des aidants naturels - Interactions: équipe dentaire, patients et autres personnes concernées
	Logistique et traitement	- Programmation et préparation des visites - Accès au domicile – Installation et traitement - Aspects financiers

RÉSULTATS

Nous avons étudié trois cas distincts, lesquels sont appelés cliniques A, B et C. Le tableau 2 est une description comparative de ces cas. Ces cliniques servent des personnes âgées non autonomes et des personnes handicapées ou atteintes de maladies invalidantes les empêchant de se présenter à une clinique dentaire classique. Des visites à domicile sont aussi proposées aux patients souffrant de dépression majeure ou d'agoraphobie.

L'histoire et l'organisation des cliniques varient. Dans le cas de la clinique A, le dentiste a commencé à offrir des services à domicile immédiatement après l'obtention de son diplôme et s'est adjoint progressivement d'associés, d'assistantes dentaires et de gestionnaires cliniques. Les assistantes dentaires partagent leur temps entre les dentistes associés; le dentiste propriétaire et l'un des associés travaillent seuls, sans assistante dentaire. Les deux administrateurs à temps plein (directeur de la clinique et le directeur adjoint) s'occupent de l'ordonnancement, de la facturation et la prise des rendez-vous tout en surveillant à distance les développements quotidiens.

Dans le cas des cliniques B et C, les dentistes ont commencé à exercer la dentisterie à domicile après avoir exercé quelques années dans des cliniques classiques. Ils ont commencé en équipes de deux, travaillant en étroite collaboration avec les assistantes dentaires. L'un d'entre eux a embauché une secrétaire qui se déplace avec lui et l'assistante dentaire pour s'occuper des dossiers des patients sur place. Le dentiste affirme que cela lui a permis de gagner du temps et de recevoir un plus grand nombre de patients par jour.

Dans les parties suivantes, nous présenterons les caractéristiques physiques des cliniques mobiles à l'étude et les caractéristiques des services qu'elles offraient (tableau 1). Par milieu physique, nous entendons ce qui constitue un cabinet dentaire à domicile, l'équipement utilisé et les lieux où les services sont fournis. Par caractéristiques des services, nous entendons les principaux intervenants et leurs interactions ainsi que les -aspects logistiques et financiers des services à domicile.

Caractéristiques physiques

Organisation de la clinique mobile

Le « **cabinet dentaire** » – Le milieu physique est constitué d'un garage, du domicile du patient et du lieu de travail du personnel administratif (non observé). Chaque clinique dispose d'un garage servant au stockage et à la stérilisation de l'équipement (domicile du dentiste ou garage loué). Les visites se font au domicile du patient ou dans un ESLD; le personnel administratif travaille à la maison (à l'exception d'une secrétaire qui se déplace avec l'équipe dentaire).

L'équipement – Deux types de cliniques dentaires mobiles ont été observés: la clinique B est de type commercial (fig. 1, 1A), son prix de vente au détail est d'environ 8000 \$ CA.

TABLEAU 2: Description des cas

Caractéristiques	Clinique A	Clinique B	Clinique C
Années d'activités (au moment de l'étude) Membres de l'équipe mobile (sur place)	30 ans	1,5 an	5 ans
Membres de l'équipe mobile (sur place)	Dentiste (propriétaire) Cinq dentistes associés (à temps partiel) Deux assistantes ou assistants dentaires (partageant leur temps entre les dentistes associés)	Dentiste (propriétaire) Assistant ou assistante dentaire	Dentiste (propriétaire) Assistant ou assistante dentaire Secrétaire
Membres de l'équipe à distance	Deux assistantes ou assistants administratifs (à temps plein)	Secrétaire (à temps plein)	Assistante administrative (à temps partiel)
Équipement	Une unité dentaire portable comportant une armoire de rangement à tablettes (faite sur mesure) Un sac à dos	Un fauteuil de dentiste portatif (acheté dans le commerce) Une valise à roulettes et un sac à dos Un ordinateur portable	Deux fauteuils de dentiste portatifs avec caisses de rangement (faites sur mesure) Une valise à roulettes Un ordinateur portable Un défibrillateur
Horaire des services	Propriétaire: 4 jours par semaine Dentistes associés: 2 ou 3 jours par semaine	5 jours par semaine	4 jours par semaine
Lieux de prestation des services à domicile	Établissements de soins de longue durée (principalement publics) et quelques résidences privées	Principalement des maisons privées et quelques établissements de soins de longue durée privés	Établissements de soins de longue durée (principalement privés)
Services dentaires fournis	Services préventifs (c'est-à-dire examen et nettoyage) Obturations dentaires Extractions dentaires Réparation de prothèses dentaires Détartrage et drainage des abcès	Services préventifs (c'est-à-dire examen et nettoyage) Obturations Extractions Réparation de prothèses dentaires Détartrage et drainage d'abcès	Services préventifs (c'est-à-dire examen et nettoyage) Obturations Extractions Réparation de prothèses dentaires Détartrage et drainage d'abcès
Honoraires	Suit le guide de tarification de l'Ordre des dentistes (Ne facture pas de frais de déplacement)	Suit le guide de tarification de l'Ordre des dentistes + Frais de déplacement fixes par patient	Suit le guide de tarification de l'Ordre des dentistes + Frais de déplacement fixes par patient

Les deux autres cliniques utilisent une unité de traitement dentaire sur mesure (fig. 2). Le propriétaire de la clinique A l'a conçue et réalisée à la lumière de ses années d'expérience personnelle et avec l'aide d'un technicien. Elle lui a coûté environ 10 000 \$ CA. Elle comprend deux caisses empilables : l'une contenant le compresseur, le moteur et les réservoirs d'eau (fig. 2A) et l'autre étant dotée de tiroirs de rangement (fig. 2B). Les dentistes de cette clinique mobile utilisent les mêmes instruments et matériaux que ceux utilisés habituellement dans une clinique dentaire classique. L'interdiction d'utiliser l'appareil à rayons X dans les domiciles imposée par le gouvernement du Québec constitue la seule différence.

Dans l'intention de raccourcir les périodes d'attente entre les patients en établissement de soins de longue durée, le dentiste de la clinique C a acheté deux unités de traitement sur mesure. Ainsi, pendant qu'il termine le traitement d'un patient, l'assistante prépare l'autre unité de traitement pour le patient suivant. Chaque jour de travail, les dentistes ou assistantes dentaires mobiles rangent les instruments et l'équipement dans leurs véhicules (fig. 3). Les trois cliniques transportent une unité de traitement dentaire, des trousses d'examen stérilisées pour usage individuel, des instruments et du matériel dentaires (par exemple, des porte-empreintes, des pinces d'extraction, du matériel d'obturation dentaire) et des articles jetables comme des gants et des bavoirs dentaires (fig. 4).

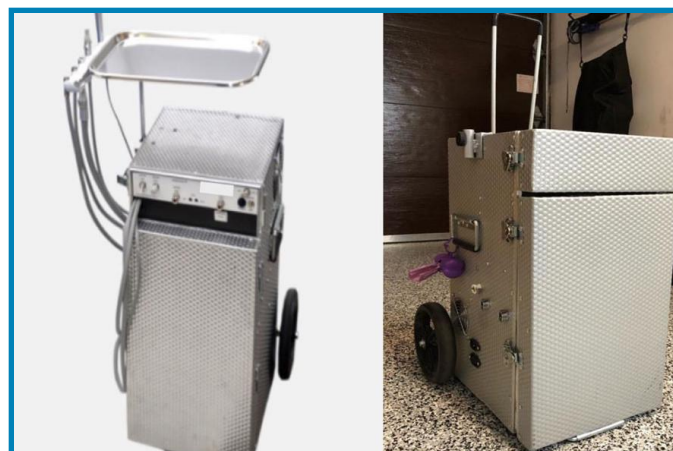
Au cours de la présente étude, le même dentiste ayant conçu le mobilier sur mesure empilable a terminé la conception d'un nouveau modèle peu encombrant destiné à servir dans les maisons (fig. 5). Ce nouveau modèle est plus léger et plus facile à transporter, comme l'explique le dentiste :

L'unité [plus petite] est équipée d'un moteur électrique à vitesse variable commandé par une pédale électrique et d'un petit compresseur pour l'air et l'eau. Aucun réservoir d'air n'est nécessaire.

Domiciles – Les trois cliniques présentent des profils différents. La clinique B fait principalement des visites à domicile; la clinique C sert surtout des établissements de soins de longue durée (ESLD); la clinique A sert à la fois des domiciles et des établissements de soins de longue durée mais se concentre davantage sur ces derniers. Certains dentistes disent préférer travailler dans un établissement de soins de longue durée dont l'aménagement est semblable à celui d'un hôpital, là où le soutien du personnel infirmier est offert, plusieurs patients pouvant être traités au cours d'un seul déplacement et qui évite de devoir apporter de l'équipement dans les maisons ou à l'en sortir et à le transporter entre deux visites. Selon ces dentistes, le nombre de patients vus chaque jour varie entre sept à dix. Par contre, le dentiste qui fait surtout des visites à domicile peut soigner quatre ou cinq patients par jour :

Je peux soigner un maximum de quatre patients par jour. Avec cinq, je serais épuisé. Je dois compter de 1,5 à 2 heures par patient compte tenu du trajet, de l'installation, etc. Donc, si je calcule tout cela, le nombre maximum de patients que je peux voir à mon cabinet est de 300. Ce n'est pas beaucoup. J'en recevais jusqu'à 12 par jour auparavant (à un cabinet classique)

(dentiste de la clinique B).



Cette unité se compose d'une boîte en aluminium mesurant 30 x 58 x 35 cm (largeur x hauteur x profondeur) et pesant 28,5 kg (selon le site Web du fabricant).

Fig. 1 - Unité de traitement dentaire portable - modèle commercial.

Caractéristiques des services

Attitudes et interactions des principaux intervenants

Attitudes des fournisseurs de services - Les antécédents personnels des dentistes diffèrent et les raisons pour lesquelles ils ont démarré une clinique mobile tiennent à un amalgame d'altruisme et d'intérêts personnels. Certains dentistes invoquent le désir de donner et d'aider autrui, assorti de circonstances personnelles. Le premier dentiste affirme que son travail auprès de personnes âgées l'a incité à démarrer une clinique dentaire mobile.



La caisse en aluminium contient le compresseur, les réservoirs d'eau propre et/ou usée reliés aux pièces à main et à l'aspirateur, ainsi qu'un plateau mobile.

Fig. 1A - Intérieur de l'unité de traitement dentaire portable - modèle commercial.



Cette unité se compose de deux caisses de aluminium empilables. Les acaisses empilées mesurent 33 x129 x40 cm.

Fig. 2 - Unité de traitement dentaire portative sur mesure.



Caisse secondaire servant à ranger les instruments et le matériel.

Fig. 2B - Intérieur de l'unité de traitement dentaire portative. (Modèle sur mesure)



Caisse principale contenant le compresseur, les réservoirs d'eau, les pièces à main et l'aspirateur et pesant environs 17 kg.

Fig. 2A - Intérieur de l'unité de traitement dentaire portative. (modèle fait sur-mesure)

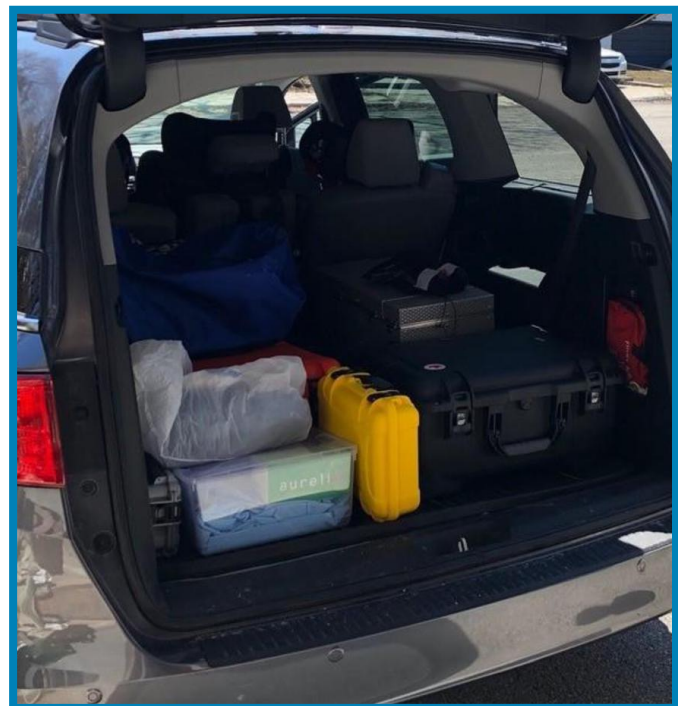


Fig. 3 - Véhicule contenant l'équipement dentaire servant à faire les visites à domicile.

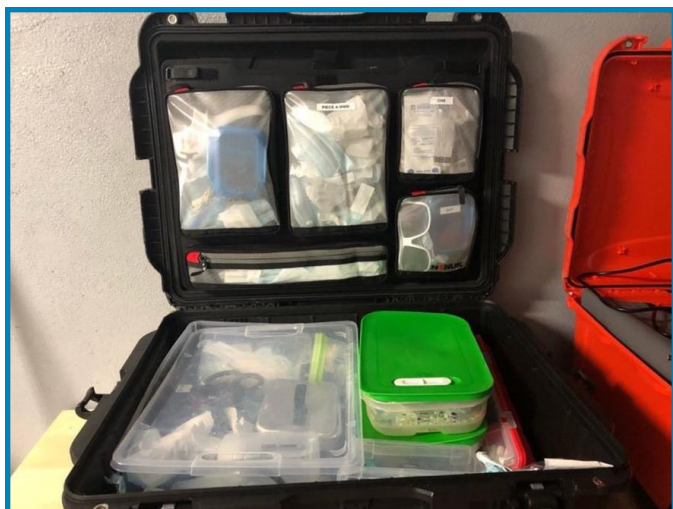


Fig. 4 - Instruments et matériel emballés pour les visites à domicile.



Fig. 5 - Unité de traitement portable sur mesure, peu encombrante, servant à faire les visites à domicile.

Le deuxième dentiste dit avoir vécu une expérience personnelle transformatrice à titre de soignant. Le troisième dentiste a été inspiré par une personne lui ayant servi de modèle dans ce domaine. Pour ces dentistes motivés par l'altruisme, la dentisterie à domicile est particulièrement attrayante car elle répond aux besoins de personnes qu'ils jugent vulnérables et mal servies. Un dentiste, par exemple, souligne l'importance d'aider les personnes âgées à conserver leur autonomie et à rester à la maison le plus longtemps possible. Faisant allusion à la pandémie de COVID-19 et à sa fréquence élevée dans les établissements de soins de longue durée, ce dentiste souligne l'importance de la dentisterie à domicile.

Outre l'altruisme, certains dentistes évoquent l'avantage d'avoir un horaire de travail souple et un modèle d'exercice rentable. Par exemple, l'un des dentistes explique que la transition à la clinique mobile lui a permis de mieux concilier sa vie professionnelle et sa vie familiale et de supprimer les frais d'exploitation élevés d'une clinique dentaire fixe.

Je désirais fonder une famille et avoir une vie plus facile. C'était plus facile sachant que je ne serais pas obligé de travailler le soir. Si le bébé est malade ou si quelque chose comme cela survient, je n'ai pas une grosse structure à faire tourner (dentiste de la clinique C).

Les équipes dentaires mobiles partagent certains traits de personnalité particuliers, entre autres la patience, la capacité d'adaptation et la résilience, qualités qui semblent essentielles pour ce type d'exercice. La patience est particulièrement nécessaire lors du démarrage de la clinique dentaire mobile. Les dentistes indiquent un « long apprentissage » en raison du manque de ressources offertes aux cliniques mobiles par rapport aux cliniques classiques (lignes directrices, équipement et formation). Pour cette raison, certains dentistes ne tardent pas à abandonner le projet de fournir des services à domicile.

Les dentistes ont aussi dû faire preuve de patience et de capacité d'adaptation au quotidien pour s'y retrouver dans les résidences et surmonter certaines difficultés, comme des bâtiments difficiles d'accès, des patients peu coopératifs ou des facteurs variables externes comme le mauvais temps et le manque de places de stationnement (plus de détails sur ces questions dans les prochaines parties). Le personnel administratif a aussi dû faire preuve de patience et de sens de l'organisation pour s'occuper de la logistique, des rendez-vous, des paiements avec les patients ou leurs aidants naturels, les membres de la famille ou le personnel de l'établissement de soins de longue durée. La capacité d'adaptation et la persévérance sont des qualités à ce point importantes et peu fréquentes chez les professionnels dentaires qu'un dentiste affirme que l'exercice en clinique mobile n'était « pas pour tout le monde » (dentiste associé de la clinique A).

Nos données révèlent aussi qu'au fil des ans, les dentistes et leur personnel ont accru leurs compétences et observé des effets positifs dans leur vie personnelle. Bien que le travail auprès de patients soit exigeant sur le plan émotionnel au début, il les a rendus plus résilients et a accru leur capacité à maîtriser leurs émotions et à surmonter les situations difficiles.

Une assistante dentaire affirme même que la dentisterie à domicile change des vies :

Nous allons tous vieillir et, parvenus à cette étape, nous serons comme eux. Cela m'a amenée à penser à ma propre vie. Je ne voulais pas être dans une mauvaise relation. On doit être heureux maintenant et vivre le moment présent (assistante dentaire de la clinique C).

Attitude des patients et des aidants naturels

Les patients et leurs aidants naturels ont exprimé leur gratitude envers les dentistes pour avoir proposé des services à domicile. Selon un aidant naturel, «avoir un dentiste mobile est simplement merveilleux!». Un patient reconnaissant de 79 ans, atteint de la maladie de Parkinson et d'arthrite, explique que son état s'est rapidement détérioré et qu'il est passé en peu de temps de la canne au déambulateur, puis au fauteuil roulant :

Il y a deux ans, je me suis réveillé un matin et j'étais incapable de marcher. On m'a emmené à l'hôpital, puis j'ai été admis à une maison de retraite. Comme j'étais très fidèle à mes rendez-vous chez le dentiste durant plus de vingt ans, j'ai été ravi de trouver [nom du dentiste mobile]! Il est très professionnel. Je me sens à l'aise avec lui et je fais confiance à son jugement.

En outre, les participants soulignent les qualités humaines et les compétences de l'équipe dentaire en la qualifiant de « bienveillante et d'attentionnée » et en admirant sa disponibilité, ses compétences et l'équipement offert. Selon les patients et les soignants, la dentisterie à domicile facilite l'accès aux soins bucco-dentaires car elle leur évite de se rendre à une clinique dentaire, d'affronter les obstacles physiques des cliniques difficiles d'accès et de subir le manque de compétences et l'attitude négative de certains professionnels.

Parmi les principales difficultés signalées, citons le déplacement vers la clinique dentaire. Selon un patient, le déplacement est «pénible» en raison de son âge avancé, de sa mauvaise santé et de sa crainte des déplacements. En cas de retard imprévu ou d'absence de services de transport adapté, les rendez-vous sont manqués ou annulés. Les aidants naturels affirment quant à eux que les déplacements sont compliqués, longs et physiquement éprouvants pour eux-mêmes car certains sont âgés et ont des capacités physiques diverses.

Je l'ai emmenée dans son fauteuil roulant chez le dentiste. Cela a été plus dur pour moi que pour elle en raison de ma douleur à l'épaule. Il fallait que je la monte dans la voiture et l'installe dans le fauteuil (roulant), ce que je suis incapable de faire toute seule. En fait, je me suis adaptée, mais c'est juste plus exigeant physiquement... (et) c'est certainement plus ardu (fille d'une patiente âgée).

La dentisterie à domicile permet de lever les obstacles à l'accès à des soins dentaires de qualité et d'éviter les problèmes liés aux cliniques dentaires mal adaptées. Une aidante naturelle fait ressortir toutes les difficultés qu'elle a eues en essayant de manœuvrer le fauteuil roulant de sa mère dans les petites pièces de la clinique dentaire et combien cela avait été compliqué. Une patiente alitée a déploré le manque de compétence des dentistes et a souligné qu'il était difficile de trouver des « médecins spécialisés [en faisant allusion à son handicap; elle affirme aussi que certains dentistes ont une attitude négative et qu'ils «ne désirent pas traiter les patients âgés».

Interactions entre l'équipe dentaire, les patients et les autres personnes concernées

Les nombreux paliers de communication, plus compliqués que dans une clinique dentaire classique, créent parfois des problèmes. En ce qui concerne les échanges avec les patients, un dentiste explique que les échanges avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer sont «particulièrement difficiles» pour l'équipe dentaire; il est arrivé que le patient ne reconnaisse pas le dentiste, même après plusieurs rencontres, ce qui est difficile pour établir la communication et gagner la confiance.

Par ailleurs, le dentiste doit souvent solliciter l'aide d'un membre la famille ou d'un aidant naturel lorsque le patient ne peut pas donner son consentement aux traitements. Le représentant légal ou l'aidant naturel doit donner son consentement au plan de traitement et garantir le paiement des services. Un dentiste affirme qu'il doit parfois prendre des photos intraorales qui lui servent de preuves de traitement lorsque les membres de la famille sont sceptiques.

Par ailleurs, lorsque le patient vit dans un établissement de soins de longue durée, l'équipe dentaire doit communiquer avec des membres du personnel infirmier, des préposés et du personnel administratif pour obtenir des renseignements sur ses antécédents médicaux, obtenir la liste des médicaments qu'il prend et donner des directives particulières avant et après le traitement dentaire. Le tableau 3 présente deux scénarios (créés à partir de nos notes d'observation sur le terrain) qui illustrent les particularités de la communication en contexte de soins dentaires à domicile.

En ce qui concerne les échanges entre les membres de l'équipe dentaire, les dentistes communiquent les mises à jour avec leur personnel administratif de différentes manières. L'un d'eux envoie une image électronique du dossier du patient (dans les établissements de soins de longue durée, les dossiers papier sont conservés dans le dossier médical du patient) à l'aide de Dropbox à son personnel administratif. Un autre utilise un ordinateur portable pour mettre à jour les dossiers après chaque rendez-vous, tandis que la secrétaire travaillant à distance a un accès en ligne au même logiciel. À l'inverse, à la clinique dentaire où la secrétaire accompagne l'équipe, le dentiste dicte les mises à jour à la secrétaire qui modifie les dossiers électroniques durant les consultations.

Logistique et traitement

Programmation et préparation des consultations – Toutes les tâches administratives (comme la prise des rendez-vous et la facturation) s'exécutent à l'aide d'un logiciel de gestion de cabinet dentaire, comme dans les cliniques dentaires classiques. Cela dit, ces tâches sont parfois plus complexes. Les messages sont relayés à travers de multiples paliers de communication, ce qui nécessite plus de coordination et de suivi. Il faut aussi tenir compte du lieu de résidence des patients pour regrouper les consultations par secteur ou quartier, réduire le temps de déplacement et maximiser l'efficacité.

À titre d'exemple, le gestionnaire d'une clinique raconte qu'il doit parfois attendre qu'un membre de la famille ou un représentant légal donne son consentement avant d'organiser la consultation. L'obtention de ce consentement prend plus de temps que prévu. Une fois le consentement obtenu, pour le patient vivant dans un établissement de soins de longue durée, le directeur de la clinique doit joindre un membre de l'établissement pour l'informer de la consultation prévue et en fixer la date. En règle générale, il faut ensuite faire un dernier appel téléphonique la veille pour confirmer la consultation.

Selon plusieurs membres de l'équipe dentaire, le regroupement des consultations par quartier ou par ville, un jour donné, est aussi important pendant la prise des rendez-vous. Le gestionnaire d'une clinique explique que ce n'était pas tâche facile, surtout au début, lorsqu'il s'est joint aux membres de l'équipe mobile. Mais avec l'expérience, l'établissement des horaires hebdomadaires et quotidiens est devenu plus facile. Il a appris à estimer la durée des consultations ainsi que la distance entre les lieux de résidence et à tenir compte de la circulation aux heures de pointe. Dans les trois cliniques, les horaires sont établis des semaines à l'avance. Le temps alloué par consultation varie entre les trois cliniques. La durée de la consultation dans un établissement de soins de longue durée varie entre 30 min. (clinique C) et 60 min. (clinique A). La durée des consultations à domicile est plus longue, soit entre 1,5 et 2 h (clinique B), en raison de la durée variable du déplacement et de l'installation.

TABEAU 3: Scénarios (fondés sur des données d'observation)

SCÉNARIO 1

Le dentiste avait un rendez-vous de suivi avec un patient de 94 ans atteint de la maladie d'Alzheimer et résidant dans un établissement de soins de longue durée. Lors de rencontres précédentes, le dentiste s'est aperçu que le patient avait tendance à être agressif (par exemple, il mord). La fille du patient a pris rendez-vous directement avec le gestionnaire de la clinique mobile; ce dernier a appelé le personnel de la résidence pour transmettre la consigne du dentiste de donner au patient une petite dose de tranquillisant avant la consultation prévue^a. La fille du patient n'était pas présente lors du rendez-vous. Sous l'effet du médicament, le patient était incapable de parler avec le dentiste et semblait plongé dans un sommeil léger. Le dentiste a utilisé la stimulation sensorielle non verbale pour transmettre certaines commandes (par exemple, en appliquant une légère pression derrière les coins des lèvres pour lui demander d'ouvrir la bouche). À la fin de la consultation, le dentiste a appelé la fille du patient pour lui faire un compte rendu. Il a aussi mis à jour le dossier du patient à la clinique et envoyé une mise à jour électronique au gestionnaire de sa clinique.

SCÉNARIO 2

Une patiente vivant dans un ESLD refusait de répondre à l'équipe dentaire. Elle détournait la tête chaque fois que le dentiste tentait de s'en approcher et de lui expliquer que le rendez-vous avait été fixé par son fils. «Mon fils ne m'a rien dit de tout cela», a-t-elle répondu à plusieurs reprises. Le dentiste a tenté de la réconforter et lui a demandé si elle souhaitait parler à son fils pour confirmer qu'il avait bien fixé le rendez-vous. Avec son téléphone portable, il a joint le fils et a activé le haut-parleur. Soulagée d'entendre la voix de son fils, la patiente lui a demandé à plusieurs reprises de rester avec elle. Le dentiste a donc déposé le téléphone près de son lit et l'a assuré que son fils pouvait rester avec eux pendant toute la séance. Le fait d'entendre la voix de son fils a réconforté cette personne et a permis au dentiste de faire l'obturation dentaire.

***Remarque:** Certains dentistes ayant participé à la présente étude sont en défaveur de la médication des patients et préfèrent que ceux-ci soient conscients de leur présence et de ce qu'ils font. Lorsque les tentatives pour obtenir la collaboration du patient échouent, ils préfèrent mettre fin à la séance et remettre le rendez-vous.

Les cliniques dentaires mobiles soulèvent un autre problème d'ordre logistique: les rendez-vous et les visites de suivi d'urgence. Comme les horaires sont soigneusement préparés en fonction d'une région, les équipes dentaires affirment qu'il est souvent difficile de placer de nouveaux rendez-vous à certains endroits. Une solution éventuelle présentée par les dentistes consiste à réserver une demi-journée ou une journée entière aux consultations d'urgence. Cependant, étant donné la forte demande et la faible offre de soins dentaires à domicile, ils ne sont pas certains que cette solution soit idéale et n'ont rien mis en œuvre de particulier à cet égard dans leur clinique.

Un dentiste estime que pour faciliter l'accès aux services de dentisterie à domicile, il faut adopter un modèle qu'il appelle «dentisterie de proximité». Selon ce modèle, les cliniques dentaires classiques existant déjà offriraient une combinaison de services fixes et mobiles dans un rayon d'un kilomètre de la clinique.

Accès aux domiciles – Les conditions météorologiques et l'accès aux lieux de vie compliquent parfois la prestation de services dentaires à domicile. Les conditions météorologiques hivernales du Québec sont parfois rudes. Les tempêtes de neige réduisent la visibilité des gens qui se déplacent; les amoncellements de neige et les trottoirs glacés deviennent un danger pendant le déplacement des unités de traitement et de l'équipement dentaire. De plus, le type de domicile peut compliquer davantage l'accès en raison des multiples escaliers, de l'absence d'ascenseurs, de la distance entre l'aire de stationnement et l'entrée de la maison, etc.

Les ESLD et les résidences privées présentant à la fois des avantages et des inconvénients pour ce qui est de la facilité d'accès. En règle générale, les ESLD 1) ont des places de stationnement désignées, 2) permettent de recevoir plusieurs patients au même endroit, 3) permettent de consulter facilement les dossiers médicaux contenant des renseignements détaillés sur les antécédents médicaux et les médicaments et 4) abritent des chambres équipées de lits électriques et de monte-charge (actionnés par les infirmières), ce qui facilite le positionnement du patient pour le traitement.

Les inconvénients des ESLD sont principalement liés aux protocoles d'accès rigoureux et au rapport avec le personnel. Par exemple, l'équipe dentaire a parfois été retardée parce que le personnel à la réception n'était pas informé qu'il y aurait une consultation ou qu'il fallait demander des directives pour se rendre à la chambre du patient. Parfois, le personnel a semblé peu serviable ou s'est contenté de renvoyer l'équipe vers un autre membre du personnel. Les dentistes ont compati avec le personnel et ont indiqué qu'il était probablement surchargé en raison d'une pénurie de personnel dans les établissements.

D'autre part, l'accès aux maisons ou aux appartements privés varie selon 1) certaines caractéristiques physiques (aires de stationnement, escaliers, etc.) et 2) la capacité d'adaptation des membres de l'équipe dentaire aux divers contextes sociaux. Les dentistes ayant de fortes compétences sociales composent mieux avec les divers usages et les diverses caractéristiques culturelles au domicile des patients. Mais, pour certains, cette tâche est lourde et distrayante. Par contre, d'autres affirment que ces échanges sont précieux autant pour eux-mêmes que pour les patients:

Je suis quelqu'un qui aime le contact avec les gens donc, mon premier rendez-vous, avant la pandémie, a été de prendre un café et de parler avec mon patient, pour vraiment connaître son profil. C'est ma méthode... En règle générale, ils [les patients et les membres de leur famille] sont généralement fatigués et stressés, nous sommes là pour eux... un dentiste mobile est bien plus que cela. Donc, si je peux apporter du soutien social et du soutien moral, indirectement on peut créer un réseau avec l'infirmière (et) le CLSC (dentiste de la clinique B).

C'est un cadeau que de se rendre dans les maisons. On entre dans leur univers intime. Ils nous font confiance et nous incluent dans leur vie sociale (assistante dentaire de la clinique C).

Les patients en ont besoin [des visites à domicile], il y a une forte demande. Ils sont très reconnaissants et les gens sont très gentils... J'ai reçu deux boîtes de spaghetti la semaine dernière (dentiste de la clinique A)!

Installation et traitement – Après son arrivée au domicile, l'équipe dentaire commence à installer le patient, à préparer l'unité de traitement dentaire mobile et à préparer le patient en vue de l'examen et du traitement. En règle générale, dans les établissements de soins de longue durée, les patients sont alités. Les lits d'hôpital électriques sont commodes pour les patients et la configuration ergonomique convient bien à l'équipe dentaire. En règle générale, les patients vivant à leur domicile sont dans leur fauteuil roulant, un lit (classique ou électrique) ou un fauteuil inclinable (de type Lazyboy). Parfois, le dentiste demande au patient de se placer à un endroit plus pratique et l'aide à se déplacer (par exemple de son fauteuil roulant à son lit).

Pour préparer l'unité de traitement dentaire, l'équipe dentaire repère la prise de courant la plus proche et, en fonction de la nature de la visite, repère le lavabo le plus proche (pour rincer une prothèse dentaire, par exemple).

La dernière étape consiste à préparer le patient en lui brossant les dents et les gencives pour éliminer tout résidu et faciliter l'examen. Cette étape est jugée primordiale car, en règle générale, les personnes âgées n'ont pas de bonnes habitudes d'hygiène buccale. Un dentiste utilise avec chaque patient un dentifrice à haute concentration de chlorhexidine comme première étape de la visite. Un autre dentiste n'utilise qu'une brosse humide pour nettoyer la cavité buccale et fournit un gel fluoré à haute concentration en fonction des besoins du patient.

La gamme des traitements administrés par les dentistes comprend le nettoyage, les obturations dentaires, le drainage d'abcès, les extractions et la réparation de certaines prothèses. Selon les dentistes, tous les traitements dentaires pourraient s'administrer par un dentiste mobile, y compris les traitements d'endodontie et la pose d'implants dentaires. Mais comme l'utilisation d'appareils à rayons X mobiles à domicile est interdite au Québec, ils sont parfois réticents à administrer certains traitements. Voici les principales caractéristiques des traitements dentaires administrés à domicile: 1) traitements de prévention et de préservation, la plupart des patients ne pouvant pas tolérer de longues séances de restauration et 2) utilisation de matériaux dentaires faciles à manipuler et présentant des propriétés bénéfiques, comme le fluorure d'argent diamine (FAD) ou le verre ionomère. Un dentiste affirme que le FAD est le matériau idéal pour arrêter et prévenir la carie. Il est facile d'application et ne nécessite pas d'équipement spécialisé.

À la fin de chaque séance, les instruments utilisés sont déposés dans un contenant à couvercle et retournés à l'entrepôt pour être stérilisés, à la fin de la journée.

Aspects financiers – Les dentistes sont conscients des inquiétudes des professionnels dentaires quant à la viabilité financière de la dentisterie à domicile. Toutefois, ils soulignent qu'ils ont réussi à établir un modèle de service rentable. Ils affirment que les gains financiers peuvent être lents à se manifester au début mais que les dentistes qui démarrent une clinique mobile doivent s'accorder du temps. Un dentiste explique qu'il a dû faire preuve d'une grande capacité d'adaptation au début: «C'était très difficile de se déplacer [dans les ESLD] au début. Quand j'ai commencé avec mon assistante, je me souviens qu'on mettait une demi-heure rien que pour se déplacer du terrain de stationnement à la chambre». Au début, c'était lent, mais maintenant, cela va très bien!» déclare un autre dentiste en évoquant le rendement financier moins de deux ans après le démarrage d'une clinique mobile. Les trois cliniques fixent leurs tarifs conformément au guide de tarification de l'Ordre provincial des dentistes (tout comme les cliniques classiques). En outre, deux des cliniques facturent des frais de déplacement fixes par patient (100 \$ et 110 \$, respectivement). Un dentiste qui ne facture pas de frais supplémentaires compense les coûts de déplacement en regroupant les patients d'un même ESLD pour maximiser le nombre de rendez-vous par établissement.

Un dentiste explique que les préoccupations des dentistes au sujet de la faible rémunération des services dentaires mobiles découlent de l'approche des écoles de médecine dentaire et confirment les inégalités persistantes en matière d'accès aux soins buccodentaires:

Même dans une clinique classique, traiter des patients âgés ou handicapés, ce n'est pas rentable. Il faut plus de temps, plus de rendez-vous; ce n'est pas ce qu'on apprend à l'école. À l'école, on apprend à faire des couronnes, à faire des obturations, mais on n'apprend pas à traiter l'être humain! Je n'ai pas le choix [au sujet de frais de déplacement], si je ne le fais pas, ce n'est pas rentable. Beaucoup de gens n'acceptent pas mes services parce qu'ils sont coûteux. Mais ce que je demande, c'est le minimum pour que mon entreprise roule.

Discussion

Nous avons étudié trois cliniques dentaires à domicile établies au Québec, au Canada. Nous avons présenté les caractéristiques principales de leur démarrage, notamment l'opérationnalisation, la faisabilité, les avantages et les limites. Nous avons aussi examiné les caractéristiques du service, notamment les attitudes, les interactions et les aspects financiers. Notre modèle d'étude de cas et les points de discussion et recommandations qui suivent pourraient s'adapter à d'autres contextes de prestation des soins buccodentaires.

Faisabilité de la dentisterie à domicile

Dans la présente étude, les dentistes ont investi dans l'achat d'unités de traitement dentaire portatives offertes dans le commerce ou d'unités faites sur mesure. On trouve dans le commerce plusieurs types d'unités de traitement dentaire portatives. En cherchant rapidement sur Internet, on trouve de nombreuses unités à des prix variés. Mais bien que les unités de traitement dentaires soient bien équipées dans les trois cliniques, l'éventail des traitements réalisables est limité par l'interdiction au Québec d'utiliser des appareils à rayons X portatifs dans les domiciles.

Les dentistes qui hésitent à investir dans l'achat d'une unité de traitement portative peuvent envisager d'autres options moins coûteuses, comme des pièces à main rechargeables (fonctionnant à piles) et un aspirateur portable^{12, 13}. Ils peuvent aussi explorer ce type d'exercice en commençant par acheter les instruments servant aux traitements dentaires de base avant de construire leur cabinet mobile et d'y ajouter de l'équipement plus perfectionné^{5, 14}.

En ce qui a trait à la logistique, la difficulté commune aux cliniciens concerne les rendez-vous d'urgence et les suivis urgents, en particulier lorsque les dentistes ont un programme établi d'avance dans des régions éloignées du demandeur de service d'urgence. Cette difficulté pourrait s'expliquer par la forte demande de soins dentaires à domicile et le faible nombre de cliniques dentaires mobiles¹⁵. Un dentiste propose comme solution la «dentisterie de proximité» selon laquelle les cliniques classiques offriraient des services à domicile dans un petit rayon. Lorsque ce modèle sera reproduit dans différents quartiers et endroits, il permettra de résoudre le problème relié au temps de déplacement, autant pour les dentistes que pour les patients, et de rendre la dentisterie mobile plus accessible pour les personnes qui en ont besoin.

Rentabilité des soins dentaires à domicile

Notre étude révèle que la dentisterie à domicile est rentable pour les professionnels dentaires à plusieurs égards. Sur le plan opérationnel, la dentisterie à domicile permet de profiter de conditions de travail souples⁵ et d'un changement de décor^{12, 13} et, éventuellement, de mieux concilier la vie professionnelle et la vie privée. Sur le plan du service, le fait de permettre l'accès aux soins à des personnes incapables de les obtenir elles-mêmes peut être très gratifiant pour les professionnels dentaires^{14, 16}. La dentisterie à domicile est un modèle d'exercice traduisant les soins axés sur les besoins de la personne, l'équité et l'inclusion, valeurs auxquelles aspirent les prestataires de soins de santé. De plus, notre étude révèle que la dentisterie à domicile sous-entend des expériences humaines riches, intéressantes et possiblement transformatrices.

Sur le plan financier, malgré les inquiétudes fréquentes au sujet de la faible rémunération^{6, 12, 17}, les propriétaires des cliniques dentaires mobiles ayant fait l'objet de la présente étude confirment que ce modèle peut au contraire être rentable. Ils ont adopté de multiples stratégies pour augmenter leurs revenus, par exemple 1) en facturant des frais de déplacement, 2) en se concentrant dans les ESLD où plusieurs patients peuvent être vus en une seule visite et 3) en augmentant l'efficacité pendant et entre les visites par l'augmentation de la taille de l'équipe dentaire ou en achetant plus d'une unité de traitement dentaire pour les visites des ESLD. Les écrits font aussi état d'inquiétudes quant aux coûts de démarrage de la clinique et d'achat de l'équipement nécessaire^{5, 18} mais les dentistes ayant participé à la présente étude ne s'en sont pas inquiétés. Ils n'ont pas hésité à investir dans l'achat d'unités de traitement dentaire portatives parce qu'ils étaient convaincus du potentiel et de la nécessité d'un tel service, ce qui a justifié ainsi les coûts d'achat initiaux.

En outre, le traitement de patients manifestant divers déficits physiques ou cognitifs nécessite en effet des visites plus longues. Le temps d'attente entre deux patients est parfois considéré comme une perte d'occasions de revenus. Ce problème s'amplifie quand un dentiste exerçant dans une clinique fixe tente d'ajouter des services à domicile. Dans ce cas, les coûts de fonctionnement

d'une clinique fixe seraient difficiles à compenser. Une solution dans le cas de modèles d'exercice mixte est de retenir les services d'associés qui remplaceraient le dentiste de la clinique mobile dans la clinique fixe. Néanmoins, les dentistes mobiles ayant participé à notre étude ont souligné la nécessité d'un changement fondamental des attitudes dominantes de la profession dentaire, centrées sur le traitement, et l'adoption d'une approche plus holistique et axée sur les besoins de la personne afin de lutter contre les inégalités persistantes¹³.

Ce changement d'attitude est important parce que les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent vivre dans une situation financière précaire en raison d'une perte de revenu et, partant, d'une perte de couverture des soins dentaires par l'assurance-emploi. Conjuguée à l'absence d'un régime d'assurance public pour les soins dentaires pour les adultes dans certains pays, comme le Canada, cette situation ne fait qu'aggraver les obstacles financiers qui rendent les services dentaires (y compris les soins dentaires à domicile) inaccessibles à un segment croissant de la population.

Intérêt de la dentisterie à domicile

La recherche révèle que les personnes âgées non autonomes et les personnes handicapées se sentent moins anxieuses et participent plus à leurs soins dentaires lorsque ceux-ci sont prodigués dans un cadre familial^{14, 19}. Les services à domicile permettent aussi de réduire le fardeau des aidants naturels qui, autrement, doivent se déplacer avec les patients avec prudence, les amener à la clinique et faire face aux problèmes imprévisibles liés à l'accessibilité. Tant les patients que les aidants naturels ont exprimé leur immense gratitude pour l'amabilité, la patience et les compétences des équipes dentaires. Enfin, comme l'explique un dentiste, l'augmentation de tous les types de services à domicile (y compris les soins buccodentaires) favorise l'autonomie des personnes âgées, leur permettant ainsi de rester chez elles le plus longtemps possible.

Alors, que peut-on faire pour promouvoir les services de soins dentaires à domicile?

Sur le plan personnel, les dentistes désireux de fournir des services aux personnes âgées non autonomes et aux personnes handicapées pourraient bénéficier d'une formation continue qui les familiariserait avec les particularités de la prise en charge des personnes âgées et des patients atteints de maladies particulières comme la maladie d'Alzheimer. Sur le plan professionnel, les autorités pourraient élaborer des politiques visant à soutenir la dentisterie à domicile et, dans des contextes particuliers, comme au Québec (Canada), autoriser l'utilisation d'appareils à rayons X portatifs pour élargir la gamme des traitements dentaires à domicile. En outre, sur le plan structurel, les écoles de médecine dentaire pourraient jouer un rôle fondamental en aidant les futurs professionnels dentaires à façonner leur attitude à l'égard des autres modèles d'exercice dentaire, en offrant des formations ciblées, des programmes de sensibilisation communautaire et des occasions de collaboration interdisciplinaire avec d'autres professionnels de la santé. Enfin, les systèmes de soins de santé nationaux pourraient aussi jouer un rôle important en développant et en promouvant des stratégies de soins buccodentaires qui amélioreraient l'accès aux soins pour tous les membres de la société, par exemple en rendant obligatoires les services de soins buccodentaires dans les établissements de soins de longue durée²⁰.

CONCLUSION

La dentisterie à domicile est un modèle possible de pratique dentaire viable et potentiellement rentable au Québec (Canada). Les trois cliniques dentaires mobiles que nous avons étudiées présentent des différences en ce qui a trait au nombre d'années d'exercice, à la structure et à la taille de leurs équipes. Mais elles ont des caractéristiques physiques et des caractéristiques de service communes. Ces trois cliniques offrent exclusivement des services dentaires à domicile dans des maisons et des établissements de soins de longue durée. Leurs installations physiques sont constituées d'unités de traitement dentaire mobiles, d'un garage servant au stockage et à la stérilisation de l'équipement et d'un véhicule pour le transport. Ces cliniques font face aux mêmes difficultés logistiques : prise de rendez-vous urgents, interaction avec les patients et interdiction d'utilisation d'appareils à rayons X portatifs. Cependant, elles ont toutes réussi à les aplanir et à répondre à la forte demande de services dentaires à domicile. Un autre point commun réside dans les traits de personnalité des dentistes et des membres de leur équipe, qui font preuve d'une patience et d'une capacité d'adaptation remarquables.

La présente étude contribue à l'élaboration de modèles de prestation de soins dentaires à domicile fondés sur des données probantes. Il faudrait mener plus de recherche dans des contextes différents pour examiner d'autres modèles de prestation de soins buccodentaires. À la lumière des demandes visant les programmes d'études de médecine dentaire de premier cycle en dentisterie pour qu'ils soient davantage axés sur les besoins du patient et ceux de la société, d'autres études pourraient évaluer les effets de l'intervention du milieu de l'éducation sur l'attitude des nouveaux diplômés envers la dentisterie à domicile.

FICHIER SUPPLÉMENTAIRE 1.

Renseignements supplémentaires

La version en ligne contient des documents supplémentaires qui peuvent être consultés à l'adresse <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06788-4>.

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement les équipes des cliniques mobiles, les patients et les aidants naturels pour leur participation à la présente étude et pour avoir accueilli les chercheurs chez eux.

Nous remercions aussi les étudiantes chercheuses Ariane Leclaire et Émilie Fecteau qui ont contribué à la collecte et à l'analyse des données.

Enfin, nous exprimons notre gratitude à nos collaborateurs du groupe de recherche ACE-Dent pour leur soutien continu :

Partenaires de la communauté : Linda Gauthier, Laurent Morissette, Isabelle Ducharme et Claire Savage.

Cochercheurs : Shahrokh, Esfandiari; Richard Hovey; Mary Ellen Macdonald; Belinda Nicolau; Martine Lévesque; Kim Farrell; Tammy Thomson; Nareg Apelian; Mario Brondani; Félix Girard; Aïmée Dawson; Jean-Noël Vergnes; Alessandra Blaizot.

Contribution des auteurs

NM a mené l'étude, colligé et analysé les données puis rédigé le manuscrit. JR a contribué à la conceptualisation et à la conception de l'étude ainsi qu'à la révision du manuscrit. CB a conceptualisé et conçu l'étude et a révisé en grande partie le manuscrit. Tous les auteurs ont lu et approuvé le manuscrit final.

Financement

Ce travail a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) [subvention numéro 247507]. Le bailleur de fonds n'a participé ni aux travaux de recherche ni à la préparation du présent manuscrit.

Données et documents

Les données produites et analysées au cours de la présente étude ne sont pas accessibles au public parce qu'elles risqueraient de lever l'anonymat des participants. On peut cependant les obtenir auprès de l'auteur correspondant, moyennant un délai raisonnable.

DÉCLARATIONS

Approbation du comité d'éthique et consentement à la participation

Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants à la présente étude. L'approbation de l'étude a été obtenue du comité d'examen institutionnel l'Université McGill (numéro d'étude IRB AO6-E50-18B). Toutes les méthodes sont conformes aux lignes directrices et à la réglementation pertinentes.

Consentement à la publication

Les photos des pièces d'équipement ont été prises avec le consentement des participants. Ces photos ne contiennent aucun détail permettant d'identifier des participants humains.

Conflits d'intérêts

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

Information sur les auteurs

¹Faculté de médecine dentaire, Université McGill, 2001 avenue McGill College, Montréal, Québec H3A 1G1, Canada. ²École de réadaptation, Université de Montréal, 7077 avenue du Parc. Adresse postale : C.P. 6128 Centre-ville, Montréal, Québec H3C 3J7, Canada. ³Centre de recherche, Institut Universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal, Canada.

Références :

- 1 - Douglass CW, Glassman P. The oral health of vulnerable older adults and persons with disabilities. *Spec Care Dentist*. 2013;33(4):156-63.
- 2 - Priorities for a Decade of Action on Healthy Ageing. In: Ageing and life-course. Organisation mondiale de la santé. 2017. <https://www.who.int/ageing/10-priorities/en/> Consulté le 28 mars 2021.
- 3 - Lee EE, Thomas CA. Mobile and portable dentistry: alternative treatment services for the elderly. *Spec Care Dentist*. 2001;21(4):153-5.
- 4 - Lewis D, Fiske J. Guidelines for the delivery of a domiciliary oral healthcare service. *British Society for Disability and Oral Health*; 2009.
- 5 - Bee JF. Portable dentistry: a part of general dentistry's service mix. *Gen Dent*. 2004;52(6):520-6.
- 6 - Sweeney MP, Manton S, Kennedy C, Macpherson LM, Turner S. Provision of domiciliary dental care by Scottish dentists: a national survey. *Br Dent J*. 2007;202(9):E23-.
- 7 - Fathi H, Rousseau J, Makansi N, Blaizot A, Morris M, Vergnes JN, et coll. What do we know about portable dental services? *Gerodontology*: A scoping review; 2021.
- 8 - Accessible Clinics and Equity in Dentistry. <https://www.mcgill.ca/ace-dent/> Consulté le 28 mars 2021.
- 9 - Yin RK. *Case study research and applications*: Sage; 2018.
- 10 - Statistiques Canada. Tableau 17-10-0005-01. Population estimates on July 1st, by age and sex. DOI: <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl/en/tv.action?pid=1710000501>
- 11 - Rousseau J, Potvin L, Dutil E, Falta P. Model of competence: A conceptual framework for understanding the person-environment interaction for persons with motor disabilities. *Occup Ther Health Care*. 2002;16(1):15-36.
- 12 - Fiske J. The delivery of oral care services to elderly people living in a noninstitutionalized setting. *J Public Health Dent*. 2000;60(4):321-5.
- 13 - Lewis D, Fiske J. Domiciliary oral healthcare. *Dent Update*. 2011;38(4): 231-44.
- 14 - Shahidi A, Casado Y, Friedman PK. Taking dentistry to the geriatric patient: a home visit model. *J Mass Dent Soc*. 2008;157(3):46-8.
- 15 - Gupta S, Hakim M, Patel D, Stow LC, Shin K, Timothé P, et coll. Reaching Vulnerable Populations through Portable and Mobile Dentistry—Current and Future Opportunities. *Dentistry J*. 2019;7(3):75.
- 16 - Chung J. Delivering mobile dentistry to the geriatric population—the future of dentistry. *Dentistry J*. 2019;7(2):62.
- 17 - Strayer M. Oral health care for homebound and institutional elderly. *J Calif Dent Assoc*. 1999;27(9):703-8.
- 18 - Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, Yasunaga H. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(7):679-83.
- 19 - Lundqvist M, Davidsson T, Ordell S, Sjöström O, Zimmerman M, Sjögren P. Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly residing home residents in Sweden. *Community Dent Health*. 2015;32(1):39-43.
- 20 - Ghezzi EM, Kobayashi K, Park DY, Srisilapanan P. Oral healthcare systems for an ageing population: concepts and challenges. *Int Dent J*. 2017;67:26-33.

NOTE DE L'ÉDITEUR

Springer Nature reste neutre en ce qui concerne les allégations juridictionnelles dans les cartes publiées et les affiliations institutionnelles.

Prêt à soumettre votre recherche? Optez pour BMC. Vous bénéficiez :

- d'un service d'envoi en ligne rapide et pratique
- d'un examen approfondi mené par des chercheurs d'expérience dans votre domaine
- d'une publication rapide sur acceptation
- d'un service d'aide pour les données de recherche, y compris les données volumineuses et complexes
- d'un accès ouvert qui occasionne la collaboration élargie et plus de citations
- d'une visibilité maximale pour vos recherches : plus de 100 millions de consultations du site Web par an

Chez BMC, la recherche emprunte toujours la voie du progrès. Pour en savoir plus : biomedcentral.com/submissions

© L'auteur ou les auteurs. 2021 Open Access Le présent article est protégé par une licence de Creative Commons Attribution 4.0 International License permettant l'utilisation, le partage, l'adaptation, la distribution et la reproduction, en tout ou en partie, sur tout support ou dans tout format, à condition de citer de manière appropriée le ou les auteurs de l'article d'origine et la source, de fournir un lien vers la licence Creative Commons et d'indiquer les endroits où des changements ont été apportés. Les images et tous les autres éléments graphiques du présent article sont aussi protégés par la licence Creative Commons de l'article, sauf indication contraire dans une mention de la source. Si le matériel n'est pas protégé par la licence Creative Commons et que l'utilisation que vous souhaitez en faire n'est pas autorisée par la réglementation en vigueur ou dépasse le cadre d'utilisation autorisé, vous devrez obtenir l'autorisation directement auprès du détenteur des droits d'auteur. Pour consulter une copie de cette licence, rendez-vous sur le site Web à <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. La renonciation de la licence Creative Commons du domaine public (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) s'applique aux données mises à disposition dans cet article, sauf indication contraire dans la ligne de crédit des données.

QUE SAVONS-NOUS DE LA DENTISTERIE MOBILE?

Recension exploratoire des écrits

- HOMA FATHI¹ | JACQUELINE ROUSSEAU² | NORA MAKANSI¹ | ALESSANDRA BLAIZOT³ | MARTIN MORRIS⁴ | JEAN-NOËL VERGNES⁵ | CHRISTOPHE BEDOS¹

Reproduction autorisée de « *What do we know about portable dental services? A scoping review* »
Gerodontology 2021 Sep;38(3):276-288. doi: 10.1111/ger.12524. Epub 2021 Jan 22.

¹ Faculté de médecine dentaire, Université McGill, Montréal (Qc) Canada

² École de réadaptation, Université de Montréal, Montréal (Qc) Canada

³ Département de Prévention - Santé Publique, Faculté de chirurgie dentaire, Université de Lille (Lille) France

⁴ Bibliothèque Schulich des sciences physiques, Université McGill, Montréal (Qc) Canada

⁵ Hôpital universitaire de Toulouse, Université Paul- Sabatier (Toulouse) France

Correspondance

Homa Fathi, Faculté de médecine dentaire, Université McGill, avenue McGill College bureau 500, Montréal (Qc) H3A 1G1, Canada.

Courriel : homa.fathi@mail.mcgill.ca

Information sur le financement

Instituts de recherche en santé du Canada;
 Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse du Québec

RÉSUMÉ

Contexte – On appelle « dentisterie mobile » les soins dentaires fournis au patient vivant chez lui ou dans une résidence. La demande des services dentaires mobiles est en hausse mais les dentistes sont toujours réticents à adopter ce modèle d'exercice de l'art dentaire.

Objectifs – Explorer les écrits portant sur les services dentaires mobiles et comprendre a) le mode de préparation et de prestation des services dentaires mobiles et b) les avantages et les défis de la dentisterie mobile pour les fournisseurs de services et les patients.

Méthodologie – En effectuant une recherche exhaustive, nous avons repéré 3 994 articles et nous en avons retenu 28 pour la synthèse finale. Trois auteurs ont lu les articles et analysé leur contenu chacun de leur côté.

Résultats – Nous présentons une synthèse des écrits et proposons un modèle de dentisterie mobile à trois paliers, le patient occupant le centre, entouré d'anneaux concentriques représentant le dentiste (l'équipe dentaire) et la société. Pour chaque palier, notre modèle a trois composantes: 1) l'organisation des services, 2) l'arrivée et l'installation de la clinique mobile et 3) la prestation de services. En outre, chaque palier se compose 1) des facteurs humains, qui sont liés au professionnel dentaire ou au patient, 2) des facteurs non humains, liés à l'équipement ou au milieu physique et 3) des facteurs financiers, liés au coût et à la rémunération.

Conclusions – Nous proposons un modèle de dentisterie mobile que les dentistes et les enseignants de l'art dentaire intéressés par ce type d'exercice devraient juger utile.

MOTS CLÉS

Accès aux soins, handicap, soins dentaires à domicile, personnes âgées

1 -INTRODUCTION

À l'échelle mondiale, la proportion et le nombre absolu de personnes âgées de 65 ans et plus augmentent^{1,2}. Au Canada, par exemple, on estime que d'ici 2040, ce groupe d'âge représentera environ le quart de la population³. Compte tenu du lien entre le vieillissement et la perte d'autonomie, une hausse du nombre de personnes âgées confinées à leur domicile et vivant en établissement est aussi prévisible^{4,5}. La recherche révèle que cette population souffre de manière disproportionnée de divers troubles de santé buccodentaire qui sont liés à un déficit physique et cognitif⁴, à des affections généralisées et à un accès réduit aux services de santé buccodentaire⁶.

Le fait que de plus en plus de personnes conservent leurs dents naturelles jusqu'à un âge avancé⁴ pose des défis considérables à l'actuel système de soins dentaires.

Une solution consisterait à développer un autre modèle de fourniture de soins buccodentaires qu'on appelle la «dentisterie mobile», soit «un service à l'intention des personnes incapables d'accéder seules à une clinique dentaire»⁶. Selon ce modèle, l'équipe de professionnels dentaires se déplace pour voir les patients à leur lieu de résidence, que ce soit leur maison ou un foyer de soins, pour leur prodiguer des soins dentaires à l'aide d'équipement portatif⁶⁻⁸.

Les dentistes offrant des services de dentisterie mobile sont rares; leur nombre ne répond ni à la demande actuelle ni à la demande future prévue de la population^{9,10}. Leur réticence pourrait s'expliquer par des lacunes de formation et, par conséquent, par un manque de connaissances sur ce type de services^{4,11,12}. Cela n'est aucunement surprenant sachant que la dentisterie mobile est un sujet rarement abordé dans les programmes d'études de dentisterie de premier cycle⁴.

Pour élaborer des modèles exhaustifs de dentisterie mobile pouvant servir dans les programmes d'études dentaires de premier cycle et dans la formation continue, il faut avoir une vue d'ensemble des résultats des travaux de recherche. La présente recension vise à examiner les écrits existants qui portent sur a) la préparation et la prestation de services dentaires mobiles

et b) les avantages et les inconvénients des soins dentaires mobiles pour les prestataires de services et les patients.

La présente recension est inspirée d'un cadre élaboré par Rousseau et coll. qui décrit l'interaction entre des facteurs humains (professionnels dentaires et patients) et des facteurs non humains (physiques et contextuels) dans le milieu¹³⁻¹⁵.

2 - MÉTHODOLOGIE

2.1 - Recherche d'études pertinentes

Une recherche exhaustive a été effectuée sur Ovid (Medline) par un bibliothécaire médical (MM) et revue par d'autres membres de l'équipe de recherche. La recherche a ensuite été transposée dans Embase (Medline), CINAHL et Scopus. Toutes les recherches ont été effectuées du début des travaux jusqu'au 10 octobre 2018. Nous n'avons pas limité les résultats à une langue ou à un type de publication en particulier.

Au fur et à mesure de l'examen des articles retenus et de l'extraction des données, de nouveaux termes ont été ajoutés à la liste des mots clés [aa] et une recherche actualisée a été relancée le 24 avril 2019 et le 16 juillet 2020. La stratégie de recherche finale résultante pour Ovid (Medline) est présentée à la figure 1. Les enregistrements ont été dédoublés à l'aide d'Endnote.

2.2 - Sélection des études et représentation graphique des données

Deux auteurs (NM, HF) et un étudiant chercheur ont chacun de leur côté passé en revue les titres et les résumés des 3 917 articles récupérés après dédoublonnage en utilisant Rayyan [bb]. Ils en ont exclu 3 880. Les textes complets des 37 articles retenus ont ensuite été examinés de manière indépendante et les désaccords ont été résolus par consensus. Pour être admissibles, les articles devaient décrire de manière spécifique le principe de la dentisterie mobile, lequel se définit ainsi : la mise en place d'une unité de traitement dentaire et de services dentaires dans le lieu de résidence du patient.

FIGURE 1: Stratégie de recherche finale (Ovid Medline).

1. Exp dental care for disabled/	9. Or/1-8	19. Or/10-18
2. Exp dental care for aged/	10. Exp health services accessibility/	20. 9 and 19
3. Disabled persons/ or exp amputees/ or exp disabled children/	11. Exp «facility design and construction»/	21. Exp dentistry/
4. (disable? or handicap* or spinal cord* or disabilit* or wheelchair? or frail or aged or elderly or old age or geriatric* or gero- dont* or ((impair* or reduce? or reduc- tion? or limited) adj3 mobilit*)).tw,kf.	12. (accessibility or accessible).tw,kf.	22. Exp dentists/
5. Exp wheelchairs/	13. «universal access».tw,kf.	23. Exp dental education/
6. (physical* challenge* or (special adj1 (need? or care))).tw,kf.	14. Model? of access*.tw,kf.	24. (dental or dentist? or oral).tw,kf,mp.
7. (limit* adj3 (independ* or access)).tw,kf.	15. ((mobile or dental) adj1 (unit? or van?)).tw,kf.	25. Or/21-24
8. Special care dentistry.tw,kf.	16. Exp telemedicine/	26. 20 and 25
	17. (telemedicine or teledentistry).tw,kf.	27. Limit 26 to (English or French)
	18. Alternative model?.tw,kf.	28. Limit 27 to last 25 years

Les articles portant sur les camionnettes de soins dentaires ont donc été rejetés. Le processus de sélection des articles est illustré à la figure 2.

Les deux auteurs ont chacun de leur côté extrait des données pertinentes des 25 articles retenus à l'aide d'une feuille de calcul Excel comportant les champs suivants: avantages, défis, facilitateurs, équipement et aspects financiers. Les divergences ont été résolues par la discussion. Ils ont repris l'exercice pour trois autres articles glanés durant d'autres recherches.

2.3 - Évaluation critique des études retenues

Les approches de recherche qualitative ont été reconnues dans le domaine de l'épidémiologie clinique comme étant appropriées pour recueillir des données sur le contexte social et comportemental de l'état de santé^{16, 18}. Pour cette étude, l'évaluation critique a été réalisée à l'aide de la liste de contrôle en dix points de la Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research Studies.

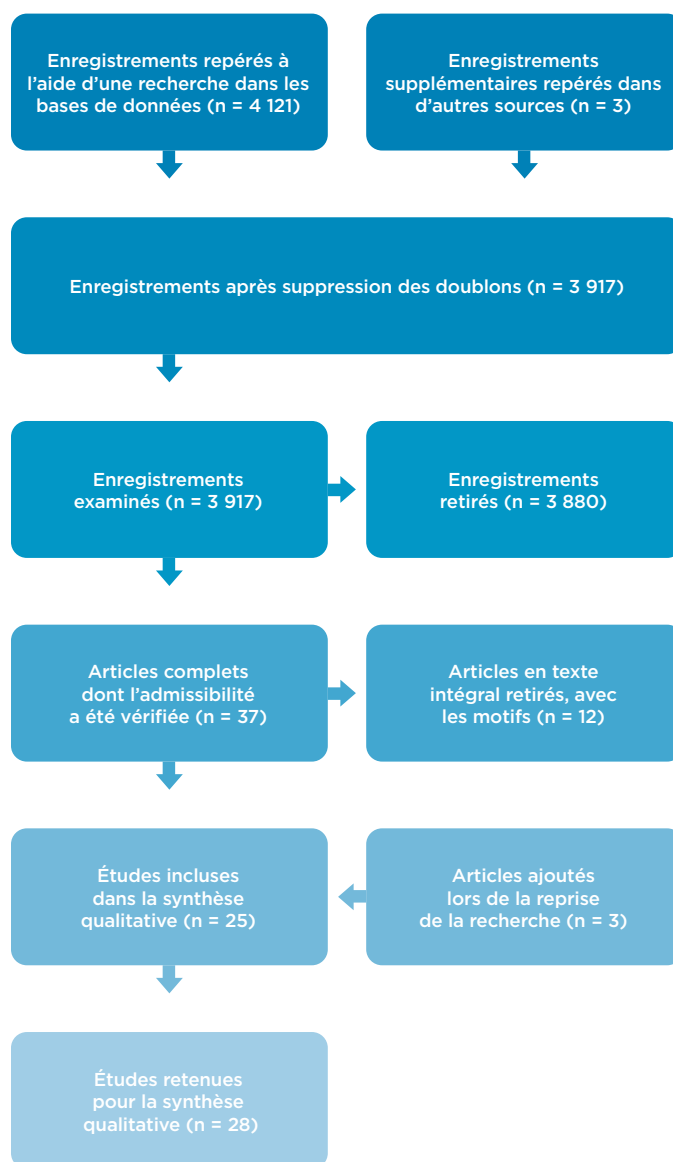
Deux chercheurs (HF, NM) ont évalué de manière indépendante si les articles se prêtaient à une évaluation critique. Pour être admissible, un article devait représenter les données originales d'une étude d'observation ou fournir une recension narrative des écrits. Toute synthèse présentant une bibliographie a été incluse conformément à la définition d'une recension narrative, à savoir «une tentative de résumer la littérature d'une manière qui ne soit pas explicitement exhaustive mais pour laquelle une exigence minimale a été établie pour la méthode de recherche documentaire et qui, dans un sens plus élargi, inclut une question de recherche spécifique et un résumé complet de toutes les études»¹⁶. Les articles traitant de questions médico-économiques n'ont pas fait l'objet d'un examen critique car il n'existe pas de méthodologie standard applicable à l'examen critique de tels articles¹⁹.

Deux chercheurs (AB, JV) ont établi le degré de qualité nécessaire pour que les études puissent faire l'objet d'un examen à l'aide de grilles d'évaluation adaptées au type d'article et validées dans les écrits (Newcastle-Ottawa, pour les études d'observation¹⁷, SANRA – Scale for the Assessment of Narrative Review Articles, pour les recensions narratives¹⁶). Les divergences ont été résolues par en arriver à un consensus.

3 - RÉSULTATS

Les vingt-huit documents examinés comprennent douze recherches originales, huit articles de synthèse et trois articles d'opinion ou exprimant le point de vue du comité de rédaction de la revue. Nous avons trouvé un guide détaillé de dentisterie mobile publié au Royaume-Uni. La plupart des documents proviennent du Royaume-Uni (n = 7) et des États-Unis (n = 9). Il convient aussi de noter que deux articles^{20,21} portent sur des évaluations médico-économiques. Le tableau 1 présente les principales caractéristiques des dix-huit articles retenus pour l'analyse de la qualité.

FIGURE 2: Méthode de sélection des articles à l'aide de la méthode PRISMA (articles préférés pour la recension exhaustive et les méta-analyses).



TABEAU 1: Caractéristiques des 18 articles retenus pour l'analyse qualitative

Numéro	Auteur	Année	Pays	Type d'article	Score d'évaluation de la qualité	Message principal
1	Fiske, J	1999	Royaume-Uni	Recension	4/12 ^a	Attire l'attention sur la hausse probable de la demande de services dentaires mobiles ¹ et souligne les compétences et les problèmes qui y sont associés.
2	Strayer, M	1999	É.-U.	Recension	5/12 ^a	Discute de la croissance rapide de la population des personnes âgées, des obstacles à l'accès aux soins dentaires et des objectifs à atteindre pour assurer la fourniture de ces soins.
3	Fiske, J	2000	Royaume-Uni	Recension	5/12 ^a	Discute des connaissances, des compétences et de l'équipement nécessaire pour la dentisterie mobile, des avantages pour les prestataires de soins et les patients et des difficultés qui y sont associées.
4	Lee, EE	2001	É.-U.	Recension	4/12 ^a	Explique les systèmes dentaires mobiles et leurs avantages et inconvénients.
5	Longhurst, RH	2002	Royaume-Uni	Original	2/9 ^b	Étudie la disponibilité de la dentisterie mobile dans la zone étudiée et le désir des dentistes d'adopter ces services.
6	Bee, JF	2004	É.-U.	Recension	4/12 ^a	Remet en question l'obligation éthique et morale des dentistes envers les patients confinés à domicile, discute des obstacles et des occasions associés à la dentisterie mobile.
7	Morreale, JP	2005	Canada	Original	6/12 ^a	Décrit son expérience de la dentisterie mobile en complément de l'exercice habituel en cabinet et aborde aussi les défis et les problèmes qui en découlent.
8	Charlton, D	2007	É.-U.	Recension	6/12 ^a	Présente divers postes de dentisterie mobile et leurs caractéristiques.
9	Sweeney, MP	2007	Écosse	Original	6/9 ^b	Évalue la quantité, les obstacles et les types de dentisterie mobile en Écosse.
10	Stevens, A	2008	Irlande	Original	3/9 ^b	Évalue la quantité, les obstacles et les types de dentisterie mobile dans la partie nouvelle et le secteur ouest de Belfast, examine les attitudes des dentistes envers la dentisterie mobile.
11	Shahidi, A	2008	É.-U.	Original	6/9 ^b	Présente un programme de dentisterie mobile, des données démographiques, des besoins et des services fournis à 195 patients confinés à leur domicile.
12	Lewis, D	2011	Royaume-Uni	Recension	4/12 ^a	Décrit les défis et les obstacles associés à la dentisterie mobile, fournit des renseignements sur l'équipement et les compétences nécessaires pour exercer la dentisterie mobile et examine le rôle de la mise en service.
13	Othman, AA	2014	Malaisie	Original	6/9 ^b	Évalue l'expérience de dentistes malaisiens, leur disposition à fournir des soins mobiles et les obstacles auxquels ils sont confrontés.
14	Sjogren, P	2015	Suède	Original	4/9 ^b	Analyse la sécurité des patients dans les cliniques de dentisterie mobiles, en utilisant des données d'un registre de qualité.
15	Geddis-Regan, A	2018	Royaume-Uni	Original	7/9 ^b	Examine les données figurant sur de demandes de paiement de services de dentisterie mobile au National Health Service (NHS) du Royaume-Uni pour déterminer si l'âge ou la défavorisation sont reliés au niveau des services dentaires mobiles fournis.
16	Ishimaru, M	2019	Japon	Original	9/9 ^b	Examine la proportion de bénéficiaires de services de soins de longue durée à domicile qui reçoivent des soins dentaires mobiles ainsi que les facteurs qui influent sur l'utilisation de ces soins.
17	Chung, J	2019	Canada	Original	5/12 ^a	Examine les avantages de la dentisterie mobile et les défis qu'elle pose à la lumière de l'expérience personnelle.
18	Gupta, S	2019	É.-U.	Recension	10/12 ^a	Résume les occasions et les restrictions à la prestation et à la réception de soins dentaires par des cliniques de dentisterie mobiles.

^a Échelle SANRA (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles).

^b Échelle Newcastle-Ottawa.

3.1 - Résultats de l'examen critique

Les études observationnelles comprennent une étude de cas-témoin et sept études transversales. Dans l'ensemble, la qualité des études observationnelles est assez hétérogène (les scores allant de 1 à 9 sur l'échelle de Newcastle-Ottawa). Cependant, quatre études ont obtenu une cote élevée, principalement parce que leurs auteurs ont mené des évaluations à grande échelle en utilisant des données enregistrées dans des bases de données nationales ou en interrogeant des dentistes sur leur expérience de la dentisterie mobile; ces enquêtes permettent aux chercheurs de mener des évaluations à grande échelle car elles ne nécessitent pas d'études en aveugle (tableaux 2 et 3). En ce qui concerne les recensions narratives, l'évaluation critique a été effectuée à l'aide de la liste de vérification SANRA en douze points (tableau 4). Pour toutes les recensions narratives, la qualité de la méthodologie a été jugée «moyenne», leur cote variant de 4 à 6, sauf une dont la qualité de la méthodologie a été jugée «supérieure», sa cote étant de 10 sur l'échelle SANRA.

TABEAU 2: Évaluation de la qualité des études à l'aide de l'échelle Newcastle-Ottawa pour les études de cas-témoins

Étude, année	Ishimaru 2019
Définition adéquate du cas	★
Représentativité des cas	★
Sélection des contrôles	★
Définition des cas témoins	★
Comparabilité	★
Contrôle d'un facteur important ou d'un facteur supplémentaire	-
Évaluation de l'exposition	★★
Méthode d'identification des cas et des témoins.	★
Taux de non-réponse	★
Score total / 9	9

3.2 - Résultats de l'examen du contenu

Après avoir examiné le contenu des 25 documents retenus, nous avons organisé nos résultats selon le modèle présenté à la figure 3. Les avantages, les inconvénients et les aspects financiers de la dentisterie mobile pour le patient composent ce modèle. L'anneau qui l'entoure représente la «dentisterie mobile». Celle-ci comprend trois étapes: 1) *l'organisation des services*, 2) *l'arrivée et l'installation* et 3) *la prestation des services*. Ces trois étapes englobent chacune trois éléments: 1) les facteurs humains, qui concernent les professionnels de l'équipe dentaire ou le patient, 2) les facteurs non humains, qui se rapportent à l'équipement ou au milieu physique et 3) les facteurs financiers, qui sont liés au coût et à la rémunération. Enfin, les paliers du patient et du dentiste sont circonscrits par le «palier sociétal» qui englobe les facteurs culturels, les facteurs législatifs et les facteurs financiers influant sur la dentisterie mobile. La répartition des articles examinés entre les catégories d'analyse est présentée au tableau 5.

Dans les paragraphes ci-dessous, nous expliquons comment les résultats de notre étude s'intègrent à la structure de ce modèle, d'abord du point de vue du patient, au centre; ensuite dans les trois étapes du processus de soins en odontologie et, enfin, du point de vue du palier sociétal.

3.2.1 - Palier patient

Nous présentons maintenant les avantages, les inconvénients et les aspects financiers de la dentisterie mobile pour les patients.

Avantages

Les écrits indiquent que l'amélioration de l'accessibilité aux services dentaires constitue le principal avantage de la dentisterie mobile pour les patients^{4, 7, 21, 24}. La dentisterie mobile est particulièrement intéressante pour les personnes ayant des contraintes de transport, comme les personnes âgées affaiblies par la maladie et celles ayant un déficit physique^{8,12}.



TABEAU 3: Évaluation de la qualité des études à l'aide de l'échelle de Newcastle-Ottawa pour les études transversales

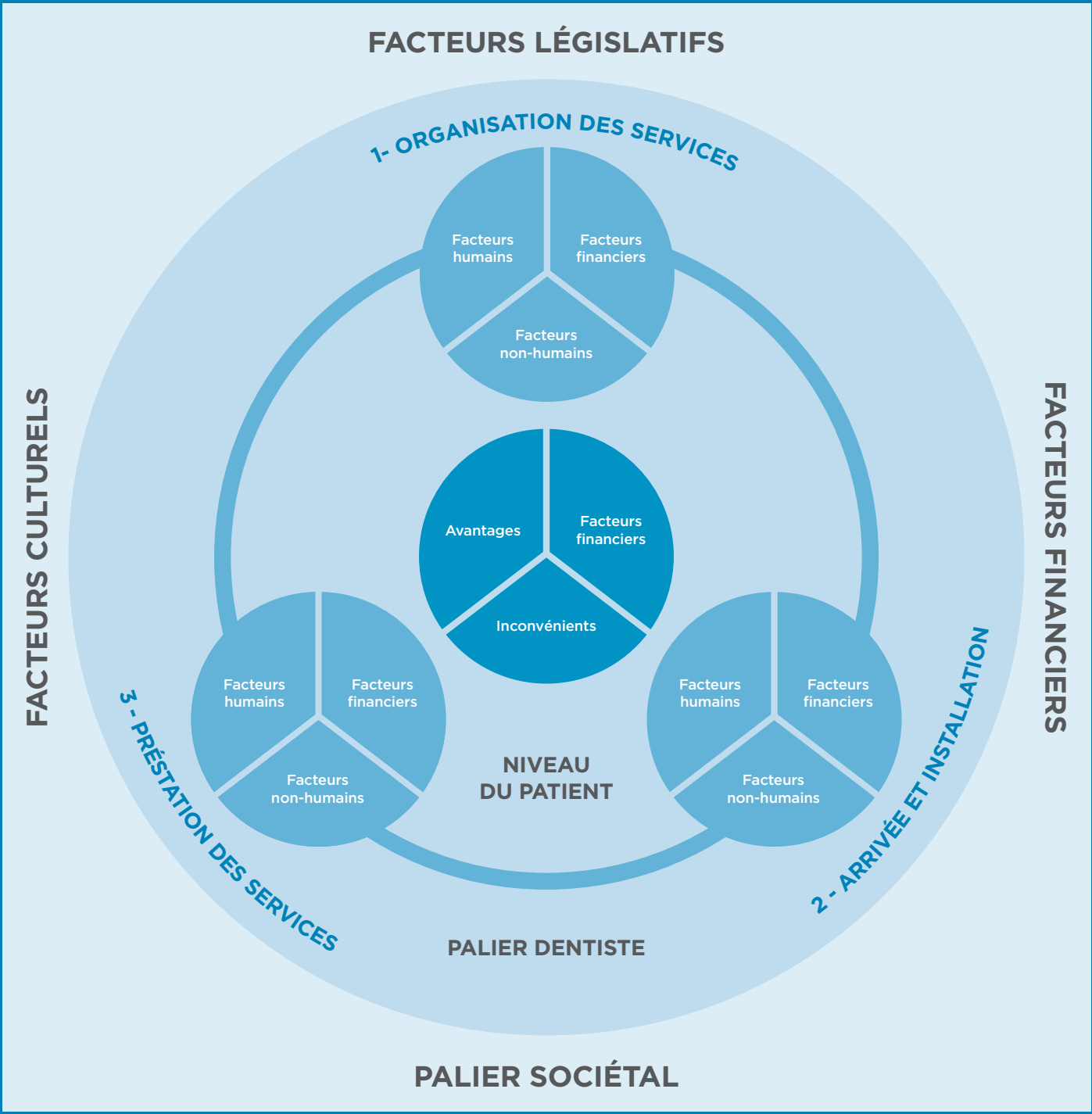
Numéro	Étude, année	Représentativité de l'échantillon	Taille de l'échantillon	Détermination de l'exposition	Non-répondants	Comparabilité	Évaluation des Résultats	Suivi	Cote globale sur 9
1	Sweeney 2006	★	★	★	-	★	★	★	6
2	Othman 2012	★	★	★	-	★	★	★	6
3	Shahidi 2008	-	-	-	-	-	★	-	1
4	Geddis-Regan 2018	★	★	★	★	★	★	★	7
5	Sjögren 2015	-	★	-	-	★	★	★	4
6	Stevens 2008	-	-	★	-	★	★	-	3
7	Longhurst 2002	-	-	★	-	-	★	-	2

TABEAU 4: Évaluation de la qualité des études à l'aide de SANRA^a pour les recensions narratives

Numéro	Étude, année	Justification de l'article	Déclaration d'objectifs concrets	Description de la recherche documentaire	Référencement	Raisonnement scientifique	Présentation appropriée des données	Cote globale sur 12
1	Fiske 1999	2	0	0	2	0	0	4
2	Strayer 1999	2	1	0	2	0	0	5
3	Fiske 2000	2	1	0	2	0	0	5
4	Lee 2001	2	0	0	2	0	0	4
5	Abeille 2004	2	0	0	2	0	0	4
6	Morreale 2005	2	2	0	2	0	0	6
7	Charlton 2007	2	2	0	2	0	0	6
8	Lewis 2010	2	0	0	2	0	0	4
9	Chung 2019	2	2	0	1	0	0	5
10	Gupta 2019	2	2	1	2	2	1	10

^a Échelle d'évaluation de l'examen narratif.

TABLEAU 3: Modèle de dentisterie mobile.



Elle convient aussi aux personnes ayant un déficit cognitif, comme la maladie d'Alzheimer, qui pourraient être confuses et désorientées en milieu clinique^{4,24}. En plus de faciliter l'accès aux services dentaires, la dentisterie mobile comporte d'autres avantages. Shahidi et coll.²⁵, par exemple, affirment que les consultations à domicile améliorent la relation médecin-patient et sont des contacts sociaux bien accueillis par les personnes confinées chez elles. De même, Chung estime qu'une

consultation chez le dentiste constitue souvent le « clou de la journée » pour la personne âgée²⁶. Les dentistes visiteurs pourraient même devenir des membres importants du réseau social du patient et contribuer à l'amélioration de son bien-être général¹². En outre, le patient se sent généralement plus maître de lui-même et plus détendu dans un cadre familial; le domicile peut favoriser une participation active aux soins dentaires^{4,25}.

Inconvénients

La dentisterie mobile comporte aussi des inconvénients. L'une des principales difficultés est de trouver un praticien; les dentistes qui offrent ce type de services à domicile ne sont pas nombreux⁴. Les listes d'attente sont souvent longues et le choix de praticiens est restreint. Dans de nombreux cas, la gamme de soins offerts est aussi limitée en raison du manque d'équipement. L'absence de suivi en temps opportun constitue aussi un problème car l'équipe dentaire est toujours en déplacement et couvre parfois sur un vaste territoire. Cela peut être particulièrement problématique en cas de complications postopératoires^{7,27}.

Aspects financiers

Les écrits font état de divers aspects financiers. Par exemple, deux intervenants soutiennent que, grâce à la dentisterie mobile, il n'y a plus de frais de transport vers la clinique^{5,23}. Cependant, selon Strayer et coll., les dépenses liées aux visites à domicile ne sont souvent pas couvertes par les régimes d'assurances; dans bon nombre de cas, le patient doit payer les services de sa poche⁵. Certains dentistes facturent d'autres frais pour

compenser le temps de déplacement et le coût du transport et de l'installation de l'équipement²⁸. Ces facteurs pourraient rendre les services mobiles coûteux, voire inaccessibles, pour de nombreux patients.

3.2.2 - Palier dentiste

Au palier dentiste, nous expliquerons les trois étapes de la prestation des services dentaires mobiles : organisation; arrivée et installation; prestation des services.

Organisation des services

Cette étape commence avec les préparatifs de la visite par l'équipe de soins dentaires. Certains dentistes préfèrent travailler seuls ou avec peu d'assistance. En règle générale, l'équipe dentaire mobile se compose d'un dentiste, d'une hygiéniste dentaire et d'une ou de plusieurs assistantes dentaires²⁸. Pendant l'organisation du service, l'équipe dentaire mobile doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs humains, de facteurs non-humains et de facteurs financiers.

Facteurs humains. Selon les écrits scientifiques, il semble que l'organisation du service peut être assez fastidieuse pour l'équipe dentaire^{7,11}. Celle-ci doit préparer des trousseaux d'instruments et les matériaux dentaires avant de se rendre à la résidence du patient^{7,10,28}. Pour faciliter cette tâche et gagner du temps, plusieurs auteurs proposent que le dentiste fasse les démarches nécessaires pour obtenir au préalable des renseignements pertinents sur les principaux symptômes dont se plaint le patient, ses antécédents médicaux et ses préférences^{25,29}. Des directives pour l'orientation dans la résidence et l'utilisation des places de stationnement pourraient aussi permettre à l'équipe dentaire de gagner du temps^{6,30}. Du point de vue d'un gestionnaire, le dentiste utiliserait mieux le temps consacré à la dentisterie mobile en y consacrant des journées particulières au lieu de répondre à des appels de manière ponctuelle³⁰.

TABEAU 5: Répartition des articles examinés entre les catégories d'analyse

		PALIER DENTISTE							
Palier patient (n = 14)		Organisation des services (n = 13) Fiske		Arrivée et mise en place des services (n = 12)		Prestation des services (n = 19)		Palier sociétal (n = 12)	
Strayer	1999	Fiske	1999	Fiske	1999	Strayer	1999	Fiske	2000
Fiske	2000	Fiske	2000	Fiske	2000	Fiske	1999	Abeille	2004
Lee	2001	Lee	2001	Meyer	2002	Fiske	2000	Morreale	2005
Naditz	2003	Abeille	2004	Morreale	2005	Lee	2001	Shahidi	2008
Morreale	2005	Morreale	2005	Stevens	2008	Longhurst	2002	Lewis	2011
Shahidi	2008	ASTDD ^a	2007	BSDH ^a	2009	Naditz	2003	Othman	2014
BSDH ^a	2009	Shahidi	2008	McHugh	2011	Gil Montoya	2004	Sullivan	2014
Sjogren	2010	Stevens	2008	Lewis Othman	2011	Abeille	2004	Lundqvist	2015
Lewis	2011	BSDH ^b	2009	Lundqvist	2014	Sweeney	2007	Geddis-Regan	2018
Stillhart	2011	McHugh Othman Lundqvist Ishimaru	2011	Sjogren	2015	ASTDD ^a	2007	Ishimaru	2019
Sjogren	2015		2014	Chung	2015	Shahidi	2008	Chung	2019
Lundqvist	2015		2015		2019	Stevens	2008	Gupta	2019
Chung	2019		2019			BSDH ^a	2009		
Gupta	2019					Lewis	2011		
						Othman	2014		
						Sjogren	2015		
						Lundqvist	2015		
						Ishimaru	2019		
						Chung	2019		

^a ASTDD: Association of State and Territorial Dental Directors (É.-U.).

^b BSDH: British Society for Disability and Oral Health.

L'évaluation des risques d'urgence médicale est un autre point dont il faut tenir compte. Il est d'autant plus important dans la mesure où les patients âgés confinés à leur domicile sont plus susceptibles d'avoir des maladies progressives et, par conséquent, de nécessiter des soins d'urgence⁶. Pour résoudre ce problème, Fiske et coll. soulignent l'importance de recueillir d'avance les antécédents médicaux des patients. De cette façon, l'équipe dentaire pourrait bien se préparer et disposer d'une trousse à outils d'urgence dédiée^{6,30}.

Facteurs non-humains. Le déplacement d'équipement lourd à porter constitue l'une des difficultés inévitables pour toute clinique dentaire mobile. Mais, comme les besoins sont variables, il n'est peut-être pas nécessaire de transporter tout l'équipement pour faire toutes les visites^{10,21,31}. Le problème du transport pourrait se résoudre par une préparation minutieuse, étape par étape et la préparation de paquets³¹ en commençant par une trousse portative de base³⁰ et des trousse individuelles préorganisées²⁸. On pourrait aussi prévoir l'équipement selon le type de service fourni: trousse de traitement, trousse d'examen, trousse d'ajustement de prothèses, trousse de chirurgie, de restauration et de parodontie^{30,32}.

Il n'en reste pas moins que certains articles d'intervention d'urgence, comme les canules oropharyngées, l'aspirateur portatif, les bouteilles d'oxygène et un insufflateur Ambu sont toujours essentiels en cas d'urgence nécessitant une réanimation cardiovasculaire, selon Fiske et collaborateurs⁴. Le transport de bouteilles d'oxygène dans une automobile peut nécessiter certaines mesures de sécurité; il convient d'informer l'assureur du véhicule³⁰.

Facteurs financiers. Le coût initial du démarrage de la clinique mobile est une préoccupation financière pour les dentistes^{4,7,31}. Les écrits semblent indiquer que l'investissement initial pour le démarrage d'une clinique dentaire mobile est nettement inférieur à celui d'une clinique dentaire ordinaire³³. Ils fournissent quelques suggestions pour réduire ces coûts. À titre d'exemple, le dentiste débutant pourrait commencer par acheter un équipement de base, notamment une source lumineuse, des miroirs dentaires et des outils d'ajustement des prothèses³¹ et ajouter progressivement de l'équipement plus perfectionné, comme une unité de traitement dentaire^{28,31}. Une autre option consiste à acheter une source lumineuse et de petites unités de traitement pour commencer et à enrichir l'équipement au fur et à mesure que la clinique mobile prend de l'expansion^{7,31}. Un auteur recommande aussi de se prévaloir des crédits d'impôt pour ce type d'équipement, si la législation le permet²⁹.

Arrivée et mise en place

En arrivant sur le lieu de résidence du patient, l'équipe dentaire doit composer avec les éléments humains et non humains du lieu de vie dont les échanges avec la famille ou l'aidant naturel et l'installation de l'équipement dans le lieu le plus approprié. Les parties suivantes présentent les éventuels facteurs humains, non humains et financiers.

Facteurs humains. La sécurité des occupants est un facteur humain dont il faut tenir compte pendant la prestation de soins au domicile des patients. Ce facteur est important car les membres de l'équipe sont ni plus ni moins des étrangers qui entrent dans le monde intime du domicile d'une autre personne. Deux auteurs affirment que l'équipe dentaire doit fournir aux occupants des renseignements sur l'identité du patient dès leur arrivée. Un autre auteur encourage le dentiste à être toujours accompagné d'un membre de l'équipe pendant ses visites à domicile, pour la sécurité de tous^{6,30}. Les membres de l'équipe dentaire doivent également faire preuve d'égards car ils sont des invités; il est important de respecter la culture, les principes et les biens des patients tout au long de la visite⁴.

Lorsqu'il s'agit de fournir des soins dentaires dans un établissement de soins de longue durée où plusieurs résidents présentent un déficit cognitif, il importe de bien identifier chaque patient afin d'éviter des catastrophes, comme se tromper de résident et traiter quelqu'un d'autre. Pour remédier au problème, Sjogren et coll.²² recommandent au clinicien de suivre des protocoles d'identification rigoureux et de vérifier une seconde fois l'identité du patient auprès du personnel infirmier ou des aidants naturels.

Dans tous les cas, l'étape suivante consiste à obtenir le consentement du patient⁶, ce qui peut s'avérer difficile car certaines personnes confinées chez elles ne sont pas en mesure de prendre des décisions éclairées²¹. Dans ce cas, le consentement est généralement obtenu auprès d'un membre de la famille qui a obtenu une procuration²⁶. Dans le cas contraire, il incombe au professionnel dentaire de joindre les personnes concernées et, si nécessaire, de joindre le représentant du patient désigné par le tribunal⁶.

Facteurs non-humains. Le cadre de prestation des services dentaires mobiles est généralement «la chambre du patient, où il est allongé sur son lit ou assis confortablement dans un fauteuil, ou un fauteuil roulant»²². Que ce soit au domicile du patient ou dans un établissement, le professionnel dentaire a peu de maîtrise sur les conditions³⁰. Pour être en mesure d'intervenir minimalement sur ces conditions, il devrait commencer par exiger une pièce bien éclairée, dotée d'une prise d'eau et d'une prise électrique appropriées. L'équipe dentaire pourrait aussi suivre des mesures simples mais efficaces, comme éteindre le téléviseur ou l'appareil radio bruyants et retirer tous les objets gênant le déplacement dans la chambre⁴. Fiske et coll. recommandent de respecter d'autres mesures de sécurité, comme de poser un coupe-circuit sur tous les appareils électriques et d'éviter d'utiliser des flammes nues^{4,30}.

L'étape suivante consiste à installer l'équipement et à préparer une zone de travail propre^{4,10,12}. Comme dans tous les autres types de clinique dentaire, les dentistes doivent tenter d'établir et de respecter toutes les méthodes de prévention des infections^{6,34}. Pour leur faciliter la tâche et protéger les surfaces, McHugh et coll.²⁹ suggèrent à l'équipe dentaire d'apporter une réserve de draps, de couvertures et de serviettes propres ou d'en faire la demande.

Facteurs financiers. Les frais de déplacement sont considérés comme un risque de fardeau financier, en particulier pour les dentistes qui offrent des services dans plusieurs endroits^{6,28}. Les assurances du véhicule de transport sont un autre point à considérer⁶. Les cliniciens pourraient développer un barème de rémunération capable de répondre à ces coûts de déplacement supplémentaires³⁰. Par exemple, Morreale propose que le dentiste facture des frais de transport supplémentaires²⁸. D'autres proposent de facturer des frais supplémentaires en fonction de la distance parcourue entre la clinique et l'endroit de la visite à domicile^{30,32}. D'un point de vue plus général, le dentiste pourrait réduire au minimum le nombre de ses déplacements en retenant un seul foyer de soins et en envisageant d'autres lieux uniquement en cas de besoin²⁸.

Fourniture des services

À cette étape finale de la prestation de services de dentisterie mobile, le professionnel dentaire commence par pratiquer l'examen puis décide du traitement à administrer. Dans cette section, nous abordons les facteurs humains, les facteurs non humains et les facteurs financiers ayant une incidence.

Facteurs humains. D'un point de vue très élémentaire, la première difficulté à cette étape représente la lacune de formation en dentisterie mobile, laquelle engendre un sentiment de crainte et de

la méfiance chez les patients immunodéprimés^{5,11,31}. De nombreux auteurs soulignent cette difficulté et proposent aux écoles d'art dentaire d'ajouter des éléments de dentisterie mobile et de gériatrie à leurs programmes de premier cycle^{5,6,11,31}, aux programmes d'études post-universitaires³² ou aux programmes de formation continue¹⁰. De façon précise, ils font allusion à un manque de connaissances sur les maladies causant des déficits et des handicaps ainsi qu'aux effets de ces maladies sur la santé buccodentaire comme sujet primordial à aborder dans ces cours³⁰.

Un autre facteur humain relié à cette étape est l'insuffisance des moyens de secours dans une clinique dentaire mobile (personnel infirmier d'expérience, médicaments et équipement d'urgence)^{4,30}. Comme nous l'avons mentionné plus haut, les patients âgés confinés à domicile sont plus sujets aux maladies complexes et, par conséquent, sont susceptibles de requérir des soins médicaux d'urgence⁶. Il incombe donc au professionnel dentaire de s'assurer que tous les membres de l'équipe connaissent bien les cas d'urgence pouvant se présenter, les médicaments à utiliser en cas d'urgence et les techniques de réanimation. Ces compétences doivent être vérifiées à intervalles réguliers lors de simulations de cas d'urgence. Il est aussi important de se tenir au courant de toutes les directives relatives fournies par des organismes autorisés comme l'OMS^{6,10}.

Des difficultés physiques sont aussi liées à la dentisterie mobile³⁵. De nombreux patients âgés présentent des faiblesses et des troubles neuromusculaires; leur capacité à tolérer les traitements est limitée³⁶. Par conséquent, le professionnel dentaire doit s'adapter pour pouvoir prodiguer des soins dans des conditions qui ne sont pas optimales sur le plan ergonomique³³. Il doit rester conscient de sa posture de travail et la corriger s'il y a lieu. Un auteur recommande au dentiste de «traiter les patients sur une chaise à dossier droit chaque fois que c'est possible» et de modifier sa posture habituelle pour réduire au minimum les risques professionnels. À titre d'exemple, il recommande au dentiste de s'agenouiller à côté du patient pendant la fabrication des prothèses dentaires au lieu de se tenir debout devant lui, ce qui est la méthode habituelle^{12,37}.

Facteurs non-humains. Le manque d'équipement complet est un facteur non-humain qui pourrait limiter la fourniture des soins dentaires²¹. Par exemple, les appareils à rayons X mobiles sont interdits dans certains milieux, ce qui rend difficile le diagnostic de certaines affections buccodentaires. Selon certains auteurs, les unités de traitement dentaire mobiles sont mal équipées pour l'administration de traitements spécialisés comme les interventions buccales chirurgicales⁷; les aspirateurs de salive et les compresseurs d'air sont plus faibles par rapport à ceux des postes de dentiste fixes³³. Un autre problème signalé est la pénurie de laboratoires de fabrication et de réparation de prothèses dentaires complètes ou partielles, service très recherché par la population âgée^{10,25,38}.

Pour remédier à ces problèmes, les auteurs recommandent au dentiste « d'adapter ses traitements en fonction de l'équipement dont il dispose »²¹ en soulignant que l'objectif ne consiste pas à restaurer la fonction buccale à la perfection mais plutôt d'employer une méthode peu effractive pour que la vie des personnes âgées ne soit pas davantage compliquée par des traitements dentaires²⁶. Ce n'est peut-être pas l'idéal, mais les insuffisances du traitement doivent être soupesées par rapport au risque associé à l'absence de traitement²².

Lorsque certains traitements ne peuvent pas être administrés dans une clinique dentaire mobile, le clinicien peut orienter son patient vers un cabinet dentaire classique²⁰. En dépit de ces cas, la dentisterie mobile est bénéfique car elle réduit le nombre de visites dans un cabinet dentaire classique²⁵. Par ailleurs, un auteur

laisse entendre que l'orientation vers une clinique dentaire classique n'est nécessaire que dans dix pour cent des cas environ²⁵.

Le traitement des déchets cliniques dans une clinique dentaire mobile est un autre facteur non-humain. L'emballage des instruments contaminés et des déchets à la fin de chaque séance pose plus de problèmes que dans un cabinet dentaire classique^{6,12,32}. Pour faciliter et organiser le traitement des déchets, l'équipe dentaire pourrait transporter des sacs à déchets cliniques, des sacs en polyéthylène et des conteneurs à déchets et aux objets tranchants à chaque visite³².

Facteurs financiers. La faible rémunération est une préoccupation financière importante pour les dentistes^{4,5,12,24,30-32,38}. Cela est compréhensible puisque la dentisterie mobile s'adresse généralement aux personnes âgées qui n'ont pas de source de revenus fiable. Néanmoins, les cliniciens pourraient régler ce problème en faisant preuve de souplesse. Par exemple, dans les cliniques privées de santé buccodentaire, comme aux États-Unis, les dentistes pourraient mettre au point un système de versements mensuels abordables³¹.

Il est possible que les assureurs compliquent ou refusent la rémunération. En effet, certains assureurs peuvent refuser d'assurer les dentistes n'offrant que des services de dentisterie mobiles en raison du peu d'intérêt sur le plan financier pour ce type d'exercice⁷.

3.2.3 - Palier sociétal

Nous aborderons la disponibilité et la croissance potentielles de la dentisterie mobile par divers facteurs législatifs, culturels et financiers.

Facteurs législatifs

Les lois visant à protéger les personnes handicapées contre la discrimination ont été adoptées à la fin du XX^e siècle. Selon plusieurs auteurs, ces lois pourraient contribuer à une hausse de la demande de dentisterie mobile. En d'autres termes, elles peuvent contraindre les professionnels dentaires à faire preuve de souplesse pour rendre les soins plus accessibles aux personnes handicapées, par exemple en adoptant la dentisterie mobile^{4,12,31}. D'autre part, la législation pourrait aussi constituer un obstacle. Au Canada, par exemple, seules certaines provinces autorisent l'utilisation d'appareils à rayons X mobiles²⁸. Citons un autre exemple: celui des États-Unis, où les professionnels dentaires doivent obtenir un permis spécial pour pratiquer la dentisterie mobile. Ces permis sont coûteux et viennent s'ajouter au coût initial du démarrage de la clinique dentaire mobile²⁷.

Facteurs culturels

L'attitude de la société à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées et l'importance accordée aux problèmes de santé buccodentaire s'observent dans chaque foyer de retraite et chaque établissement de soins de longue durée. Dans certains cas, la direction et le personnel peuvent être réticents à reconnaître l'importance des services dentaires mobiles²⁸. Cette réticence s'explique en partie par des responsabilités connexes, comme la ratification d'une entente financière avec l'équipe dentaire³¹. Elle s'explique aussi par la culture de l'établissement. En bref, les soins de dentisterie mobile supposent une reconnaissance par la direction et le personnel de l'importance de la santé buccodentaire des résidents. Sans cette reconnaissance, l'équipe dentaire n'aura ni la coopération ni la participation de l'établissement^{10,26,28,39}.

Facteurs financiers

D'un point de vue financier, les gouvernements ont un rôle clé à jouer dans l'accessibilité et la promotion de la dentisterie mobile⁴⁰. Au Japon, par exemple, l'assurance publique des soins de longue durée est un programme obligatoire permettant aux bénéficiaires confinés à leur domicile de bénéficier deux fois par mois de services dentaires mobiles sans frais ou fortement subventionnés par l'État¹¹. On peut supposer que les services mobiles sont plus accessibles au Japon qu'aux États-Unis, où seulement deux pour cent des fonds du régime Medicaid sont consacrés aux soins buccodentaires⁵. Un auteur affirme même qu'aux États-Unis, environ quatre-vingt-dix pour cent des patients paient directement une partie ou la totalité des coûts des services dentaires mobiles qu'ils reçoivent²⁵.

Comme l'affirment Lundqvist et ses collaborateurs²¹, « la mise en œuvre de la dentisterie mobile nécessite une interaction et une collaboration entre les acteurs du secteur dentaire et les systèmes assurant la continuité des soins dentaires pour les personnes âgées vivant en maison de retraite », ce qui résume de manière concise le palier sociétal présenté ici.

4 - DISCUSSION

Nous avons utilisé les résultats de cette étude pour développer un modèle représentant une dentisterie mobile à trois paliers : le patient, le dentiste et la société. Le « palier patient », au cœur de ce modèle, décrit les avantages, les inconvénients et les aspects financiers de la dentisterie mobile pour les patients. Le « palier dentiste » comprend les trois étapes de la fourniture des services dentaires mobiles : 1) *l'organisation des services*, 2) *l'arrivée et l'installation* et 3) *la prestation des services*. Chacune de ces trois étapes comprend des facteurs humains, non humains et financiers. Enfin, les paliers patient et dentiste sont intégrés au « palier société », lequel comprend les facteurs culturels, législatifs et financiers se répercutant sur la dentisterie mobile dans chaque société. Les dentistes favorables à la dentisterie mobile pourraient se servir de notre modèle en guise de schéma pour les guider à chaque étape. En outre, les écoles d'art dentaire pourraient utiliser ce schéma aux fins pédagogiques.

Bien que deux études décrivent l'étape de la préparation et de la fourniture de soins dentaires mobiles^{28,29}, aucune ne présente de modèle général car elles ont été adaptées à un cadre juridique, culturel ou financier prédéfini. Notre étude aborde notablement cette question en examinant les écrits actuels sur la dentisterie mobile et le développement du modèle proposé.

Cela a été rendu possible grâce à un examen minutieux des données dont on dispose à l'heure actuelle, qui étaient principalement fragmentées et éparpillées dans la littérature.

Nous avons cerné deux graves lacunes dans la littérature. La première étant l'insuffisance de données sur les aspects économiques de la dentisterie mobile pour les dentistes ou les gouvernements qui pourraient être favorables à ces services. Bien que nous ayons abordé les aspects financiers de la dentisterie mobile à tous les niveaux de notre modèle, nous pensons que d'autres travaux de recherche s'imposent pour évaluer les aspects économiques de la dentisterie mobile et fournir des stratégies visant à optimiser son rapport coût-efficacité.

La deuxième lacune de connaissances est liée à la responsabilité sociale et à la manière dont ce principe peut influencer sur la façon dont les dentistes perçoivent la clinique dentaire mobile. La responsabilité sociale fait référence au devoir de la profession de

fournir à tous les groupes de la population un niveau optimal de services de santé^{31,41}. À ce sujet, Bee et coll. estiment que les dentistes ont la responsabilité sociale d'assurer la prestation de soins dentaires à tous les groupes et de s'adapter aux changements démographiques de nos sociétés³¹. Il serait pertinent de savoir si le renforcement du sens de la responsabilité sociale des dentistes les encouragerait à adapter leur exercice et à commencer à fournir des services mobiles et de savoir dans quelle mesure ils considèrent ce mode de prestation comme un moyen d'assumer leurs responsabilités sociales en tant que professionnel dentaire.

L'une des difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés dans cette recension des écrits a été d'organiser les résultats controversés des articles examinés. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la dentisterie mobile dépend fortement des normes juridiques, culturelles et financières de chaque pays; par conséquent, les conclusions de certains articles sont contraires à d'autres. Pour résoudre ce problème et faire entendre la voix de tous les auteurs dans notre recension, nous avons procédé en deux étapes : premièrement, nous avons exclu les données qui ne s'appliquaient qu'à une période ou à cadre particuliers, comme le coût de l'équipement portatif ou le revenu des professionnels dans une certaine année et un certain lieu; deuxièmement, nous avons présenté les questions controversées en abordant d'abord un problème soulevé par un groupe d'auteurs, puis en abordant immédiatement les recommandations des autres auteurs pour atténuer ce problème.

5 - CONCLUSIONS

Nous avons présenté une synthèse des écrits et proposé un modèle de dentisterie mobile que les dentistes et les enseignants d'art dentaire que le sujet intéresse pourraient juger utile. Cela dit, nous invitons d'autres chercheurs à approfondir ce modèle et à combler les lacunes que nous avons identifiées : 1) le manque de preuves scientifiques sur les aspects économiques de la dentisterie mobile pour les dentistes ou les gouvernements et 2) les connaissances lacunaires sur la perception des dentistes de leur responsabilité sociale qui pourrait les inciter à offrir des services mobiles.

Par ailleurs, nous pensons que les chercheurs devraient se pencher sur les organes législatifs de leurs territoires et comprendre comment leurs rôles potentiels et leurs projets facilitent la mise en place de cliniques mobiles. En effet, ces services essentiels favorisent l'inclusion des groupes vulnérables, comme les personnes âgées et les personnes handicapées, et constituent donc une priorité pour de nombreux gouvernements.

REMERCIEMENTS

La présente étude a été subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le premier auteur a aussi bénéficié d'un soutien financier du Réseau de recherche en santé buccodentaire et osseuse du Québec (RSBO). Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à Kathy Lin et Elena Aivaliklis pour l'aide qu'elles ont apportée durant la réalisation de ce projet.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs attestent qu'ils n'ont AUCUNE affiliation ni participation à une organisation ou entité ayant un intérêt financier (comme un brevet ou des actions, l'appartenance au conseil d'administration d'une société, l'appartenance à un conseil consultatif ou à un comité pour une société et la consultation ou la réception d'honoraires de conférencier d'une société), ou un intérêt non financier (comme des relations personnelles ou professionnelles, des affiliations, des connaissances ou des croyances) dans le contenu du présent manuscrit.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Christophe Bedos et Jacqueline Rousseau ont conçu et supervisé la présente étude et ont révisé le manuscrit. Martin Morris a réalisé la collecte des données et a rédigé la majorité de la partie portant sur la méthodologie. Jean-Noël Vergnes et Alessandra Blaizot se sont occupés de l'examen critique des articles et ont rédigé les parties pertinentes de la partie portant sur la méthodologie. Nora Makansi a passé en revue les premiers articles retenus, a consigné les données extraites et a supervisé l'étude. Homa Fathi a relevé les données extraites, conçu le modèle et rédigé le manuscrit.

DÉCLARATION DE L'ACCÈS AUX DONNÉES

Les données à l'appui des conclusions de la présente étude sont accessibles à tous. Tous les articles examinés sont cités dans les références bibliographiques et peuvent être consultés à l'aide du moteur de recherche PubMed, Google Scholar et MEDLINE (Ovid).

ORCID

Homa Fathi <https://orcid.org/0000-0001-5938-0077>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - Nations Unies. Global Issues. Ageing. 2019. Récupéré de : <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
- 2 - Organisation mondiale de la santé. World report on ageing and health. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé; 2015. Consulté sur le site : <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- 3 - Gouvernement du Canada. Action for Seniors Report. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/mesures-destinees-aines.html>
- 4 - Fiske J. The delivery of oral care services to elderly people living in a noninstitutionalized setting. *J Public Health Dent*. 2000;60(4):321-325.
- 5 - Strayer M. Oral health care for homebound and institutional elderly. *J Calif Dent Assoc*. 1999;27(9):703-708.
- 6 - British Society for Disability and Oral Health. 2009. Consulté à l'adresse : <https://www.bsodh.org/index.php/bsodh-guidelines>
- 7 - Lee EE, Thomas CA, Vu T. Mobile and mobile dentistry: Alternative treatment services for the elderly. *Spec Care Dentist*. 2001;21(4):153-155.
- 8 - Sjögren P, Forsell M, Johans O. Mobile dental care [courrier des lecteurs]. *Br Dent J*. 2010;208(12):549-550.
- 9 - Charlton DG, Ehrlich AD, Miniotti NJ. Current update on mobile dental equipment. *Compend Contin Educ Dent*. 2007;28(2):104-108.
- 10 - Othman AA, Yusuf Z, Saub R. Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing domiciliary care for elderly people. *Gerodontology*. 2014;31(2):136-144.
- 11 - Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, Yasunaga H. Domiciliary dental care among homebound older adults: a nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(7):679-683.
- 12 - Lewis D, Fiske J. Domiciliary oral healthcare. *Dental Update*. 2011;38(4):231-234.
- 13 - Rousseau J, Potvin L, Dutil E, Falta P. Home Assessment of Person- Environment Interaction (HoPE): content validation process. *Occup Ther Health Care*. 2013;27(4):289-307.
- 14 - Rousseau J, Potvin L, Dutil E, Falta P. Model of competence: a conceptual framework for understanding the person-environment interaction for persons with motor disabilities. *Occup Ther Health Care*. 2002;16(1):15-36.
- 15 - Rousseau J. Modèles généraux en ergothérapie : Le Modèle de compétence. In : Morel-Bracq MC, éd. *Les modèles conceptuels en ergothérapie-Introduction aux concepts fondamentaux*, 2^e éd. Paris, France: De Boeck Supérieur; 2017:107-119.
- 16 - Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4(1):5.
- 17 - Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. *The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses*. Ottawa, Ontario: Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa; 2011.
- 18 - Treloar C, Champness S, Simpson PL, Higginbotham N. Critical appraisal checklist for qualitative research studies. *Indian J Pediatr*. 2000;67(5):347-351.
- 19 - Henrikson NB, Skelly AC. Economic studies, part 2: evaluating the quality. *Evid Based Spine Care J*. 2013;4(1):2-5.

- 20 - Gil Montoya JA, Subira PC. Domiciliary assistance dental programs: a current demand. *Aten Primaria*. 2004;34(7):368-373.
- 21 - Lundqvist M, Davidson T, Ordell S, Sjöström O, Zimmerman M, Sjögren P. Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health*. 2015;32(1):39-43.
- 22 - Sjögren P, Backman N, Sjöström O, Zimmerman M. Patient safety in domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dent Health*. 2015;32(4):216-220.
- 23 - Stillhart A, Sobotta B, Baumgartner M, Nitschke I. The mobile dental clinic - a concept of dental care in the canton of Zurich, Switzerland. *Eur Geriatr Med*. 2011;25:S185-S186.
- 24 - Naditz A. Service is a smile. With a mobile dental office, Carl Elbert successfully tackles the age-old problem of dental care. *Contem Long Term Care*. 2003;26(3):50.
- 25 - Shahidi A, Casado Y, Friedman PK. Taking Dentistry to the geriatric patient: a home visit model. *J Mass Dent Soc*. 2008;57(3):46-48.
- 26 - Chung J. Delivering mobile dentistry to the geriatric population - The future of dentistry. *Dentistry J*. 2019;7(2):62.
- 27 - Gupta S, Muna H, Dishant P, et coll. Reaching vulnerable populations through mobile and mobile dentistry—Current and future opportunities. *Dentistry J*. 2019;7(3):75.
- 28 - Morreale JP, Dimitry S, Morreale M, Fattore I. Setting up a mobile dental practice with your present office structure. *J Can Dent Assoc*. 2005;71(2):91.
- 29 - McHugh JG. A practice transition to the better good. *Special Care Dent*. 2011;31(1):1-2.
- 30 - Fiske J, Lewis D. Domiciliary dental care. *Dental Update*. 1999;26(9):396-402.
- 31 - Bee JF. Protable dentistry: a part of general dentistry's service mix. *Gen Dent*. 2004;52(6):520-526.
- 32 - Stevens A, Crealey GE, Murray AM. Provision of domiciliary dental care in North and West Belfast. *Prim Dent Care*. 2008;15(3):105-111.
- 33 - Association of State and Territorial Dental Directors. *Mobile-Mobile Dental Manual*. Reno, NV: Association of State and Territorial Directors; 2007.
- 34 - Meyer RD, Eikenberg S. Mobile dentistry in an austere environment. *Gen Dent*. 2002;50(5):416-419.
- 35 - Longhurst RH. Availability of domiciliary dental care for the elderly. *Prim Dent Care*. 2002;9(4):147-150.
- 36 - Shuman SK. Doing the right thing: resolving ethical issues in geriatric dental care. *J Calif Dent Assoc*. 1999;27(9):693-702.
- 37 - Rahn AO, Heartwell CM. *Textbook of complete dentures*, 5^e édition. Philadelphie, PA: Lea & Febiger; 1993.
- 38 - Sweeney MP, Manton S, Kennedy C, Macpherson LM, Turner S. Provision of domiciliary dental care by Scottish dentists: a national survey. *Br Dent J*. 2007;202(9):E23.
- 39 - Sullivan J. Challenges to oral healthcare for older people in domiciliary settings in the next 20 years: a general dental practitioner's perspective. *Prim Dent Care*. 2012;19(3):123-127.
- 40 - Geddis-Regan AR, O'Connor RC. The impact of age and deprivation on NHS payment claims for domiciliary dental care in England. *Community Dent Health*. 2018;35(4):223-227.
- 41 - Yu B. Perceived professional roles, moral communities, moral inclusiveness, and dentists' treatment decisions; 2019.

Comment citer cet article : Fathi H, Rousseau J, Makansi N., et coll. Que savons-nous de la dentisterie mobile? Recension exploratoire. [What do we know about dental services? A scoping review] *Gerodontology*. 2021;38:276-288. <https://doi.org/10.1111/ger.12524>



POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR L'HYGIÈNE DENTAIRE MOBILE

– SOPHIE LECAVALIER, responsable des communications

La pratique en hygiène dentaire mobile est embryonnaire au Québec, mais ailleurs dans le monde cette pratique est parfois bien établie ou en pleine croissance. Nous vous proposons trois études effectuées dans trois pays, soit les États-Unis, la France et la Chine.

1. Caractéristiques des propriétaires de cabinets d'hygiène dentaire: une étude qualitative

Alicia Sheets, Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Dental Hygiene in the Graduate School of The Ohio State University, *Characteristics of Dental Hygiene Practice Owners: A Qualitative Inquiry*, Graduate Program in Dental Hygiene, The Ohio State University, 2020

Résumé*

But — Le but de cette étude était de déterminer les caractéristiques et le cheminement de carrière des propriétaires de cabinets d'hygiène dentaire, si une formation supplémentaire est nécessaire pour être un bon propriétaire de cabinet d'hygiène dentaire, ainsi que les avantages et les défis d'être propriétaire d'un cabinet d'hygiène dentaire.

Méthodes — Cette étude qualitative s'est déroulée sous forme d'entrevues téléphoniques semi-structurées avec neuf propriétaires de cabinets d'hygiène dentaire dans l'État du Colorado. Les entretiens ont été transcrits et ont été vérifiés par les participants. Une analyse thématique a été faite pour faire ressortir des thèmes des données. La collecte de données s'est terminée lorsqu'aucun nouveau thème n'est ressorti et que les données étaient saturées.

Résultats — Les thèmes qui sont ressortis après l'analyse sont : 1) les caractéristiques individuelles des propriétaires de cabinets d'hygiène dentaire indépendants; 2) les caractéristiques des cabinets d'hygiène dentaire; 3) les compétences et la formation supplémentaires nécessaires pour être propriétaire d'un cabinet d'hygiène dentaire; 4) les avantages à être propriétaire d'un cabinet d'hygiène dentaire; 5) les défis que doivent relever les propriétaires de cabinets d'hygiène dentaire. Afin de protéger la vie privée des participants, des pseudonymes ont été utilisés lorsque les résultats ont été présentés.

Conclusion — Les participants étaient motivés à devenir propriétaires d'un cabinet d'hygiène dentaire entre autres parce qu'ils n'aimaient pas leur ancien milieu de travail — par exemple en raison des contraintes de temps relatives aux soins aux patients et des conflits de personnalités avec leurs collègues; parce qu'ils voulaient avoir un horaire flexible, un meilleur accès aux populations mal desservies et être leur propre patron. Les participants ont précisé qu'être propriétaire d'un cabinet comporte de nombreux avantages et défis. Selon eux, diverses compétences avancées et formes d'éducation sont profitables ou nécessaires pour être propriétaire d'un cabinet d'hygiène dentaire. Des études plus poussées doivent cependant être menées pour évaluer le phénomène d'être propriétaire d'un cabinet d'hygiène dentaire et ses répercussions globales sur la santé buccodentaire du public et l'évolution de la profession d'hygiéniste dentaire, ainsi que toute incidence sur le domaine de la dentisterie.

* Ce texte reprend le contenu du Résumé du mémoire (p. ii et p. 25).

2. Utilisation d'une clinique dentaire mobile pour administrer des soins buccodentaires en milieu rural

Gao, S.S.; Yon, M.J.Y.; Chen, K.J.; Duangthip, D.; Lo, E.C.M.; Chu, C.H. Utilization of a Mobile Dental Vehicle for Oral Healthcare in Rural Areas. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2019**, *16*, 1234. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071234>

Les maladies buccodentaires demeurent l'un des principaux enjeux mondiaux en matière de santé publique. Or, il existe de grandes disparités entre le milieu urbain et le milieu rural en matière de santé buccodentaire. Les caries dentaires et les maladies parodontales sont plus fréquentes et plus graves en milieu rural, et l'accès aux soins buccodentaires est plus difficile. Les stratégies conventionnelles, comme la construction de cliniques dentaires ou d'hôpitaux, ou l'offre de services de proximité au moyen de matériel jetable, ne sont ni pratiques ni efficaces en milieu rural. Les cliniques dentaires mobiles (CDM) ont été proposées comme solution de remplacement en complément aux soins buccodentaires traditionnels dans de nombreuses régions. En général, elles ont été utilisées dans le cadre de programmes de santé buccodentaire en milieu scolaire, pour fournir des soins dentaires aux sans-abri ou aux migrants, et pour dépister diverses maladies buccodentaires dans la population. En raison de leur grande mobilité, les CDM sont particulièrement importantes pour les populations mal desservies des régions rurales. De plus, grâce aux progrès des dispositifs dentaires, les CDM peuvent être exploitées de manière autonome. Elles fonctionnent donc presque aussi bien qu'une clinique dentaire conventionnelle, offrant une variété de traitements dentaires, y compris le détartrage, la restauration et la chirurgie buccodentaire. Cet article traite de l'utilisation des CDM comme solution à l'inégalité entre le milieu urbain et le milieu rural en matière de soins buccodentaires*.

* Ce texte reprend le contenu du Résumé de l'article.

3. Les soins dentaires mobiles en France : une alternative au cabinet traditionnel?

Laura Briche, *Les soins dentaires mobiles en France : une alternative au cabinet traditionnel?* Thèse d'exercice, Université Toulouse III — Paul Sabatier, 2017.

L'accès aux soins dentaires en France est parfois complexe pour certaines personnes. En effet, les personnes en situation de précarité ou dépendantes qu'elles soient âgées et/ou handicapées présentent des difficultés pour se rendre dans un cabinet dentaire, et cela s'accroît dans les zones déficitaires en praticiens. Face à ce constat alarmant, une nouvelle offre s'est développée : des praticiens mobiles, qui sont soit à bord d'une unité aménagée en cabinet dentaire, soit qui se rendent directement au domicile du patient avec du matériel portable. Dans ce travail nous abordons pourquoi, comment, où et quand cette offre est mise en place en France. Nous soulevons quelques interrogations quant à son développement futur*.

* Ce texte reprend le contenu du Résumé de la thèse.



Des tarifs de groupe exclusivement pour vous. Et vous. Et vous. Et vous.

En tant que **membre de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec**, vous êtes admissible en **exclusivité à des tarifs d'assurance auto, habitation et entreprise** non offerts au grand public lorsque vous changez d'assureur pour **La Personnelle**.



**C'est payant de faire partie d'un groupe.
Obtenez une soumission en ligne.
lapersonnelle.com/ohdq
1 888 476-8737**

 **Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec**


laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise
Tarifs de groupe. Service unique.



TÉMOIGNAGES D'HYGIÉNISTES DENTAIRES EN PRATIQUE MOBILE: DÉCOUVREZ CE QUI LES MOTIVE

Il y a quelque temps, l'Ordre a fait un appel à tous aux hygiénistes dentaires offrant un service de soins d'hygiène dentaires à domicile afin de témoigner sur ce qui les avait motivés à entreprendre ce nouveau défi. Voici quelques témoignages reçus.



Au début de ma carrière, j'ai eu la chance de faire un remplacement de maternité dans un hôpital psychiatrique. J'ai réalisé que j'adore travailler auprès d'une clientèle ayant des défis de santé mentale et/ou physique. L'arrivée de notre autonomie professionnelle me permet de rejoindre cette clientèle à mobilité réduite. J'ai le privilège de faire partie d'une équipe mobile interprofessionnelle. Cette autonomie des hygiénistes dentaires à ce stade de ma carrière me permet de m'accomplir comme professionnelle, mais aussi et surtout comme être humain voulant changer les choses.

Isabelle Guay, H.D.

Pourquoi une clinique mobile ?

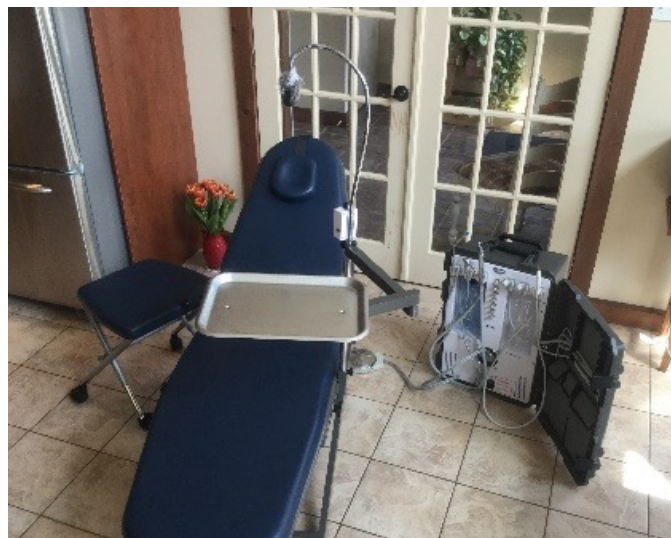
Promouvoir la corrélation entre la santé buccodentaire et la santé générale dans un contexte aussi humain est si gratifiant. La flexibilité d'horaire permet de conjuguer la vie de famille, le travail et les défis. C'est un privilège de pouvoir à la fois s'épanouir personnellement et professionnellement. L'accueil et la reconnaissance des gens sont une source de motivation qui nous pousse à nous surpasser pour être plus qu'à la hauteur des attentes.

Mac Linh Nguyen Hoang, H.D.



Depuis l'entrée en vigueur en septembre 2020 de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions notamment dans le domaine buccodentaire et celui des sciences appliquées, je savais sans aucun doute que je voulais être hygiéniste dentaire mobile pour donner accès à l'hygiène buccodentaire aux moins fortunés dans leurs refuges, pour les clients à mobilité réduite et aux personnes ayant des besoins particuliers qui souhaitent être traités dans le confort d'un lieu privé. Être hygiéniste dentaire mobile comporte des avantages et des inconvénients. Le côté positif: c'est très gratifiant de voir des clients heureux et souriants après leurs traitements; la reconnaissance est ce qui me fait continuer dans cette voie, ainsi que la flexibilité dans mon emploi du temps en tant que mère et le travail à temps partiel dans le secteur immobilier. Les inconvénients, c'est le coût de l'équipement mobile, le poids lourd que vous devez transporter, mais je ne regrette pas mon choix!

Rim Adib, H.D.



En 35 ans de pratique, j'ai constaté avec désolation une rupture de service de soins dentaires pour les gens qui n'arrivent plus à se déplacer en cabinet dentaire. La nouvelle législation m'a ENFIN permis de créer un service dont je rêvais depuis si longtemps. Être une pionnière en Estrie, comporte ses défis. Mais il est tellement gratifiant d'assurer une meilleure accessibilité aux soins préventifs. La gratitude des gens qui ont toujours pris soin de leurs dents, et qui maintenant, peuvent continuer à recevoir des soins professionnels à leur domicile, vaut tout l'or du monde.

Louise Biron, H.D.



Parce qu'elles sont à mobilité réduite, en perte d'autonomie ou trop occupées, certaines personnes se voient souvent obligées de reporter ou d'annuler leurs rendez-vous de «nettoyage» en cabinet.

Pour faciliter l'accès aux soins d'hygiène buccodentaire à tous, j'offre mes services aux clients dans le confort de leurs foyers.

Grégoire Alexandre Geneus, H.D.



Depuis que je suis hygiéniste dentaire indépendante, il m'est plus facile de me réserver du temps dans mon horaire pour offrir des soins à domicile. C'est très gratifiant d'aider les personnes en perte de mobilité et leur permettre un accès à des soins de prévention. Ils me parlent avec leur cœur et je sens que ça leur fait un bien qui dépasse les soins d'hygiène. Étant de nature empathique, je les mets aisément en confiance.

Marie-Hélène Charbonneau, H.D.



MESSAGES DE L'ORDRE

CONGRÈS DE L'OHQ 2022



MESSAGE DE LA CAPITALE

La Capitale deviendra Beneva

La Capitale devient Beneva! À compter de 2022, vous verrez La Capitale passer aux couleurs de Beneva. Un nouveau nom avec son logo sympathique et dynamique qui vous rappelle qui ils sont: des gens qui protègent des gens.

Vous n'avez rien à faire, soyez rassuré! Notre entente de partenariat avec La Capitale ne change pas, vous bénéficiez des mêmes avantages!

Rappelons que Beneva est née il y a un an, alors que La Capitale et SSQ Assurance, deux solides entreprises de chez nous, unissaient leurs forces pour devenir un joueur majeur de l'assurance et des produits financiers.

Aujourd'hui, Beneva regroupe 5 000 personnes prêtes à s'occuper de vous et à vous faire vivre une expérience personnalisée, attentionnée et bienveillante.

Pour en savoir plus, visitez leur site Web pour y lire la foire aux questions et visionnez la vidéo préparée pour vous.

Le Conseil d'administration, la direction et les employés vous souhaitent de joyeuses fêtes et une année 2022, remplie de paix, de joie et d'amour.

Notez que le siège social de l'Ordre sera fermé du 24 décembre 2021 au 2 janvier 2022.



LE CELI SOULÈVE DE NOMBREUSES QUESTIONS. VOYEZ-Y PLUS CLAIR AFIN D'EN TIRER PLEINEMENT PROFIT.

Quelle est la cotisation maximale à un CELI ?

Elle s'élève à 6 000 \$ pour 2021 et 2022. Selon l'Agence de revenu du Canada, les droits de cotisation annuels augmenteront avec l'inflation.

Qu'advient-il si je dépasse la limite annuelle de cotisation à un CELI ?

Un impôt de 1 % par mois s'applique à la cotisation excédentaire tant qu'elle demeure dans le CELI au cours d'une même année civile (chaque début d'année marque une nouvelle période de cotisation). Ex., si vous avez déposé 1000 \$ en trop dans votre CELI en décembre 2020, vous devrez payer une pénalité de 1 % de cette somme en impôt (10 \$ pour un mois de cotisation excédentaire). Le montant de 1000 \$ sera soustrait en janvier 2021 de vos droits de cotisation, et il ne sera dès lors plus en excès.

Si je n'ai pas cotisé avant cette année, qu'arrive-t-il de mes droits de cotisation inutilisés ?

Ils se sont additionnés depuis la création du CELI en 2009. De 2009 à 2012, le plafond annuel de cotisation à un CELI était de 5 000 \$; en 2013 et 2014, 5 500 \$; en 2015, 10 000 \$; de 2016 à 2018, 5 500 \$; puis 6 000 \$ de 2019 à 2021. Si vous n'avez jamais cotisé à un CELI, vous avez donc 75 500 \$ en droits de cotisation (2009 à 2021). Vous pouvez cotiser ce montant en une seule année, si vous êtes un résident canadien ayant un numéro d'assurance sociale valide et atteint l'âge de la majorité en 2009.

Déposer de l'argent comptant est-elle la seule façon de cotiser à un CELI ?

Effectuer une cotisation en titres à partir d'un compte non enregistré est aussi une option. L'Agence du revenu du Canada traitera alors cette transaction comme une vente, et si la juste valeur marchande est plus élevée que la valeur d'acquisition, vous devrez déclarer un gain en capital. À contrario, vous ne pourrez déduire une perte (le montant de la cotisation sera égal à la juste valeur marchande du placement).

Quels types de placements sont admissibles dans un CELI ?

À titre d'investisseur autonome chez Banque Nationale Courtage direct, tous vos produits de placement le sont : actions, fonds négociés en bourse (FNB), options, fonds communs de placement, titres à revenu fixe (obligations) et certificats de placement garanti (CPG).

Si je retire de l'argent de mon CELI, comment y cotiser à nouveau par la suite ?

Les montants retirés d'un CELI sont exempts d'impôt. C'est la différence entre le CELI et le REER, dont les montants retirés s'ajoutent à votre revenu annuel, donc assujettis à l'impôt sur le revenu. Le montant retiré d'un CELI au cours d'une année civile s'ajoute aux droits de cotisation pour l'année suivante.

Le CELI sert-il à épargner à court terme ou pour la retraite ?

Les deux, mais son principal avantage est le rendement composé s'accumulant à l'abri de l'impôt à long terme.

Le CELI est-il un meilleur instrument d'épargne-retraite que le REER ?

Selon la majorité des planificateurs financiers, le REER reste la meilleure épargne-retraite pour la plupart des gens. Cependant, si vous prévoyez que votre taux d'imposition sera plus élevé à votre retraite (ex., si actuellement vous êtes aux études ou travaillez à temps partiel), cotisez à un CELI en premier.

Puis-je ouvrir un CELI conjoint ?

Non, mais vous pouvez ouvrir un CELI au nom de votre conjoint et y cotiser en son nom.

Si vous n'avez pas déjà ouvert un CELI, n'attendez plus : rien ne va mieux avec un compte d'épargne libre d'impôt qu'investir sans commissions !



Découvrez les avantages et privilèges de l'offre pour les hygiénistes dentaires à bnc.ca/specialiste-sante

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

