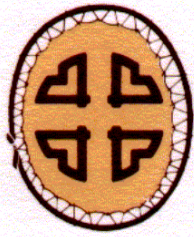


Conseil Crie de la santé et des services sociaux de la Baie James
σ ɔ d l ʼ ʼ b ʼ ʼ Δ ρ Ḃ ʼ ʼ Δ Δ ʼ ʼ Δ a a b ρ C b σ D ʼ ʼ
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Rapport sur la santé dentaire crie en Eeyou Istchee (Nord du Québec)





Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σDdᓐᓐ ᓃᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ ᓐᓐ
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Rapport sur la santé dentaire crie en Eeyou Istchee (Nord du Québec)

Novembre 2001

Services sociaux de la Baie James, Direction de la Santé publique, 277 rue Duke, suite 201, Montréal (Qc) H3C 2M2. Téléphone : (514) 861-2352 (27); télécopieur : (514) 861-2681 courriel : gberube@ssss.gouv.qc.ca.

This report is also available in English: **REPORT ON CREE DENTAL HEALTH IN EEYOU ISTCHEE (NORTHERN QUEBEC)**; ISBN: **2-551-21576-5**

La réalisation du projet a été rendue possible grâce à une subvention octroyée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Conseil cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie James dans le cadre du Programme de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation.

© Tous droits réservés

Conseil Cri de la Santé et des Service sociaux de la Baie James

Chisasibi (Qc) JOM IEO

ISBN: **2-551-21576-5**

Dépôt légal: 2ième trimestre 2002

Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque Nationale du Québec

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Conception, réalisation et rédaction : Dr Jacques Véronneau, DMD, MSc
Dentiste-conseil en santé publique
C.C.S.S.S.B.J.
Module de santé publique crie
Montréal

Collaborateurs principaux : Dr Hilal Sirhan, DDS
Chef du département de médecine dentaire
C.C.S.S.S.B.J.
Clinique dentaire de Chisasibi
Chisasibi, Baie James

Mme Malika Hallouche,
Hygiéniste dentaire et Assistante de recherche
C.C.S.S.S.B.J.
Module de santé publique crie
Montréal

Mise en page : Mme Malika Hallouche,
Hygiéniste dentaire et Assistante de recherche,
C.C.S.S.S.B.J.
Module de santé publique crie
Montréal

REMERCIEMENTS

Madame Nadine Girard, hygiéniste dentaire, CLSC de la Côte, Chisasibi. Territoire cri de la Baie James

Madame Enneide Charles, hygiéniste dentaire, CLSC de l'Intérieur, Mistissini. Territoire cri de la Baie James

Les dentistes, les assistantes dentaires et les réceptionnistes des cliniques dentaires de toutes les communautés. Territoire cri de la Baie James

Les représentants de la santé communautaire de toutes les cliniques. Territoire cri de la Baie James

Monsieur Fabrice Rouah, statisticien, faculté de mathématiques, Université McGill

Dr Yves Ayotte, Santé Canada, responsable régional (Québec) des services dentaires aux Premières Nations

Dr Gérard Bouger, dentiste conseil de la direction des services professionnels au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec

Monsieur François Lavoie, pharmacien pour la conception des macros, fonctions informatiques facilitant la gestion des données.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
RÉSUMÉ	3
CHAPITRE I : CONTEXTE ET MISE EN SITUATION	5
1.1 Historique des enquêtes sur la santé buccodentaire des enfants cris	5
1.2 Objectifs du projet pilote au départ qui ont mené à ce rapport final	5
1.2.1 Objectifs généraux	5
1.2.2 Objectifs spécifiques	6
CHAPITRE II : INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS CRIS DE LA BAIE JAMES	7
2.1 Groupe d'âge : 12-24 mois	7
2.1.1 Données démographiques (12-24 mois)	7
2.1.2 Portrait de la santé dentaire (12-24 mois)	8
2.1.2.1 Prévalence de la carie dentaire (12-24 mois)	9
2.1.2.2 Le caof (12-24 mois)	9
2.1.3 Portrait des facteurs potentiels de risque pour la Carie de la Petite Enfance (CPE)	11
2.1.4 Faisabilité de l'intervention (12-24 mois)	11
2.1.5 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (12-24 mois)	12
2.2 Groupe d'âge : 4-5 ans (niveau pré-maternelle et maternelle)	13
2.2.1 Données démographiques (4-5 ans)	13
2.2.2 Portrait de la santé dentaire (4-5 ans)	15
2.2.2.1 Prévalence de la carie dentaire (4-5 ans)	15
2.2.2.2 Le caof/CAOF (4-5 ans)	16
2.2.3 Faisabilité de l'intervention (4-5 ans)	18
2.2.4 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (4-5ans)	19
2.3 Groupe d'âge : 7-8 ans (2^{ème} année scolaire)	21
2.3.1 Données démographiques (7-8 ans)	21
2.3.2 Portrait de la santé dentaire (7-8 ans)	21
2.3.2.1 Prévalence de la carie dentaire (7-8 ans)	22
2.3.2.2 Le caof/CAOF (7-8 ans)	23
2.3.3 Faisabilité de l'intervention (7-8 ans)	24
2.3.4 Évolution et comparaison de la santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (7-8 ans)	24
2.3.4.1 Évolution à travers les 20 dernières années (7-8 ans)	24
2.3.4.2 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (7-8 ans)	25

2.4	Groupe d'âge : 11-12 ans (6^{ème} année scolaire).....	26
2.4.1	Données démographiques (11-12 ans).....	26
2.4.2	Portrait de la santé dentaire des 11-12ans.....	27
2.4.2.1	Prévalence de la carie dentaire (11-12 ans).....	27
2.4.2.2	Le caof/CAOF (11-12 ans).....	28
2.4.3	Faisabilité de l'intervention (11-12 ans).....	28
2.4.4	Évolution et comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (11-12 ans).....	29
CHAPITRE III : BILAN GLOBAL DES PRINCIPAUX INDICATEURS PAR GROUPES D'ÂGES ET PROFIL DES BESOINS ÉVIDENTS DE TRAITEMENT31		
3.1.	Bilan global des principaux indicateurs par groupes d'âges.....	31
3.2	Profil des besoins évidents de traitements (BET).....	32
3.2.1	Le besoin évident de traitement au cours des années '90.....	32
3.2.2	BET version 2001.....	33
3.2.3	BET en terme de surfaces atteintes.....	33
3.2.4	Profil des surfaces dentaires par clientèle et par conditions cliniques.....	35
3.2.5	Sites de l'attaque carieuse.....	36
CHAPITRE IV : SITUATION DES CLINIQUES DENTAIRES DU CONSEIL CRI DE LA BAIE JAMES.....		
4.1	Profil de l'équipe qui rend les services dentaires.....	37
4.1.1	Division clinique.....	37
4.1.2	Division santé dentaire publique.....	39
4.2	Données démographiques entourant la pratique clinique.....	39
4.3	Environnement clinique.....	40
4.3.1	Services fournis.....	40
4.3.2	Listes d'attente.....	41
4.3.3	Limitations de l'environnement clinique.....	42
4.4	Comparaison des services cliniques entre la population crie et les autres Premières Nations du Québec et du Canada.....	43
4.4.1	Contexte.....	43
4.4.2	Profil des services cliniques rendus : `Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec).....	44
4.4.3	Dépenses annuelles "per capita" : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec).....	46
4.4.4	Périodes d'attente pour recevoir des services dentaires cliniques : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec).....	47
4.4.5	Résumé de la comparaison des services : Cris vs Premières Nations éligibles SSNA (Québec).....	47
4.5	Autres situations prioritaires à considérer.....	47
4.5.1	État des équipements.....	47

4.5.2	Problème de logement	48
4.5.3	Accès à l'anesthésie générale	48
4.5.4	Pétitions	48
4.6	Vue générale du fonctionnement des cliniques	48
CHAPITRE V : LES RECOMMANDATIONS		49
5.1	Facteurs de priorité.....	49
5.2	Recommandations spécifiques à la santé dentaire publique.....	49
5.3	Recommandations spécifiques aux cliniques dentaires	50
5.4	Recommandations générales pour la santé dentaire	51
ANNEXES		53
ANNEXE 1 : Cahier de charge des hygiénistes qui ont collecté les données		54
ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux parents des enfants de 12 à 24 mois		55
ANNEXE 3 : Classification de Pitts pour la carie		60
ANNEXE 4 : Consultation dentaire avec la communauté en route vers les recommandations.....		61
ANNEXE 5: Bibliographie.....		63
ANNEXE 6: Questionnaire autour de la réalité dentaire clinique. Indicateurs de besoins		64
ANNEXE 7 : Compilation des données : Autour de la réalité clinique dentaire, Indicateurs de besoins		67
ANNEXE 8: MSSSQ Questionnaire se rapportant aux services dentaires.....		70
ANNEXE 9: Résumé des réponses au questionnaire du MSSSQ		72
ANNEXE 10 : Comparaisons statistiques du département dentaire du CCSSSBJ : 2000- 2001		74
ANNEXE 11 : Comparaisons statistiques du Québec pour traitements dentaires (01-04-99 au 31-03-00, 01-04-00 au 31-03-01)		77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Nombre d'enfants examinés (12-24 mois)	7
Tableau 2: Nombre d'enfants examinés par village (12-24 mois)	8
Tableau 3 : Prévalence de la carie (12-24 mois).....	9
Tableau 4 : Le caof moyen (12-24 mois).....	9
Tableau 5 : Distribution de la carie (gravité, 12-24 mois).....	10
Tableau 6 : Exemples de facteurs potentiels de risque	11
Tableau 7 : Comparaison avec d'autres régions (caof, prévalence : 12-24 mois).....	12
Tableau 8 : Comparaison entre le Projet Pilote cri et le PP phase I sur la notion de certains facteurs potentiels de risque (12-24 mois).....	13
Tableau 9: Nombre d'enfants examinés (4-5 ans).....	14
Tableau 10 : Prévalence de la carie par âge spécifique, par dentition, par village et par année scolaire (4-5 ans).....	16
Tableau 11 : Le caof/CAOF en fonction de la clientèle, de l'âge spécifique, de la dentition et de la classe (4-5 ans).....	17
Tableau 12 : Analyse détaillée du caof selon la communauté (4-5 ans)	18
Tableau 13: Comparaison avec le reste du Québec (prévalence et caof/CAOF en dentition mixte : 5 ans).	20
Tableau 14: Comparaison avec la province de Saskatchewan (caod/CAOD en dentition mixte : 5 ans).....	20
Tableau 15: Comparaison de la situation actuelle en regard des objectifs de l'OMS	21
Tableau 16 : Âge moyen des enfants (7-8 ans).....	21
Tableau 17 : Prévalence de la carie par âge spécifique et par village (dentition mixte : 7-8 ans).....	22
Tableau 18 : Prévalence de la carie dentaire (7-8 ans)	23
Tableau 19 : Le caof/CAOF par âge spécifique (7-8 ans)	23
Tableau 20 : Le caof / CAOF en fonction de la dentition (7-8 ans).....	23
Tableau 21 : Évolution de la santé dentaire des cris entre 1983 et 2001 (caod : 7-8 ans).....	24
Tableau 22 : Évolution du caod durant la période de 1983 à 2001 (Premières Nations cris et reste du Québec : 7-8 ans, dentition primaire uniquement)	25
Tableau 23 : Évolution du caof par dentition entre 1983 et 2001 (Enfants cris et québécois : 7 ans).....	25

Tableau 24: Comparaison du caof moyen des enfants cris avec d'autres populations (dentition mixte : 7 ans).....	26
Tableau 25 : Nombre d'enfants examinés (11-12 ans)	26
Tableau 26 : Prévalence de la carie en fonction de la clientèle (11-12 ans) et de l'âge spécifique ...	27
Tableau 27 : Prévalence de la carie en fonction de la dentition (11-12 ans).....	27
Tableau 28 : Le caof / CAOOF en fonction de la clientèle (11-12 ans) et par âges spécifiques	28
Tableau 29 : Le caof / CAOOF en fonction de la dentition (11-12 ans).....	28
Tableau 30 : Évolution et comparaison du CAOOF en dentition permanente (Enfants de 12 ans)	29
Tableau 31 : Coup d'œil global par clientèle (Prévalence et caof/CAOF)	31
Tableau 32 : Évolution du BET au cours des années par village (11-12 ans).....	32
Tableau 33 : BET version 2000-2001 (4-5 ans et 7-8 ans)	33
Tableau 34 : BET en termes d'âge spécifique.....	34
Tableau 35 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces atteintes (dentition mixte : 4-5 ans)..	34
Tableau 36 : Les surfaces dentaires par clientèle et par conditions cliniques.....	35
Tableau 37 : Expression de la carie (faces) par sites antérieurs et postérieurs (4-5 et 7-8 ans).....	36
Tableau 38: Évolution démographique en territoire de la Baie James.....	39
Tableau 39: Croissance comparative des populations entre 1991 et 1996.....	39
Tableau 40: Taux de besoins rencontrés en marge des services rendus.....	40
Tableau 41 : Délais pour recevoir un traitement dentaire	41
Tableau 42: Limitations des installations physiques.....	42
Tableau 43 : Croissance de la population : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Canada)	43
Tableau 44 : Profil des services dentaires cliniques "per capita".....	45
Tableau 45: Comparaison des dépenses annuelles pour les services de clinique dentaire Cris vs Premières Nations éligibles SSNA (Québec).....	46

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BET :	Besoin Évident de Traitement
caof :	Face Cariée, Absente ou Obturée (Dents primaires)
CAOF :	Face Cariée, Absente ou Obturée (Dents permanentes)
caod :	Dent Cariée, Absente ou Obturée (Dents primaires)
CAOD :	Dent Cariée, Absente ou Obturée (Dents permanentes)
CBJNQ :	Convention de la Baie James et du Nord Québécois
CCSSSBJ :	Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James
CPE :	Carie de la Petite enfance
HV :	Home Visitors
MSSSQ :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PP 1 :	Projet Pilote Phase I
RAMQ :	Régie de l'Assurance Maladie du Québec
RSC :	Représentant en santé communautaire (Anglais : CHR)
SSNA :	Services Sociaux Non-Assurés
TPI :	Trousse de Prévention Individualisée
WBC :	Well Baby Clinic

INTRODUCTION

Les informations contenues dans ce rapport ont comme source, d'une part, les données prélevées par les hygiénistes de santé dentaire publique auprès d'enfants cri du territoire de la Baie James et d'autre part, celles collectées par questionnaires et rencontres avec les membres des cliniques dentaire de chaque communauté du même territoire. Nous avons voulu réunir ces deux réalités que sont la santé dentaire publique et les services dentaires cliniques car nous croyons qu'elles sont interdépendantes si on veut s'attaquer au problème aigu que constitue la carie dentaire en territoire cri.

Il y a un an et demi, avec l'arrivée en poste d'un premier dentiste expert en santé dentaire publique, il devenait prioritaire d'avoir une idée concrète de l'état de santé dentaire de la population cri. Pour ce faire, un projet pilote fut imaginé. Un cahier de charge décrivant chaque procédure à effectuer a été écrit et expliqué aux deux hygiénistes dentaires en poste l'an dernier. Une formation voulant uniformiser la collecte des données fut dispensée aux hygiénistes dentaires et voilà les bases jetées pour l'enquête épidémiologique dentaire la plus complète, en terme de clientèles rejointes, jamais réalisée en territoire cri. Les objectifs du projet pilote tournaient autour de deux thèmes principaux : prélever des indicateurs de santé dentaire permettant d'analyser la situation actuelle et vérifier la faisabilité de certaines activités potentielles de prévention dentaire. S'est greffé à cela, un portrait du fonctionnement actuel des cliniques dentaires en place. Ces dernières informations ont été recueillies au cours d'une tournée initiée par le Dr Hilal Sirhan, chef du département de médecine dentaire du CCSSSBJ en compagnie du dentiste conseil du MSSSQ, soit le Dr Gérard Bouger.

Les résultats vous sont présentés selon une approche par clientèles et par services. Ainsi, nous vous décrirons des indicateurs tels que la prévalence de la carie, l'expérience de la carie et les besoins en traitements dentaires touchant tour à tour et de façon spécifique, les 12-24 mois, les 4-5 ans, les 7-8 ans et les 11-12 ans. Nous aborderons de façon globale ces mêmes indicateurs en rassemblant les groupes d'âge, puis nous poursuivrons en faisant un retour dans le temps, pour suivre l'évolution de la santé dentaire cri au cours des 20 dernières années. Nous ferons ensuite la comparaison entre ces résultats et d'autres populations telles que le reste du Québec et d'autres Premières Nations. Nous enchaînerons en vous décrivant l'état actuel des cliniques dentaires en terme de ressources disponibles, d'accès aux services, de limites d'environnement, de besoins en traitements dentaires, de listes d'attente ainsi que d'autres situations prioritaires. Nous ferons de nouveau, une comparaison d'indicateurs, cliniques cette fois, avec ceux des cliniques dentaires à contexte similaire. Enfin, nous proposerons des recommandations, basées sur ces résultats, afin qu'elles servent d'assises, après une vaste consultation, à un plan d'action à long terme.

Plus que jamais, nous croyons aux vertus de ce document car il se veut une amorce concrète à des actions efficaces et validées. Nous innovons en prenant en compte de si jeunes enfants et leurs familles mais nous avons la conviction profonde que si nous avons une seule action à poser pour changer l'épidémie carieuse actuelle, ce serait de prioriser celle-ci afin d'avoir un sourire en santé sur tous les visages cri de la Baie James pour les générations futures!

Bonne lecture et merci encore à tous ceux qui ont eu, qui ont et qui auront la santé dentaire de la population cri à cœur.

RÉSUMÉ

Ce rapport est le reflet de la réalisation d'un projet pilote et d'une tournée des cliniques dentaires sur le territoire. Le projet pilote a porté sur la faisabilité de certaines activités de prévention dentaire (ex : est-ce possible de joindre les très jeunes enfants et leurs familles ?) et sur la collecte de données nous permettant de faire un portrait de l'état de santé dentaire actuelle des enfants. Ces informations sont présentées sous forme de tableaux principalement dans le chapitre II et III.

La tournée des cliniques quant à elle, a permis de décrire la réalité des cliniques actuellement en place. Ces informations doivent servir à relancer la discussion autour de solutions concrètes pour réduire significativement le taux de caries de la population crie.

Le premier chapitre revient essentiellement sur le contexte qui a mené à ce rapport.

Le deuxième chapitre fournit les données épidémiologiques par groupe d'âge : les données touchent l'état de santé dentaire, la faisabilité de prévenir et sont comparées à d'autres populations.

Le troisième chapitre décrit la situation autour des besoins évidents de traitements.

Le quatrième chapitre résume la réalité des cliniques dentaires : des tableaux vous décrivent le contexte particulier des soins dentaires rendus au cours des années récentes.

Enfin le cinquième chapitre contient une brève section sur les solutions que nous pourrions envisager en ce moment. Il jette donc les bases d'une discussion plus précise pour retenir les solutions à long terme.

Les résultats les plus importants touchent ceux entourant la carie dentaire. Les enfants de 12-24 mois présentent déjà, dans 30 % des cas, de la carie active (non-traitée). En les comparant avec les seules données disponibles au Québec (et au Canada), c'est minimalement 8 fois plus que les enfants non-autochtones du même âge. Les enfants criés de 5 ans pour leur part, présentent en moyenne, le risque d'avoir 5 fois plus de caries dentaires comparés à des jeunes non-autochtones des autres régions du Québec. De l'âge de 4 ans à celui de 12 ans, près de 9 enfants sur 10 en moyenne, auront expérimenté la carie. Cette situation n'est pas nouvelle puisque aucune amélioration significative n'a été notée depuis 1983 : il y a même une détérioration marquée ces récentes années. Les besoins de traitements sont énormes : à titre d'exemple, 70 % des enfants de 4-5 ans présentent de la carie active non-traitée avec une moyenne, par enfant, de 2.2 surfaces cariées. Les besoins en traitement des enfants de 12 ans n'ont pas changé depuis le début de 1990, ils ont même augmenté au cours des dernières années pour les besoins touchant majoritairement la dentine ou la pulpe. Par comparaison, les enfants criés de 5 ans sont loin derrière les objectifs dentaires 2000 de l'OMS. Les cliniques dentaires sont débordées à cause d'une croissance démographique énorme et de l'accumulation des besoins curatifs. Une moyenne de 11 mois d'attente est nécessaire pour avoir un rendez-vous pour un traitement de base alors qu'il faut attendre plus que 12 mois en moyenne pour un examen et nettoyage. Les équipes en place permettent de satisfaire moins que 50 % des besoins réels.

Le dernier chapitre renferme des pistes de solutions possibles et des recommandations. Parmi celles-ci certaines tournent autour d'une augmentation des ressources de façon séquentielle en lien avec un plan d'action précis, d'autres touchent une nouvelle politique de services dentaires considérant le cours, moyen et long terme en visant une intégration des services curatifs et préventifs.

CHAPITRE I : CONTEXTE ET MISE EN SITUATION

1.1 Historique des enquêtes sur la santé buccodentaire des enfants criés

Les récentes enquêtes épidémiologiques en santé dentaire réalisées dans les pays industrialisés ont pour origine le souci de bien suivre l'évolution rapide, dans la plupart des cas, de l'amélioration de la santé dentaire des jeunes enfants. De façon classique, on surveille périodiquement l'évolution de la prévalence (nombre de personnes avec la maladie, sur le nombre total de la population à l'étude) des maladies buccodentaires des enfants scolaires (ceux de 2^{ème} et de 6^{ème} année) car la santé dentaire d'une population s'évalue par la santé de ses enfants.

Les Criés ont tour à tour fait partie d'enquêtes provinciales (1983 au niveau du Québec) et nationales (1990, 1991, 1996 : contexte des Premières Nations du Canada) en étant à chaque fois intégrés à des enquêtes venant de l'extérieur (conception, réalisation) de leur réalité. Le projet pilote a voulu être une de ses composantes, la véritable première enquête épidémiologique dentaire (2001) criée. Elle fut pensée et réalisée dans les communautés criées et au profit de la population par la mise en place d'un plan de réalisation. Son innovation principale vient des groupes d'âge joints. Une préoccupation spéciale fut accordée aux très jeunes enfants en vue d'une éventuelle programmation en amont des problèmes. D'ailleurs, le chercheur principal de la dernière enquête provinciale mentionnait, en constatant le niveau de carie des enfants de 5 ans au Québec que : « *cela signifie que dès son arrivée dans le milieu scolaire, l'enfant a déjà eu près de 60 % de toute la carie qui se formera sur sa dentition primaire. Il faudra donc développer un programme d'âge préscolaire* ». Nous avons donc voulu mettre la table pour des orientations concrètes.

1.2 Objectifs du projet pilote au départ qui ont mené à ce rapport final

1.2.1 Objectifs généraux

De façon générale, le projet pilote servira :

- A mieux préciser la programmation qui suivra
- A mieux documenter l'évaluation possible de nos interventions à venir
- A mieux vérifier le degré d'acceptation des établissements, intervenants, leaders, communautés, etc.

1.2.2 Objectifs spécifiques

Sur la faisabilité

Pour les activités touchant les enfants de 12 à 24 mois et leur famille (automne 2000) :

- Tester le questionnaire auprès des parents
- Tester la réalisation du suivi préventif en contexte de clinique de vaccination (Well-baby clinic) ou non
- Évaluer la proportion d'enfants pouvant être vus (temps / nombre)
- Tester la procédure clinique (examen, démonstration de brossage en bouche, etc.) auprès des jeunes enfants
- Évaluer le matériel requis (examen et Trousse de Prévention Individualisée (TPI))

Pour les activités touchant les enfants de 4 et 5 ans à l'école (automne 2000) :

- Tester la faisabilité de classer les enfants à haut risque de caries
- Tester la possibilité de faire un suivi préventif deux fois l'an, de façon individuelle, auprès de ceux trouvés à risque
- Tester une méthodologie en regard de la prise de données et du suivi

Pour les activités touchant les élèves de 1^{ère} année (hiver 2001)

- Évaluer la façon optimale d'implanter la fluorothérapie de groupe (rince-bouche et applications topiques) pour les élèves du primaire ne profitant pas du programme au départ.

Sur l'acceptation

Pour les activités touchant les enfants de 12 à 24 mois et leur famille (automne 2000) :

- Évaluer la proportion des parents qui consentent à participer au projet
- Tester le questionnaire, rempli par l'hygiéniste et adressé aux parents
- Évaluer l'acceptation, par les parents et les enfants, du contenu de la Trousse de Prévention Individualisée (TPI)

Sur la fréquence de certaines variables

Pour les activités touchant les enfants de 12 à 24 mois et leur famille (automne 2000) :

- Évaluer la proportion retrouvée de trois (3) indicateurs potentiels (niveau d'éducation de la mère; présence ou non de plaque dentaire; présence ou non d'expérience de caries) pour identifier les enfants à haut risque de caries en documentant leur prévalence lors du Projet Pilote

Pour les activités touchant les enfants de 4 et 5 ans à l'école (automne 2000) :

- Évaluer la proportion d'enfants trouvés à risque à l'aide du critère provincial (référence au programme actuel mené dans les autres régions du Québec)

CHAPITRE II : INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS CRIS DE LA BAIE JAMES

Dans un premier temps, ce chapitre présente les résultats associés à la collecte de données effectuée par les hygiénistes dentaires lors de la réalisation du projet pilote. Ces données vous sont d'abord présentées par groupe d'âge spécifique.

Un total de 1079 enfants cris de 12 mois à 12 ans ont été examinés. Cet échantillon se veut le plus important de l'histoire des enquêtes épidémiologiques dentaires réalisées auprès des cris.

2.1 Groupe d'âge : 12-24 mois

La première population examinée fut celle des très jeunes enfants cris en compagnie de leur mère dans la majorité des cas. Dans la planification du déroulement du projet pilote, nous voulions connaître l'état de santé dentaire de ces très jeunes enfants ainsi que la faisabilité de nous adresser à leurs parents dans des contextes différents afin de juger du meilleur endroit pour la prévention dentaire.

2.1.1 Données démographiques (12-24 mois)

Tableau 1: Nombre d'enfants examinés (12-24 mois)

Nombre total enfants vus	Age moyen	Écart type
79	18.9 (mois)	± 3.35

Au total, 79 enfants de ce groupe d'âge ont été vus, sur une possibilité de 161 dans les deux communautés de Chisasibi et de Mistissini. Ces enfants avaient une moyenne d'âge de 18.9 mois et la répartition entre les garçons et les filles se voulait relativement équilibrée.

Nous avons choisi de cibler ces deux communautés car nous voulions faciliter le déroulement de cet aspect du projet pilote dans la mesure où les hygiénistes dentaires y résidaient.

Tableau 2: Nombre d'enfants examinés par village (12-24 mois)

Intervenante / Village	Nombre de naissances années 2000	Enfants vus	
		Fréquence	%
Hygiéniste dentaire. Chisasibi	104	48	46.15
Hygiéniste dentaire. Mistissini	57	31	54.38

Un nombre relativement important d'enfants n'ont pu être examinés, soit 51 %. Cet état de fait, malgré de nombreuses relances par téléphone ou par la radio, renforce le besoin d'avoir une approche communautaire (population mise à contribution) pour favoriser la participation.

2.1.2 Portrait de la santé dentaire (12-24 mois)

Explication au lecteur

Le caof est un indicateur mondialement utilisé afin de décrire la santé dentaire par population cible. Si par exemple, un enfant de 5 ans, a un caof de 3 comparé à un enfant du même âge avec un caof de 1, il sera compris que ce dernier a une meilleure santé dentaire. Pratiquement, cet enfant aura "une surface ayant expérimenté la carie" (caof de 1) sur l'ensemble de ses dents alors que l'autre enfant, aura eu une expérience carieuse sur 3 surfaces de ses dents (caof de 3).

Pour la population en cause, soit les enfants de 5 ans du Québec, on parlera d'un caof moyen : imaginons par exemple que les enfants québécois de maternelle ont en moyenne, expérimenté (carie actuelle ou passée) la carie sur 3,56 surfaces par enfant. Nous parlerons constamment de cet indicateur décrivant véritablement la situation de la santé dentaire de la population examinée. Enfin, la prévalence de la carie est un autre indicateur utile : il s'agit d'un « Taux » qui décrit le nombre d'enfants qui ont expérimenté la carie sur le nombre total d'enfants de ce groupe d'âge. Ainsi, on écrira 42 % pour décrire le fait que 42 % des enfants québécois de 5 ans ont déjà expérimenté la carie à leur entrée à la maternelle.

2.1.2.1 Prévalence de la carie dentaire (12-24 mois)

La prévalence de l'expérience carieuse s'est établie à 30.4 % ce qui signifie qu'à l'âge moyen de 18.9 mois, parmi les très jeunes enfants de Chisasibi et de Mistissini, près de 3 enfants sur dix, ont déjà de la carie active.

Tableau 3 : Prévalence de la carie (12-24 mois)

Nombre d'enfants vus	Nb d'enfants vus avec c, a ou o	Prévalence	Écart type
79	24	30.4 %	± 5.17

* Prévalence établie en dentition primaire uniquement

2.1.2.2 Le caof (12-24 mois)

Le tableau 4 vous présente les indicateurs caof, "c" (pour carie active), "a" (absente pour cause de carie) et "o" (obturation pour caries passées), dans tous les cas, sur les surfaces des dents présentes.

Tableau 4 : Le caof moyen (12-24 mois)

Observations sur c	Observations sur a	Observations sur o	caof moyen 79 enfants	Écart type
106 faces	0	0	1,34	2,90

* caof établi en dentition primaire uniquement

Le caof moyen des très jeunes enfants cris est concentré en « c », soit de la carie active, puisqu'aucune carie passée (« o et a ») n'a été traitée. Il y a donc une moyenne de 1.34 surfaces cariées par enfant.

Les examinatrices ont utilisé les critères d'examen de la classification de Pitts pour lesquels elles ont été formées.

Explication au lecteur	
Classification utilisée pour détecter les types de carie	
C0 :	Surface saine
C1 :	Carie initiale sans perte de substance (ex : perte de brillance)
C2 :	Carie avec perte d'émail
C3 + C4 :	Caries plus profondes dans la dentine ou dans la pulpe

Pour le lecteur intéressé, nous avons mis en annexe, la grille théorique de classification. A noter que ces résultats sous-évaluent le taux de carie réel car il ne prennent pas en compte le stade très initial (C1) de la carie de la petite enfance (CPE), soit la perte de lustre ou de brillance de l'émail. Seuls les types C2, C3 + C4 ont été pris en compte.

Les très jeunes enfants crûs de nos deux villages constituant l'échantillon ont, en moyenne chacun, 1.34 surfaces cariées en bouche. Ce résultat traduit bien la précocité extrême de l'attaque carieuse dans la population crûe. Parmi les enfants présentant de la carie active, soit 24 enfants du total présentent un caof moyen de 4.41. Il est intéressant de noter la concentration de la maladie, en terme d'enfants touchés et de la gravité, dès le début de la vie, un peu à l'image des enfants plus âgés pour lesquels la littérature abonde de données démontrant qu'une petite quantité d'enfants présentent la majorité des problèmes de carie.

Mentionnons qu'en terme de gravité (voir Tableau 5), la majorité des enfants, (66 %) présentaient des caries de type émail, mais déjà à 18 mois, le tiers (33 %) d'entre eux avaient des caries profondes.

Tableau 5 : Distribution de la carie (gravité, 12-24 mois)

Types de caries	Nombre d'enfants avec caries	Pourcentage
C ₂ : perforation de l'émail	16	66 %
C ₄ : perforation dentine/pulpe	8	33 %
Total	24	100 %

2.1.3 Portrait des facteurs potentiels de risque pour la Carie de la Petite Enfance (CPE)

Nous avons réalisé, lors du projet pilote, une collecte de données via un questionnaire adressé aux parents. Cet exercice permet de dresser un tableau rapide des principaux facteurs potentiels de risque de CPE. Le tableau No 6 vous décrit, par ordre de parution, la fréquence la plus élevée de réponses associées au facteur en question.

Tableau 6 : Exemples de facteurs potentiels de risque

Thème de prévention	Facteur potentiel de risque	Résultats	
		Fréquence	%
Brossage avant d'aller au lit	Ne brossent pas	45	56.96
Pratique de prise de médicaments	(+ de 3)	26	32.91
Source d'eau	Robinet	18	22.78

Les résultats du questionnaire permettent à titre indicatif de mieux documenter la prévention à venir. Par exemple, les résultats font que 18 familles crie disent boire de l'eau du robinet : ces données, les premières produites à ce sujet, nous renseignent sur la pertinence d'une mesure populationnelle telle que l'eau fluorurée en territoire cri. Pour le lecteur intéressé, nous avons mis en annexe, l'ensemble du questionnaire administré (avec les résultats) par les hygiénistes dentaires auprès des parents, principalement des mères.

2.1.4 Faisabilité de l'intervention (12-24 mois)

Selon les témoignages recueillis auprès des parents, des intervenants côtoyant cette clientèle (infirmières, home visitor, etc) et des hygiénistes dentaires qui ont réalisé la collecte, il est faisable d'instaurer des activités préventives dans un contexte de petite enfance crie. Il faut penser à intégrer le personnel des cliniques de vaccination « Well Baby Clinic » (WBC) ainsi que les intervenants naturels que sont les « Home Visitors » (HV) et les « Community Health Representative » (CHR). Des formations de mise à jour des connaissances et pratiques de prévention spécifiques à cette clientèle sont de mise.

Selon les réalités en place, chaque village est différent, il faut chercher à voir les familles soit à la clinique dentaire sur rendez-vous, soit chez les parents, soit à l'hôpital lors de la vaccination. Ces lieux ne sont pas exclusifs entre eux. Dans une même communauté, ils peuvent être complémentaires. Nous devons également, porter attention aux rappels pour les rendez-vous : la radio communautaire peut être utilisée, spécialement si les parents n'ont pas le téléphone. La

secrétaire ou l'assistante des cliniques dentaires, sont des personnes tout à fait indiquées pour la prise de rendez-vous.

Le temps de la procédure (examen, questionnaire, démonstration de brossage in vivo, l'application de vernis, informations sur les habitudes saines, etc.) prend environ 30 minutes la première fois et 20 minutes la suivante. Le matériel pour l'examen et pour l'éducation à la prévention a été pertinent (Vous trouverez les détails dans le cahier de charge) mais un comité de prévention, incluant des parents cri, devrait considérer davantage des outils proches de la culture crie car ces enfants ne visitent pas les cliniques et les cliniques sont trop débordées.

2.1.5 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cri avec d'autres populations (12-24 mois)

Le caof est un indicateur utile lorsqu'on veut comparer la situation actuelle de la santé dentaire de populations différentes. Dans ce sens, le tableau No 7 permet de comparer l'échantillon cri à celui d'enfants du Québec provenant d'un échantillon non-représentatif de 4 régions (1). Nous notons que le caof moyen de ces populations est très différent : ainsi, celui des enfants des deux communautés cri est 8 fois supérieur à celui des enfants québécois de 4 régions. Même si ces résultats ne sont pas validés en terme de représentation, ils décrivent un caof et une prévalence fortement supérieurs chez les jeunes enfants cri comparés aux autres régions. Il n'existe aucune donnée validée ailleurs au Québec ou au Canada pour décrire davantage, par comparaison, la situation actuelle puisque les enquêtes réalisées dans le passé touchent des clientèles plus vieilles.

Tableau 7 : Comparaison avec d'autres régions (caof, prévalence : 12-24 mois)

Enquête 2001 en territoires cri			Enquête 2000 dans 4 régions du Québec		
Nombre d'enfants : 79			Nombre d'enfants : 301		
Âge moyen : 18.9 mois			Âge moyen : 16.5 mois		
Prévalence	caof		Prévalence	caof	
	Tous les enfants	Ceux avec caries		Tous les enfants	Ceux avec caries
30.4 %	1.34	4.41	4 %	0.16	3.62

Notre volonté de nous adresser en priorité aux très jeunes enfants et à leurs familles lors du projet pilote, réside dans le fait que les habitudes saines s'acquièrent en amont des problèmes : le seul programme de santé dentaire publique actuellement mené, est adressé aux enfants de la maternelle à la troisième année alors qu'il est démontré (2) que 42 % des enfants de 5 ans au Québec, ont déjà expérimenté la carie dentaire.

Tableau 8 : Comparaison entre le Projet Pilote cri et le PP phase I sur la notion de certains facteurs potentiels de risque (12-24 mois)

	Plaque visuelle	Prévalence de la CPE	Niveau d'éducation de la mère
P/P territoires cris : 79 enfants	36 (46 %)	24 (30 %)	43 (54 %)
P/P phase I : 301 enfants	123 (41 %)	18 (6 %)	117 (39 %)

Si nous avons à comparer les risques potentiels de développer de la carie pour les années à venir, la littérature (3, 4, 5) nous démontre que la présence de plaque dentaire sur les dents antérieures, l'histoire présente et passée de la carie et le niveau d'éducation de la mère, sont 3 variables intéressantes. Pour les mères cries, nous avons mis le seuil à un secondaire III terminé alors que pour les 4 régions du Québec, c'était un secondaire V terminé. Par le tableau 8, nous constatons une forte présence des facteurs de risque chez les cris comparés à la population non-autochtone.

2.2 Groupe d'âge : 4-5 ans (niveau pré-maternelle et maternelle)

L'école est en soi, un milieu de vie qui rassemble tous les enfants d'une communauté, selon leur âge et degré d'apprentissage. En région crie, la structure d'année scolaire, fait en sorte que dès l'âge de 4 ans, un enfant fréquente souvent l'école (pré-maternelle). Tout l'enseignement se fait en langue crie jusqu'en 3^{ième} année. Nous avons voulu examiner tous les enfants de ce groupe d'âge et ce, dans toutes les communautés du territoire. Ceci se traduit par les données les plus complètes auprès de 518 enfants, soit la totalité de l'échantillon correspondant à ce groupe d'âge.

La collecte s'est faite sur une période de 5 mois. Nous avons pensé que si nous donnions une impulsion de prévention dentaire semblable au reste du Québec, nous aurions à bien connaître les conditions rattachées à cette population spécifique. Nous avons donc prélevé la prévalence, le caof et caod, nous avons fait la classification des enfants à haut risque selon le « critère provincial » du programme actuel de santé dentaire publique en milieu scolaire.

Nous avons également déterminé les besoins évidents de traitement (BET) selon une hiérarchie nouvelle (descriptif dans le cahier de charge) et nous avons documenté les conditions touchant la faisabilité, notamment si nous y allions d'un apport maximal en fluorures (fluorothérapie adaptée : voir détails dans le cahier de charge) pour les enfants « les plus à risque des à risques » ! Toutes ces données sont interprétées par âge spécifique, par année scolaire, par dentition primaire et/ou permanente.

2.2.1 Données démographiques (4-5 ans)

Le tableau 9 nous décrit les principales caractéristiques de la population examinée d'égale fréquence par les deux hygiénistes dentaires.

Ainsi, le nombre de garçons et filles est, comme dans tous les autres groupes d'âge, bien réparti. La moyenne d'âge de ce groupe est de 4.7 années. Le nombre d'enfants vus par âge spécifique nous révèle que les enfants de 5 ans ont été les plus nombreux à être examinés, soit le double lorsque comparés à ceux de 4 ans (286 contre 143). Le système scolaire en vigueur dans les communautés criées amène l'enfant dès ses 3 ou 4 ans, à fréquenter la pré-maternelle. Notre prise de données s'est effectuée pendant le milieu de l'année scolaire de sorte qu'une majorité de ces enfants avaient 4 ou 5 ans. La maternelle par ailleurs, a rassemblé la majorité des enfants joints dans ce groupe d'âge. Enfin, le village de Chisasibi possède le plus grand nombre d'enfants 4-5 ans de toutes les communautés criées de la Baie James : près d'un enfant sur quatre (22 %) de ce groupe d'âge y vit actuellement. La distribution des enfants de ce groupe d'âge doit être observée avec en perspective le fait que les 0-9 ans criés ont la plus rapide progression démographique du Québec actuellement, avec une croissance de 24 % supérieure au groupe d'âge correspondant pour le reste du Québec.

Tableau 9: Nombre d'enfants examinés (4-5 ans)

Caractéristiques		Nombre d'enfants	% (± e.t.)
Sexe	Féminin	252	48.6 (± 2.2)
	Masculin	266	51.3 (± 2.2)
Âge spécifique	3 ans	1	N.R.
	4 ans	143	27.6 (± 1.9)
	5 ans	286	55.2 (± 2.2)
	6 ans	23	4.4 (± 0.9)
Classe	Pré-Maternelle	236	56.0 (± 2.1)
	Maternelle	281	54.2 (± 2.2)
Village	Chisasibi	151	22.1 (± 2.0)
	Wemindji	40	7.7 (± 1.2)
	Whapmagoostui	44	8.5 (± 1.2)
	Eastmain	21	4.1 (± 0.9)
	Mistissini	81	15.6 (± 1.6)
	Waskaganish	75	14.5 (± 1.6)
	Nemaska	19	3.7 (± 0.83)
	Oujé-Bougoumou	21	4.1 (± 0.9)
	Waswanipi	66	12.7 (± 1.5)

N.R. Non représentatif

2.2.2 Portrait de la santé dentaire (4-5 ans)

Nous traiterons à nouveau des indicateurs conventionnels utilisés pour décrire la santé dentaire d'une population, soit la prévalence et le caof/caod en dentition primaire et en dentition permanente, dans ce dernier cas, seulement si cela vient renforcer la description puisque les enfants de cet âge ont peu de dents d'adulte en bouche.

2.2.2.1 Prévalence de la carie dentaire (4-5 ans)

La prévalence de cette maladie infectieuse qui est la carie dentaire, est exprimée d'abord par âge spécifique : en arrondissant, plus d'un enfant sur dix, de ce groupe d'âge, est exempt de carie. La maladie a donc une proportion épidémique dès l'arrivée en classe. La littérature (6) nous apprend que dès qu'un groupe dépasse 40 % de malades, il ne s'agit pas de faire un dépistage préventif mais de considérer tous les membres de la population (100 %) comme sujets à risque de la maladie. La majorité des enfants ont des caries présentes en dentition primaire mais il est intéressant de noter que déjà à ces âges, des caries sont notées sur les dents permanentes (8 enfants). Les communautés semblent être toutes touchées sévèrement puisque la prévalence se distribue entre 80.3 % (Waswanipi et Mistissini) et 92.5 % (Wemindji).

Tableau 10 : Prévalence de la carie par âge spécifique, par dentition, par village et par année scolaire (4-5 ans)

Caractéristiques		Nombre d'enfants vus	Nombre d'enfants avec surfaces cao/CAO	Prévalence de la carie	Écart Type
Groupe	4 - 5 ans	518	447	86.29 %	± 1.51
Âge spécifique	4 ans	143	118	82.5 %	± 3.18
	5 ans	286	249	87.1 %	± 1.98
	6 ans	23	20	86.9 %	± 7.02
Dentition	Primaire	518	443	85.5 %	± 1.55
	Permanente	173	8	4.6 %	± 1.60
Village	Chisasibi	151	138	91.4 %	± 2.28
	Wemindji	40	37	92.5 %	± 4.16
	Whapmagoostui	44	40	90.9 %	± 4.33
	Eastmain	21	18	85.7 %	± 7.64
	Mistissini	81	65	80.3 %	± 4.42
	Waskaganish	75	61	81.3 %	± 4.50
	Nemaska	19	16	84.2 %	± 8.37
	Oujé-Bougoumou	21	19	90.5 %	± 6.41
	Waswanipi	66	53	80.3 %	± 4.90
Classe	Pre-Mat.	236	199	84.3 %	± 2.37
	Maternelle	281	247	87.9 %	± 1.95

2.2.2.2 Le caof/CAOF (4-5 ans)

Le tableau 11 suivant illustre bien, en cohérence avec la prévalence décrite précédemment, la virulence de la maladie puisqu'en moyenne, chaque enfant de 5 ans a 19 surfaces dentaires qui ont expérimenté la carie dentaire (caries actuelles ou passées, traitées ou non). Ces chiffres élevés expriment notamment la nature contagieuse de la carie. Il est particulièrement

préoccupant de voir que le seul enfant de l'échantillon âgé de 3 ans, cumule déjà 12 caries actives. Par ailleurs, la classe de pré maternelle est durement touchée avec une moyenne de plus de 16 surfaces par écolier de ce niveau, ayant expérimenté la carie dentaire.

Tableau 11 : Le caof/CAOF en fonction de la clientèle, de l'âge spécifique, de la dentition et de la classe (4-5 ans)

Caractéristiques		Nombre d'enfants vus	Nombre de surfaces avec			caof	(é.-t.)
			c	a	o		
Clientèle	4-5 ans	518	3184	2402	4087	18.67	± 19.27
Âge spécifique	3 ans	1	12	0	0	12	-
	4 ans	143	921	467	880	15.86	± 17.05
	5 ans	286	1562	1465	2506	19.35	± 19.84
	6 ans	23	63	102	192	15.52	± 19.87
Dentition	Primaire	518	2373	1475	3566	14.31	± 14.45
	Permanente	173	9	0	10	0.11	± 0.31
Classe	Pré-mat.	236	1532	778	1580	16.48	± 17.58
	Maternelle	281	1650	1624	2500	20.55	± 20.46

Le tableau 12 suivant nous renseigne sur la proportion d'enfants, par communautés, qui ont expérimenté la carie en détaillant le caof. Ainsi, le nombre d'enfants qui ont eu des dents absentes pour cause de caries (a) est de 148 enfants, soit un pourcentage de 28.6 % donc, plus d'un enfant sur quatre, à l'âge moyen de 4, 7 ans aura eu au moins une extraction dentaire pour cause de carie.

Actuellement, pour l'ensemble des communautés, plus de 364 enfants, soit 70 % du total d'enfants de ce groupe d'âge, présentent des caries actives non-traitées. Le taux de traitement ((o) / (o+c)) est actuellement de 56 % des caries présentes chez 46 % des enfants qui en ont (nb d'enfants (o) / nb d'enfants (o + c)). A noter que les conditions décrites en c, a, ou o ne sont pas exclusives entre elles puisqu'un même enfant peut avoir plus qu'une de ces conditions.

Tableau 12 : Analyse détaillée du caof selon la communauté (4-5 ans)

Villages	Nombre d'enfants examinés	Nombre de surfaces avec			caof	é. t.
		c	a	o		
Chisasibi	151	1268	920	1299	23.09	± 18.18
Wemindji	40	429	96	220	18.62	± 16.09
Whapmagoostui	44	341	457	550	30.63	± 23.87
Eastmain	21	155	115	182	21.52	± 22.10
Mistissini	81	215	226	597	12.81	± 16.71
Waskaganish	75	369	286	651	17.41	± 20.46
Nemaska	19	79	35	85	10.47	± 16.49
Oujé-Bougoumou	21	146	36	115	14.14	± 12.56
Waswanipi	66	182	231	388	12.13	± 14.81
Total	518	3184	2402	4087	18.67	± 19.27

2.2.3 Faisabilité de l'intervention (4-5 ans)

Les hygiénistes dentaires ont vu presque tous les élèves (96 %) des niveaux de classe pré-maternelle et maternelle et ce, pour toutes les communautés. Cela s'est traduit par un temps moyen de 30 minutes par enfant pour prélever le caof et faire le dépistage avec le critère provincial (une face cariée antérieure ou deux faces interproximales postérieures démontrant l'expérience de la carie (c, a ou o)). L'enfant classé à risque est suivi préventivement 2 fois l'an, à l'école. Dans les autres régions du Québec, pour la maternelle, les hygiénistes dentaires classent une moyenne de 25 % des enfants à risque. Cette approche sur le territoire cri, se traduit par un taux de 77 %, ce qui rend superflu le dépistage car 56.17 % des enfants classés à risque l'ont été pour une surface ou plus antérieure. La suite du rendez-vous consistait à réviser la méthode de brossage, prélever l'indice d'hygiène et à mettre du vernis fluoruré. Ce type d'intervention, à la manière du « reste du Québec » se fait dans un contexte où la maladie est déjà présente auprès de plus de 9 enfants sur 10. Les hygiénistes ont aussi testé la fluorothérapie adaptée.

Explications pour le lecteur :

La fluorothérapie adaptée est une technique qui consiste à cibler l'intervention en fluorures auprès des enfants à très hauts risques de développer de nouvelles caries. Ainsi, une approche peut consister à voir l'enfant toutes les semaines pendant un mois pour une application de vernis fluorurée ou de gel de fluorures. Une autre approche peut se faire par l'administration d'un rince-bouche quotidien à base de fluorures avec une application de gel tous les 6 mois, Le lecteur intéressé trouvera en annexe, le cahier de charge du projet-pilote avec les différents scénarios possibles de fluorothérapie adaptée.

Les hygiénistes dentaires ont donc suivi intensément 10 élèves de maternelle parmi ceux présentant le caof le plus élevé et ce pour une période de 3 semaines: dans cet exercice pratique, 10 élèves ayant un caof de 34 ou plus ont été ciblés. Un temps de 15 minutes par enfant fut nécessaire et les applications se sont faites en clinique dentaire. Le taux de fidélisation fut très moyen puisque 19 rendez-vous sur trente ont été respectés (63 %). Encore une fois, cet exemple démontre le besoin d'une approche concertée où la population agit comme « agent multiplicateur ».

2.2.4 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (4-5ans)

Comme mentionné précédemment, les données de ce groupe d'âge sont peu communes au Canada. Elles sont inexistantes pour les premières nations et toutes récentes pour la population non-autochtones du Québec. La province de la Saskatchewan quant à elle, a récemment publié les résultats de la santé dentaire des enfants incluant les jeunes de 5 ans. Enfin, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini, dans les années '90, une série d'objectifs de santé dentaire à atteindre pour l'an 2000, dont une touchant les enfants de 5 ans. Les prochains tableaux comparatifs toucheront ces trois réalités à tour de rôle et les compareront à la situation actuelle crie (13, 14, 15).

Le tableau 13 présente, en parallèle, les résultats des prévalences et caof moyens des enfants cris âgés de 5 ans (4,7 arrondi) de notre étude et ceux du reste du Québec. En comparant les caof, il serait juste d'affirmer qu'un enfant qui naît et atteint ses 5 ans d'âge sur le territoire des nations cris de la Baie James, risque d'avoir en moyenne CINQ FOIS plus de caries dentaires comparativement à un enfant d'une autre région du Québec.

Tableau 13: Comparaison avec le reste du Québec (prévalence et caof/CAOF en dentition mixte : 5 ans).

Enquête 2001 en territoires cris			Enquête 1998-99 du Québec		
Nombre d'enfants : 518			Nombre d'enfants : 2512		
Âge moyen : 5 ans			Âge moyen : 5 ans		
Prévalence	caof/CAOF moyen		Prévalence	caof/CAOF moyen	
	Tous les enfants	Ceux avec caries		Tous les enfants	Ceux avec caries
86.3 %	18.7	23.2	41.8	3.47	N. D*.

* N. D. : Non disponible

Le tableau 14 compare la situation actuelle des enfants cris à celle des jeunes enfants de la province de la Saskatchewan.

Tableau 14: Comparaison avec la province de Saskatchewan (caod/CAOD en dentition mixte : 5 ans).

Enquête 2001 en territoires cris	Enquête 1998-99 du Manitoba
Nombre d'enfants : 518	Nombre d'enfants : 11,383
Âge moyen : 5 ans	Âge moyen : 5 ans
caod/CAOD : 6.75	caod/CAOD : 2.10

Un indicateur plus positif –enfant ne présentant aucune carie – est utilisé parfois pour décrire la santé dentaire d'une population. Le tableau 15 suivant décrit la situation actuelle des enfants cris en regard des objectifs de l'OMS pour le groupe d'âge des jeunes enfants. Y jeter un coup d'œil c'est se rendre compte combien notre situation actuelle en est éloignée : en fait, la « prévalence d'enfants sans carie » va en diminuant au fur et à mesure que les enfants cris vieillissent.

Tableau 15: Comparaison de la situation actuelle en regard des objectifs de l’OMS

	Organisation Mondiale de la Santé Objectifs en santé dentaire pour 2000	En territoire cri en 2001
Enfants âgés de 5 ans	50 % sans carie	12.9 % sans carie
Enfants âgés de 6 ans	50 % sans carie	13.0 % sans carie

2.3 Groupe d’âge : 7-8 ans (2^{ème} année scolaire)

Le projet pilote s’est traduit par une collecte de données pour les enfants de 2^{ème} année scolaire afin notamment, de s’harmoniser, pour fin de comparaison, avec les enquêtes épidémiologiques des années antérieures. L’ensemble des écoles des 9 communautés ont été visitées pour un total de 255 enfants de 2^{ème} année.

2.3.1 Données démographiques (7-8 ans)

Le tableau 16 nous renseigne sur le nombre d’enfants examinés dans ce groupe.

Tableau 16 : Âge moyen des enfants (7-8 ans)

Nombre total	Age moyen	Écart type
255	7.13 (années)	± 0.37

2.3.2 Portrait de la santé dentaire (7-8 ans)

Nous traiterons brièvement de la prévalence et du caof/CAOF de cette population. Nous utiliserons également le caod/CAOD pour décrire la dentition mixte (primaire et permanente) de ce groupe d’âge.

2.3.2.1 Prévalence de la carie dentaire (7-8 ans)

S'il est une association entre un facteur de risque et la carie dentaire qui s'exprime par ces résultats, c'est bien le fait que : avoir des caries en bas âge vous classe très à risque d'en avoir plus tard. La prévalence de la carie chez les enfants de 2^{ième} année est presque de 100 %.

Tableau 17 : Prévalence de la carie par âge spécifique et par village (dentition mixte : 7-8 ans)

Caractéristiques		Nombre d'enfants	Enfant avec un c, a ou o	Prévalence
Clientèle	7-8 ans	255	250	98 %
Âge	6 ans	3	3	100 %
	7 ans	214	210	98.1 %
	8 ans	35	35	100 %
Village	Chisasibi	62	60	96.8 %
	Wemindji	22	22	100 %
	Whapmagoostui	23	23	100 %
	Eastmain	15	15	100 %
	Mistissini	53	53	100 %
	Waskaganish	36	35	98.2 %
	Nemaska	8	8	100 %
	Oujé-Bougoumou	6	6	100 %
	Waswanipi	30	28	93.3 %

Le tableau 18 donne l'information qui consolide (par les résultats en dentition primaire) le fait que la prévalence de la carie dentaire soit extrêmement élevée (45.67 %) pour ce groupe d'âge. Par ailleurs, à 7 ans, près de la moitié des enfants cris ont déjà de la carie sur les dents permanentes.

Tableau 18 : Prévalence de la carie dentaire (7-8 ans)

Dentition	Nombre d'enfants vus	Nombre d'enfants avec c, a ou o	Prévalence
Dentition primaire	255	248	97.64 %
Dentition permanente	255	116	45.67 %

2.3.2.2 Le caof/CAOF (7-8 ans)

Le tableau 19 décrit le caof/CAOF en mettant en perspective la place occupée par les 7 ans. Ainsi, un enfant de deuxième année scolaire, dans l'une des communautés crie, a en moyenne, plus de 24 de ses surfaces dentaires qui ont expérimenté la carie : dans ce nombre, près de 4 surfaces ont de la carie active.

Tableau 19 : Le caof/CAOF par âge spécifique (7-8 ans)

Caractéristiques	Age	Nombre d'enfants	c	a	o	caof	(é.-t.)
Clientèle	7-8 ans	255	988	1343	3911	24.48	± 16.85
Âge spécifique	6 ans	3	16	0	7	7.67	± 5.03
	7 ans	214	813	1108	3304	24.41	± 16.65
	8 ans	35	151	235	585	27.74	± 17.81

Le tableau 20 se veut un complément d'informations autour du caof/CAOF cette fois, donné par dentition. Le CAOF en dentition permanente est déjà très élevé pour l'âge de 7 ans puisque plus d'une surface dentaire a déjà expérimenté la carie en moyenne chez chaque enfant.

Tableau 20 : Le caof / CAOF en fonction de la dentition (7-8 ans)

Caractéristiques	Nombre d'enfants	c	a	o	caof	(é.-t.)
Dentition primaire	255	763	971	3283	19.67	± 13.29
Dentition permanente	255	63	44	238	1.35	± 2.22

2.3.3 Faisabilité de l'intervention (7-8 ans)

Pour ce groupe d'âge, nous n'avons pas documenté la faisabilité de nos interventions puisque nous nous sommes limitées à la collecte d'indicateurs (prévalence et caof/CAOF). Nous n'anticipons pas d'actions préventives différentes du contexte documenté pour les 4-5 ans.

2.3.4 Évolution et comparaison de la santé dentaire des enfants criés avec d'autres populations (7-8 ans)

Le groupe de 2^{ième} année scolaire a fait l'objet, depuis le début des années 1980 de nombreuses enquêtes épidémiologiques. C'est avant tout auprès de ce groupe que l'on a jugé de la condition dentaire, et de l'évolution à travers le temps, de la dentition primaire. Nous vous présentons une série de comparaisons qui mettent en lumière, l'évolution de la situation particulière de la santé dentaire des Nations criées.

2.3.4.1 Évolution à travers les 20 dernières années (7-8 ans)

L'évolution de l'état de la santé dentaire crie peut être relativement bien suivie au cours des 20 dernières années puisqu'une série d'enquêtes se sont succédées. D'abord, il y a eu l'enquête provinciale de 1983-'84 dans laquelle un échantillon cri fut considéré. En 1990-'91, une enquête canadienne sur les enfants autochtones considérait également les criés de la Baie James alors qu'en 1991 et 1996 se déroulaient des enquêtes canadiennes auprès des premières nations et des inuits sans les criés mais avec certaines nations autochtones du Québec. Enfin, notre enquête se veut la toute dernière effectuée dans ce sillon évolutif. Le tableau 21 met en perspective l'évolution de la santé dentaire crie en prenant en compte le caod moyen des enfants de 7 ans (en dentition primaire et permanente) et en lui faisant traverser les 20 dernières années. Le caod des enfants criés de 7 ans est passé de 7.27 (1983) à 7.46 (2001) alors que durant cette période, celui du reste du Québec a diminué significativement (1983 : 5.12 et 1998 : 3.16). Les enquêtes des premières nations du Canada autres que les criés de la Baie James au Québec montrent que le caod comparable a légèrement diminué entre 1990 et 1996, tout en restant le plus élevé (il est fort à parier que depuis 5 ans, ce caod a continué à diminuer) parmi ces trois populations comparées. Donc, le caod crié est le seul qui a augmenté au cours des années mentionnées dans ce tableau.

Tableau 21 : Évolution de la santé dentaire des criés entre 1983 et 2001 (caod : 7-8 ans)

Région	Niveau de carie (caod) et évolution dans le temps			
	1983	1990	2001	%
Pop. Du Québec	5.12	N.D.	3.16	▼ 39 %
Pop. Crie	7.27	N.D.	7.46	▲ 3 %
Autres premières Nations	9.5	8.2	N.D.	▼14 %

Tableau 22 : Évolution du caod durant la période de 1983 à 2001 (Premières Nations cris et reste du Québec : 7-8 ans, dentition primaire uniquement)

Région	Années et niveau de caries (caod)			
	1983	1998-99	2001	Augmentation ou diminution de la carie
Pop. Crie	4.90	N.D.	7.71	▲ 36 %
Pop. Du Québec	4.41	2.65	N.D.	▼ 40 %

Le tableau 22 fait état, cette fois, d'une évolution chiffrée en comparant l'amélioration de la santé dentaire des enfants (âgés de 7- 8 ans en dentition primaire) du reste du Québec et la détérioration de celle des enfants cris équivalents, pour la période située entre 1983 et 2001. En observant ces données, on s'aperçoit que les deux populations comparées étaient très semblables à l'origine (1983) en terme de caod de départ. L'évolution dans le temps s'est faite différemment de sorte qu'au cours des dernières années, on a pu constater une amélioration d'un côté (réduction de la carie de 40 %) alors que de l'autre côté, on a eu une augmentation de la carie de plus du tiers (36 %). Ce différentiel de 76 % dans la magnitude de l'évolution est certes un fait saillant qui doit imposer une profonde réflexion dans nos stratégies pour améliorer la situation.

La dernière évolution documentée avec le caof moyen des enfants de 7 ans démontre la situation facilement prévisible, soit que: la situation dentaire actuelle des Nations cris est en de nombreux points similaire ou pire à celle des non-autochtones du Québec de 1983. Le tableau 23 décrit, par dentition, les similitudes et les fossés entre ces deux époques.

Tableau 23 : Évolution du caof par dentition entre 1983 et 2001 (Enfants cris et québécois : 7 ans)

	Québec 83-84	Cris 2001
Dentition primaire	10.77	24.41
Dentition permanente	1.41	1.47

2.3.4.2 Comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants cris avec d'autres populations (7-8 ans)

Une population sera ajoutée aux trois déjà incluses précédemment pour fin de comparaison, soit une région du Québec nommée Abitibi-Témiscamingue. Cette dernière est classée comme

région « éloignée ». Selon certains critères du MSSS, elle a un statut semblable à celui de la Baie James. Le caof des enfants de 7 ans en dentition primaire et permanente sera comparé en terme de gravité, à travers des enquêtes plus ou moins récentes et pour des populations spécifiques. Il ressort notamment, par le tableau 24 que la région éloignée d’Abitibi-Témiscamingue a un caof moyen pour ses enfants de 7 ans, beaucoup plus semblable à celui du reste du Québec qu’à celui de la Baie James. Le caof moyen des Premières Nations canadiennes autres que les cris, est celui le plus élevé mais il est en diminution selon les données entre 1991 et ’96.

Tableau 24: Comparaison du caof moyen des enfants cris avec d’autres populations (dentition mixte : 7 ans)

Région	Dentition primaire et permanente	
	caof	Année
Premières nations du Canada	9.52	1996
Population Crie du Québec	7.46	2001
Région Abitibi-Témiscamingue	3.12	1998-99
Pop. Du Québec	2.83	1998-99

2.4 Groupe d’âge : 11-12 ans (6^{ème} année scolaire)

Le projet pilote s’est finalement terminé par une collecte de données pour les enfants de 6^{ème} année scolaire : un total de 227 enfants ont été examinés.

2.4.1 Données démographiques (11-12 ans)

Le tableau 25 nous renseigne sur le nombre d’enfants examinés dans ce groupe. Le total d’enfants vus est similaire à celui du groupe des 7-8 ans.

Tableau 25 : Nombre d’enfants examinés (11-12 ans)

Nombre total	Age moyen	Écart type
227	11.53 (années)	± 0.63

2.4.2 Portrait de la santé dentaire des 11-12ans

Nous traiterons brièvement de la prévalence et du caof/CAOF dans cette population. Nous utiliserons également le CAOD pour traduire la dentition d'adulte présente dans ce groupe d'âge.

2.4.2.1 Prévalence de la carie dentaire (11-12 ans)

Le tableau 26 démontre que la prévalence de la carie, malgré le vieillissement des enfants, demeure à des niveaux très élevés même si les enfants ont la majorité de leurs dents permanentes (réf. au tableau 27). En 6^{ième} année du primaire, plus de 9 enfants sur 10 ont expérimenté la carie au cours de leur vie.

Tableau 26 : Prévalence de la carie en fonction de la clientèle (11-12 ans) et de l'âge spécifique

Caractéristiques		Nombre d'enfants	Nombre d'enfants avec un c, a, o	Prévalence
Clientèle	11-12 ans	227	223	92.83 %
Âge	10 ans	1	1	N.S.P.
	11 ans	120	112	93.33 %
	12 ans	87	79	90.80 %
	13 ans	16	15	93.75 %

Tableau 27 : Prévalence de la carie en fonction de la dentition (11-12 ans)

Caractéristiques	Nombre d'enfants	Nombre d'enfants avec un cao/CAO	Prévalence
Dentition primaire	46	36	78.26 %
Dentition permanente	227	199	87.67 %

2.4.2.2 Le caof/CAOF (11-12 ans)

Le caof / CAOF moyen des enfants de ce groupe d'âge demeure très élevé. Il semble, selon les données du tableau 28 qu'il reste stable avant de connaître une poussée nouvelle vers 13 ans. La sous-représentation des enfants de 13 ans doit être prise en compte.

Tableau 28 : Le caof / CAOF en fonction de la clientèle (11-12 ans) et par âges spécifiques

Caractéristiques		Nombre d'enfants	c	a	o	caof	(é.-t.)
Clientèle	11-12 ans	227	260	162	1363	7.86	± 6.51
Âge spécifique	10 ans	1	0	0	19	19.00	-
	11 ans	120	151	84	684	7.65	± 6.27
	12 ans	87	86	36	506	7.21	± 5.91
	13 ans	16	21	36	135	12.00	± 9.37

Le tableau 29 illustre le poids du caof/CAOF moyen : ainsi, on s'aperçoit que la dentition permanente (malgré l'apparition récente des dents compte tenu de l'âge en cause) cumule l'essentiel de l'expérience de la carie.

Tableau 29 : Le caof / CAOF en fonction de la dentition (11-12 ans)

Caractéristiques	Nombre d'enfants	c	a	o	caof	(é.-t.)
Dentition primaire	46	57	0	183	5.22	± 5.68
Dentition permanente	227	150	126	878	5.08	± 4.71

2.4.3 Faisabilité de l'intervention (11-12 ans)

Pour ce groupe d'âge, nous n'avons pas documenté la faisabilité de nos interventions puisqu'elles se sont limitées à la collecte d'indicateurs (prévalence et caof/CAOF). Nous n'anticipons pas d'actions préventives différentes du contexte documenté pour les 4-5 ans.

2.4.4 Évolution et comparaison d'indicateurs de santé dentaire des enfants criés avec d'autres populations (11-12 ans)

L'essentiel de l'analyse de l'évolution de la santé dentaire criée s'est effectué à partir des données des 7-8 ans. Nous pouvons cependant analyser brièvement, par le tableau 30, le statu quo exprimé dans l'évolution du caof des enfants de 12 ans vivant dans les Nations Cries depuis 20 ans. En effet, le caof moyen en dentition permanente des enfants de 12 ans est passé de 5.18 (1983) à 5.08 (2001). Par ailleurs, les seules données du reste du Québec, comparables à celles des Nations Cries de la Baie James, font état d'un caof moyen relativement rapproché il y a 20 ans.

Tableau 30 : Évolution et comparaison du CAOOF en dentition permanente (Enfants de 12 ans)

Région	CAOF – Dentition permanente	
	1983	2001
Population Crie	5.18	5.08
Population du Québec	3.80	3.1*

* Enquête 1996-1997 pour les enfants de 11-12 ans

CHAPITRE III : BILAN GLOBAL DES PRINCIPAUX INDICATEURS PAR GROUPES D'ÂGES ET PROFIL DES BESOINS ÉVIDENTS DE TRAITEMENT

Une vue globale comportant l'ensemble des groupes d'âge vous est offerte. Un survol de l'évolution de la santé dentaire des enfants cris au cours des 20 dernières années, en les comparant avec d'autres populations, vous sera également décrit.

Ce chapitre traitera des indicateurs de besoins en traitements curatifs. Traditionnellement associées aux activités cliniques, ces données vous seront décrites au départ par la précision de la situation actuelle pour ensuite la comparer à la situation passée. Le besoin évident de traitement (BET) des enfants cris sera également comparé à celui des autres populations.

Cette section fera la transition vers le chapitre suivant qui fait le portrait actuel des cliniques dentaires, en terme d'indicateurs de fonctionnement clinique.

3.1. Bilan global des principaux indicateurs par groupes d'âges

Le tableau 31 passe en revue la prévalence et le caof accordés aux groupes d'âge précédents. Le lecteur notera, au premier coup d'œil le rythme associé à la propagation de la maladie. Présente très tôt dans la vie, la carie dentaire en territoire de la Baie James atteint des sommets vers la fin de la présence des dents primaires pour initier à nouveau, des dommages importants, en dentition permanente qui elle, doit rester pour la vie. Ce cycle est fondamental pour bien comprendre qu'il faut démarrer les actions préventives en amont de ces problèmes afin d'arrêter à la source, la maladie et ses facteurs causaux. La colonne de droite met en perspective la situation actuelle comparée au reste du Québec.

Tableau 31 : Coup d'œil global par clientèle (Prévalence et caof/CAOF)

Groupe d'âge	Prévalence de la carie	caof/CAOF	
		Par dentition (enfants cris)	Facteurs de comparaison avec le Québec
12-24 mois	30.4 %	Primaire : 1.34	8 fois supérieur
4-5 ans	86.3 %	Primaire: 18.67	5 fois supérieur
7-8 ans	98 %	Mixte : 24.47	4 fois supérieur
11-12 ans	92.8 %	Permanente : 7.86	3 fois supérieur

3.2 Profil des besoins évidents de traitements (BET)

La section 3.1 a décrit sommairement l'état de santé dentaire actuelle. Nous allons davantage, dans cette section du chapitre 3.2, référer à la « maladie actuelle » en terme d'ampleur.

3.2.1 Le besoin évident de traitement au cours des années '90

L'hygiéniste dentaire en poste durant les années '90 devait, dans son rapport annuel, produire un bilan par village, des instructions données aux enfants pour qu'ils aillent voir le dentiste. Le tableau 32 décrit l'évolution du besoin évident de traitement (BET) des enfants crs examinés (sans traitement préventif) par l'hygiéniste dentaire lors de la tournée annuelle. De façon résumée, les BET sont restés très fréquents et leurs taux, élevés à travers les années. Une certaine pointe en demande de soins semble même être liée aux pourcentages des années les plus récentes. Cette stabilité de la maladie affectant les 11-12 ans au cours des années, indique clairement qu'il faut rechercher des solutions préventives nouvelles.

Tableau 32 : Évolution du BET au cours des années par village (11-12 ans)

Communautés	% des enfants ayant des besoins évidents de traitement						
	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Chisasibi	48 %	n. d.	81 %	75 %	61 %	77 %	86 %
Wemindji	64 %	n. d.	61 %	67 %	29 %	63 %	88 %
Whapmagoostui	56 %	n. d.	83 %	73 %	45 %	65 %	89 %
Eastmain	62 %	n. d.	62 %	66 %	51 %	70 %	91 %
Mistissini	53 %	42 %	44 %	38 %	41 %	63 %	n. d.
Waskaganish	59 %	n. d.	63 %	77 %	50 %	76 %	84 %
Nemaska	42 %	40 %	43 %	55 %	69 %	82 %	n. d.
Oujé-Bougoumou	n.d.	50 %	57 %	52 %	48 %	62 %	n. d.
Waswanipi	56 %	45 %	38 %	43 %	53 %	68 %	n. d.
Moyenne	55 %	44 %	59 %	60 %	50 %	69 %	87 %

n. d. : Non disponible

3.2.2 BET version 2001

Lors de la collecte de données générées par le projet pilote, les hygiénistes dentaires ont été formées à prélever le BET selon une méthodologie nouvelle. En fait, en créant cette nouvelle description du BET, le dentiste conseil voulait servir la référence clinique à donner (classer en terme de gravité) entre l'urgent et ce qui peut attendre, étant donné la forte demande.

Pour l'heure disons simplement que les catégories ont suivi la même logique que la classification de Pitts pour la carie. C2 et C4 parlaient de la profondeur (dentine et pulpe respectivement) alors que les signes + et -, parlaient de fréquence (une dent versus plusieurs dents). Le tableau 33 décrit le BET des enfants de 4-5 ans et 7-8 ans au cours des années 2000-2001. Pour les enfants de 4-5 ans, le BET est nettement urgent puisqu'il se retrouve dans les catégories les plus graves (nombreuses dents et cavités profondes). Par ailleurs, 93.7 % des BET des 7-8 ans sont dans les catégories C2+ à C4+, ce qui signifie que de nombreuses dents cariées dans la dentine et la pulpe caractérisent ces enfants.

Tableau 33 : BET version 2000-2001 (4-5 ans et 7-8 ans)

Clientèle	Co		C2-		C2+		C4-		C4+	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
4-5 ans	161	31.76	71	14.00	134	26.43	3	0.59	138	27.22
7-8 ans	94	37.3	26	11.1	84	32.9	0	0	50	19.6

3.2.3 BET en terme de surfaces atteintes

Le tableau 34 suivant illustre le BET en terme de caries actives actuellement en bouche par enfant, selon un âge spécifique. A titre d'exemple, mentionnons qu'un enfant de 5 ans, présentait en moyenne 2.2 surfaces dentaires cariées (non-traitées) au moment de la conclusion du projet pilote (mai 2001).

Tableau 34 : BET en termes d'âge spécifique

Nombre de faces à restaurer	4 ans	5 ans	6 ans	6 ans	7 ans	8 ans	11 ans	12 ans	13 ans
1 face à restaurer	12	35	5	0	43	6	24	21	4
2 faces à restaurer	20	45	4	1	28	3	6	11	0
3 faces à restaurer	13	26	2	0	20	5	2	0	0
4 faces à restaurer	15	26	3	0	11	3	1	0	0
5 faces à restaurer	7	19	0	0	12	0	1	0	0
6 faces à restaurer	8	12	0	0	5	1	0	0	0
7 faces à restaurer	8	5	0	0	3	0	0	0	0
8 faces à restaurer	5	7	0	1	3	0	0	0	0
9 faces à restaurer	5	5	0	0	0	0	0	0	0
10 faces à restaurer	2	4	0	0	1	0	0	0	0
11 faces à restaurer	1	0	0	0	0	1	0	0	0

Le tableau 35 présente à titre d'exemple, une répartition différente des enfants de 4 ou 5 ans, qui ont à des degrés divers, de la carie active. Les enfants ayant entre 5 et 9 surfaces cariées représentent le groupe le plus nombreux (163 enfants pour 36.5 % de l'échantillon).

Tableau 35 : Pourcentage d'enfants selon le nombre de faces atteintes (dentition mixte : 4-5 ans)

Nombre de faces atteintes	Fréquence d'enfants	%	Écart type
1 face	16	3.58	0.88
2 à 4 faces	103	23.04	1.99
5 à 9 faces	163	36.46	2.28
10 faces et plus	32	7.16	1.22

3.2.4 Profil des surfaces dentaires par clientèle et par conditions cliniques

Le tableau 36 présente une vue globale des conditions cliniques associées aux dents des enfants (3 clientèles : 4-5, 7-8, et 11-12 ans). Encore une fois, nous constatons toute la place occupée par la maladie (carie dentaire) une fois qu'elle s'est installée. Les données permettent de voir le haut taux de récurrence de la carie après traitement. La carie active, par exemple, en conjugaison avec d'autres conditions cliniques, est présente chez 70.3 % des enfants de 4-5 ans.

Tableau 36 : Les surfaces dentaires par clientèle et par conditions cliniques

Conditions cliniques	Clientèles					
	De 4-5 ans		De 7-8 ans		De 11-12 ans	
	fréquence	%	fréquence	%	fréquence	%
Dents saines	71	13.7	5	1.96	17	7.5
Ont seulement de la carie	114	22.0	17	6.66	15	6.6
Ont seulement de la carie et des dents extraites pour cause de carie	20	3.8	3	1.17	1	0.44
Ont de la carie, des obturations et des dents extraites pour cause de carie	94	18.1	56	21.96	11	4.84
Ont seulement de la carie et des obturations	136	26.2	83	32.54	64	28.19
Ont seulement des obturations et des dents extraites pour cause de carie	34	6.6	34	13.33	7	3.08
Ont seulement des obturations	49	9.4	56	21.96	112	49.3
	Total: 518		Total : 255		Total : 227	

3.2.5 Sites de l'attaque carieuse

Le tableau 37 de cette section, vous présente les sites actuels privilégiés d'attaque par la carie dentaire chez les jeunes enfants crïs. On peut observer qu'avec l'âge, le site des surfaces cariées varie : ainsi, à 4 ou 5 ans, les dents antérieures sont davantage touchées alors qu'à 7 ou 8 ans, ce sont les dents postérieures qui le sont et de façon marquée. Ceci s'explique par l'éruption de dents plus nombreuses et que ces dents offrent des sites de caries plus nombreux car elles ont plus de sillons. Il n'en demeure pas moins que selon la classification de risque utilisée en santé publique, l'attaque des dents antérieures est le signe d'un risque beaucoup plus marqué d'avoir des caries futures.

Tableau 37 : Expression de la carie (faces) par sites antérieurs et postérieurs (4-5 et 7-8 ans)

Age	Dents antérieures		Dents postérieures	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
4-5 ans	5.73	± 8.25	4.36	± 5.10
7-8 ans	2.17	± 5.47	7.74	± 6.60

CHAPITRE IV : SITUATION DES CLINIQUES DENTAIRES DU CONSEIL CRI DE LA BAIE JAMES

Au cours de la dernière année, il y a eu deux questionnaires distribués à chacune des cliniques des communautés qui sont responsables de fournir des services de santé dentaire en Eeyou Istchee (Territoire de la Baie James). Ces documents ont été généralement remplis par les membres des équipes délivrant les services dentaires dans chaque communauté. Dans ce contexte, la direction du département de médecine dentaire a visité chaque communauté au mois de septembre et octobre 2001 pour consulter les équipes à propos des documents remplis. Les données ont été informatisées afin de servir à décrire la situation actuelle des cliniques dentaires du Conseil Cri de la Santé et des Services Sociaux de la Baie James.

Il est très important de noter que les membres des équipes dentaires actuelles font partie du C.B.H.S.S.J.B. et de la communauté depuis une longue période (plusieurs années). Certes, on peut affirmer que les membres des équipes dentaires ont une bonne perception de la situation en vigueur dans leur communauté pour décrire adéquatement la santé dentaire et les services qui lui sont dispensés.

N.B.: Une copie des questionnaires originaux ainsi que les réponses sont disponibles en annexes n° 6, 7, 8, et 9.

4.1 Profil de l'équipe qui rend les services dentaires

L'équipe qui fournit des services dentaires se divise en deux secteurs d'activités: le domaine des services cliniques et celui de la santé dentaire publique. Le premier rend généralement des services individuels (dans un environnement clinique) alors que le second rend des services qui s'adressent à un groupe ou à une population.

4.1.1 Division clinique

- 8 dentistes qui servent les neuf communautés (un dentiste accorde un demi-temps au Comité de santé de Inulitsivic, donc 7.5 dentistes sont effectifs en réalité)
- Un nombre équivalent d'assistantes dentaires
- 2 réceptionnistes (1.5 poste en réalité)
- 3 hygiénistes dentaires sont en fonction dans le secteur clinique et dans le secteur de santé dentaire publique (équivalent d'un poste clinique comme hygiéniste dentaire)
- Dentistes spécialistes occasionnels (orthodontiste, chirurgien-buccal, endodontiste et denturologiste)
- Dentistes Résidents (dentistes diplômés qui viennent compléter leur formation)

Une augmentation du nombre de dentistes s'est faite d'abord au milieu des années '80 puis en 1993-'94. La dernière augmentation du nombre de dentistes fut de 0.5 poste. Le nombre d'assistantes dentaires a toujours été concordant avec celui des postes de dentistes. Il y a eu une augmentation d'un poste d'hygiéniste dentaire (activité clinique et santé dentaire publique combinées) et un demi poste de réceptionniste au cours de la dernière année.

En général, la grande majorité des cliniques dentaires de la province et du pays ont une équipe clinique qui se compose de :

Équipe dentaire recommandée

Position principale	Fonction
Dentiste	Traitement des besoins de santé dentaires des patients.
Hygiéniste Dentaire	Traitement des besoins de santé dentaires des patients limités à certains actes sous la supervision du dentiste (ex : examen, nettoyage, etc.)
Assistante Dentaire	Assiste le dentiste et est responsable pour la préparation des équipements.
Réceptionniste	Gère les rendez-vous, le roulement et les inventaires.

Cette situation est très efficace puisque les membres travaillent ensemble en équipe complète tout en assumant leurs propres tâches. De plus, un nombre significatif de cliniques dentaires modernes ont des membres additionnels au sein de leur équipe tel qu'un gestionnaire, des infirmières, des spécialistes à temps plein, des techniciens de laboratoire et des nutritionnistes. Malheureusement, la majorité des cliniques dentaires des communautés criées ont le scénario suivant:

Situation actuelle en terme d'équipe dentaire

Position principale	Fonction
Dentiste	Joue les rôles de dentiste, d'hygiéniste dentaire et un peu de réceptionniste
Assistante	Joue le rôle d'assistante dentaire et celui de la réceptionniste presque complètement

Il y a donc, dans ce contexte, de multiples rôles assumés par la même personne ce qui réduit fortement l'efficacité des services offerts normalement par une équipe complète. En plus, cette situation n'est pas rentable.

4.1.2 Division santé dentaire publique

- 1 dentiste conseil spécialiste en santé dentaire publique (0.5 poste)
- Les mêmes trois hygiénistes dentaires déjà mentionnées (1.5 poste équivalent)
- 11 représentants en Santé Communautaire ("CHR") avec approximativement 10 % à 15 % de leur emploi du temps accordé au programme dentaire

Pour ce secteur, soulignons l'arrivée très récente du dentiste conseil et l'augmentation déjà mentionnée de l'hygiéniste dentaire.

4.2 Données démographiques entourant la pratique clinique

Le tableau 38 montre l'augmentation de la population dans la région spécifique de la Baie James. Il est important de souligner que le présent tableau est formé de données provenant du "Registre des Autochtones du MSSSQ" et que les données de 2001 incluent les non-bénéficiaires résidant dans la région et les bénéficiaires qui sont enregistrés hors région. Ces dernières populations décrites reçoivent régulièrement des soins dans les communautés de la région de la Baie James en visitant habituellement la communauté ou dans un contexte d'urgence dentaire.

Tableau 38: Évolution démographique en territoire de la Baie James

Années	1986	1991	1996	2001 (approx)
Nombre de résidents	8792	10310	11370	14250
%	0 %	▲ 17.27 %	▲ 29.32 %	▲ 62.08 %

Il est important de noter comment la population se développe comparée aux autres régions de la province. Il est évident que l'augmentation est très élevée. Le tableau 39 démontre cela en comparant la population crie à celle de la province. Les taux de croissance se rapportant à quelques groupes d'âge sont décrits pour la période de 1991 à 1996.

Tableau 39: Croissance comparative des populations entre 1991 et 1996

Groupe d'âge	Région de la Baie James (%)	Québec (%)
Toute la population	10.0	2.9
0-14	7.0	-1.1
15-64	13.6	2.7
65+	-21.8	10.6

4.3 Environnement clinique

Cette section révisera des aspects importants de la situation actuelle des cliniques dentaires des 9 communautés.

4.3.1 Services fournis

Il est essentiel de réviser les services rendus en santé dentaire à la population pour déterminer si ceux-ci sont suffisants ou non. Les données du tableau 40 montrent la moyenne des besoins de traitement en termes d'heures par patient ainsi que les pourcentages de besoins dentaires satisfaits par communauté. Ces déductions sont basées sur les listes d'attente, les plans de traitement, la sévérité et la diversité des problèmes dentaires à résoudre, ainsi que le taux de récurrence des caries et ce, pour chaque groupe d'âge, tout cela dans un contexte limité par l'environnement physique des cliniques, les équipements en place et la gestion clinique et administrative en même temps. Ces limites seront définies davantage dans la section suivante.

Tableau 40: Taux de besoins rencontrés en marge des services rendus

Village	Traitements heure/patient Moyenne	Pourcentage des besoins (%)	
		Satisfaits	Non-satisfaits
Chisasibi	6	60-70	30-40
Mistissini	5	60-70	30-40
Waskaganish	10	60-70	30-40
Waswanipi	8	60-70	30-40
Wemindji	6	60-70	30-40
Whapmagoostui	6	50	50
Ouje-Bougoumou	7	50	50
Nemaska	11	30-40	60-70
Eastmain	6	30-40	60-70
Moyenne	7.5	Moins que 50% des besoins sont satisfaits	

Une bonne partie des services fournis sont des traitements en situations d'urgence. Le taux de traitements dentaires urgents (Urgence et consultation : réf. à annexe 10) a augmenté significativement au cours des dernières années, on peut donc facilement noter que les besoins sont de plus en plus difficiles à combler, même minimalement.

Les prescriptions de médicaments (antibiotiques ou analgésiques pour la plupart), extractions dentaires incluant les deux dentitions (primaire ou permanente) et les pulpotomies (un traitement habituellement rendu quand la carie atteint le nerf de la dent) demeurent très fréquents dans le quotidien clinique. Cela a été bien documenté au cours des 8 dernières années

et ce, dans chacune des 9 communautés. Ces informations détaillées peuvent être regardées et comparées aux autres régions de la province ou du pays puisqu'elles apparaissent dans le rapport annuel du département de médecine dentaire du C.B.H.S.S.J.B.

4.3.2 Listes d'attente

Le temps d'attente et la liste des patients ayant besoin de traitements sont des indicateurs de l'efficacité que peut avoir une équipe dentaire à fournir les services essentiels à une communauté. Les listes peuvent aider à déterminer si les services de l'équipe dentaire sont suffisants ou non. Cela fut dit et écrit précédemment, il demeure important de réaliser qu'en ce moment, les listes d'attente deviennent difficiles ou impossibles à gérer et cela oblige au non-respect de ces listes qui permettraient que les patients ayant les plus grands besoins soient vus dans un délai raisonnable. Cela évidemment mène à une situation où les patients sont "oubliés" et les services adéquats ne sont plus rendus.

Avant 1995, les listes d'attente n'existaient pas. Dans la majorité des villages, les patients se présentaient de leur propre gré pour recevoir des traitements dentaires. A partir de 1998, les listes d'attente ont été instaurées et en 3 ans (1998-2001) il y a eu une augmentation dramatique du temps d'attente qui est passé de 3 semaines à 11 mois en moyenne.

Les listes d'attente sont revues dans le tableau 41: elles concernent à la fois les traitements curatifs de base ainsi que les traitements préventifs. Les traitements curatifs de base sont des restaurations ("plombages"), extractions, etc., en même temps, les traitements préventifs réfèrent plus à un rendez-vous où le patient reçoit un examen, un nettoyage, des instructions d'hygiène, des applications de fluorures si requis, etc.

Tableau 41 : Délais pour recevoir un traitement dentaire

Village	Délais (mois)	
	Curatif de base	Préventif
Chisasibi	10	12
Mistissini	7	12
Waskaganish	12	12
Waswanipi	9	12
Wemindji	10	12
Whapmagoostui	9	12
Ouje-Bougoumou	12	12
Nemaska	12	12
Eastmain	12	12
Moyenne	11 mois en moyenne d'attente pour recevoir un traitement	

Un "temps normal" d'attente pour les traitements curatifs de base dans les autres régions de la province est approximativement de 4 semaines, alors que pour la prévention, les patients sont vus en moyenne, tous les 6 mois.

Quand un traitement dentaire requiert des services spécialisés auprès d'un spécialiste, le temps d'attente est augmenté. Par exemple, pour recevoir un traitement orthodontique ("broches"), des prothèses ("dentier"), un traitement de canal ou autres besoins particuliers, il est nécessaire d'attendre de 16 à 20 mois. En addition, certains traitements routiniers ailleurs ne sont pas disponibles du tout dans les communautés: à titre d'exemple citons les prothèses fixes ("ponts et couronnes") et les traitements esthétiques-cosmétiques ("facettes et blanchiment").

4.3.3 Limitations de l'environnement clinique

L'efficacité des opérations cliniques menées par l'équipe dentaire dans les villages est limitée par l'environnement des bureaux dentaires. Le tableau 42 montre les installations cliniques actuelles et celles qui seraient requises pour chaque communauté en considérant, les besoins réels et le personnel pour résoudre les problèmes notamment sur la base des listes d'attentes.

Tableau 42: Limitations des installations physiques

Village	Nombre de bureaux présents/requis	Nombre de chaises (opératoires) présentes/ requises	Espace pour expansion oui-non
Chisasibi	4/9	3/8	N
Mistissini	3/7	3/6	N
Waskaganish	2/5	2/3	O
Waswanipi	2/5	2/3	O
Wemindji	0/5	1/3	N
Whapmagoostui	2/4	2/3	N
Ouje-Bougoumou	0/4	1/3	O
Nemaska	0/4	1/3	N
Eastmain	0/4	1/3	N
Total	13/47	16/35	

4.4 Comparaison des services cliniques entre la population crie et les autres Premières Nations du Québec et du Canada

4.4.1 Contexte

La section suivante souligne et fait certaines comparaisons pertinentes entre la population Crie et d'autres premières nations dans la province du Québec (ex: Algonquins, Mohawks, Hurons, Micmacs, Montagnais). Les statistiques obtenues pour cette comparaison proviennent de deux sources principales. Premièrement, un tableau de données du département de médecine dentaire collectées à travers le territoire cri et deuxièmement à partir des statistiques collectées par Santé Canada : Division des Services Santé Non-Assurés, SSNA (spécifiquement les Premières Nations de la province du Québec qui sont directement bénéficiaires de ces soins à un niveau fédéral).

Tous les autochtones de la province du Québec partagent des traits communs. Parmi ceux -là, on trouve des composantes démographiques, sociales, historiques et des influences culturelles. Ceci dit, c'est plus significatif lorsqu'on compare les aspects des services de santé entre des populations qui ont des similitudes à beaucoup d'égard. De la même manière, nous devons être conscients de certaines différences entre ces populations. Spécifiquement, la croissance démographique de la population crie est similaire mais encore plus forte que la croissance moyenne des Premières Nations éligibles au SSNA au Canada.

Tableau 43 : Croissance de la population : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Canada)

Années	1986	1991	1996	2001
Population Crie	8792	10310	11370	14250 (app)
% Augmentation	0 %	▲ 17.27 %	▲ 29.32 %	▲ 62.08 %
Éligibles SSNA, Premières Nations (Canada)	500 000 (approx.)	535 807	621 864	706 338
% Augmentation	0 %	▲ 8.61 %	▲ 24.32 %	▲ 41.28 %

Aujourd'hui nous nous adressons à la population des Premières Nations québécoises éligibles au SSNA qui équivaut à 51 593 (2001). Cette population peut bénéficier des services dentaires couverts par le programme du SSNA.

Il est important de noter qu'une portion de cette population a aussi accès à des services dentaires couverts d'une part par la RAMQ (la majorité des traitements dentaires pour les enfants âgés de moins de 10 ans, et bénéficiaires de l'aide sociale) d'autre part, par certaines compagnies d'assurance (ex : SSQ, Aetna, GreatWest, Canada Life, etc.) C'est un fait important à considérer depuis que la population crie en totalité a accès aux services de santé dentaire seulement à travers

le CCSSBJ (fondé par le MSSSQ). Ainsi à des fins de comparaison, nous vous donnons des chiffres approximatifs pour les populations concernées.

Cris	14 250
Éligibles SSNA (Québec)	42 500

Les services de santé (incluant les services dentaires) précédant l'arrivée de la Convention de la Baie James (1975) étaient similaires si non identiques pour les deux populations en question. Selon la section 14.0.28 de la Convention de la Baie James : “ appuis financiers pour que les services gardent au moins la même envergure, la même gamme, la même étendue et les mêmes conditions ” doit rester un droit des cris. Ainsi, les comparaisons suivantes sont essentielles pour s'assurer qu'une bonne analyse des services de santé dentaires actuels soit complète.

4.4.2 Profil des services cliniques rendus : `Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec)

Dans le but de déterminer le profil des services de santé dentaire rendus pour ces 2 populations, les services cliniques ont été regroupés en catégories spécifiques, cela va permettre une comparaison valide.

Les catégories des services dentaires cliniques suivantes doit être comparé pour les deux populations

1. **Services préventifs** : Ils incluent des examens complets et de rappel habituellement à six mois d'intervalle, ainsi qu'un polissage dentaire prophylactique et un traitement au fluorure.
2. **Services d'urgence** : Les services de cette catégorie incluent les examens d'urgence et les consultations. Ils sont généralement associés à de fortes douleurs, des infections, de l'inflammation, l'inaptitude à manger, à dormir etc. Cette catégorie de service est en lien avec le premier service ou service immédiat fourni au patient qui se présente à la clinique et qui pour la grande majorité inclut une intervention initiale de nature pharmaceutique comme une prescription d'antalgiques ou d'antibiotiques
3. **Contrôle de la maladie dentaire sévère** : Cette catégorie inclut des services qui sont donnés dans l'espoir de contrôler au moins les séquelles de la maladie dentaire. En se basant sur la classification de Pitts, les patients qui se présentent dans cette catégorie de services ont toujours atteint la classe IV et le traitement nécessite l'extraction dentaire (enlever la dent) ou bien une pulpotomie ou pulpectomie (enlever le nerf de la dent). Il est important de noter que cette catégorie d'interventions ne devrait pas être considérée comme un traitement final dans le contrôle de la maladie dentaire car le remplacement de la dent (avec un pont, dentier ou implant) ou le nerf (par le traitement de canal dentaire) est essentiel pour atteindre éventuellement une santé dentaire saine.
4. **Services de plans de traitement avancés** : Cette catégorie de services dentaires cliniques inclut des services qui ne sont pas toujours disponibles en région crie à cause de la terrible liste d'attente ainsi qu'à d'autres facteurs comme l'accès à certains équipements, laboratoires et

services de spécialistes. Les services actuels à comparer sont la prosthodontie (dans ce cas couronnes et ponts) et l'endodontie (traitement de canal dentaire).

Le tableau suivant compare les quatre catégories précédentes des services dentaires cliniques pour les deux populations en question. Les statistiques associées au département de médecine dentaire du CCSSSBJ représentent les services offerts en territoire cri où réside approximativement 99 % de la population cri totale. Les statistiques fournies par le département du SSNA incluent tous les traitements de cette nature qui étaient facturés par les dentistes privés. Ces statistiques de traitement dentaires n'incluent pas les patients qui bien qu'éligibles au SSNA, peuvent être couverts par d'autres formes d'assurance dentaire. Ainsi, lorsqu'on compare les services dentaires cliniques actuels "per capita", les données sont basées sur un calcul réaliste qui représente la portion de la population bénéficiaire de chaque couverture de services dentaires.

Tableau 44 : Profil des services dentaires cliniques "per capita"

Catégorie	Cris (Couverture dentaire par le CCSSSBJ et MSSSQ)		Éligibles SSNA Québec (Couverture dentaire par Santé Canada)	
	No/1000	Évolution	No/1000	Évolution
1 PRÉVENTIFS				
Examen complet, rappel	307.5	τ 3%	277.8	σ 11.5%
Prophylaxie	273	σ 2%	382.3	τ 2%
2 URGENCE				
Examen d'urgence et consultation	317	σ 9%	92.2	τ 2%
3 MALADIE DENTAIRE SÉVÈRE				
Pulpectomie, pulpotomie (dents permanentes)	23.8	σ 12%	6.3	σ 9.5 %
Extraction simple	113.4	0%	62.7	τ 5 %
Extraction complexe	56.6	σ 11%	25.6	τ 11 %
4 PLANS DE TRAITEMENTS AVANCÉS				
Couronnes, Ponts (Nombre d'unités)	2.9	τ 7%	11.4	σ 8%
Endodontie	16.9	τ 11%	26.7	σ 2%

L'évolution est basée sur la comparaison des statistiques avec l'année précédente

Ainsi, il est évident que le profil des services dentaires cliniques des deux populations sont comparables lorsqu'on considère les services cliniques préventifs mais diffèrent considérablement en regard des trois autres catégories. Il n'est donc pas surprenant que l'urgence et le contrôle des maladies dentaires (catégorie 2 et 3) sont significativement plus grands pour les populations cris alors que la catégorie de services de plans de traitement avancés(4) est significativement plus élevée pour les éligibles au SSNA.

4.4.3 Dépenses annuelles "per capita" : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec)

À travers les calculs suivants, les dépenses annuelles "per capita" peuvent être déterminées et comparées pour les deux populations. Les dépenses annuelles de Santé Canada pour les Premières Nations éligibles au SSNA (Québec) ont été calculées à 9 574 000 \$ (Rapport 2000-2001 du programme annuel SSNA). Ce montant inclut le coût des services dispensés par les dentistes privés (traitements dentaires). Ces dentistes sont payés à l'acte. Les services sont limités par les besoins de santé dentaire du patient et les règlements établis par le programme du SSNA.

Une fois de plus il est important de noter qu'une portion de la population des Premières Nations éligible au SSNA a accès aux services dentaires qui sont financés par la RAMQ et compagnies d'assurances privées. Les dépenses annuelles n'incluent ni les coûts de transport pour avoir le service ni les salaires des employés qui gèrent le programme du SSNA ni d'autres dépenses associées.

Les dépenses annuelles pour les services dentaires dispensées à la population crie ne sont pas calculées sur la base de l'acte dentaire mais plutôt selon la somme des coûts des salaires de toute l'équipe dentaire ainsi que ceux de l'équipement et produits nécessaires pour les services dentaires de la région. Les services sont limités selon l'enveloppe budgétaire. Celle-ci détermine l'accès aux services (listes d'attentes, limitations d'environnement et d'équipement, ressources humaines) et professionnels disponibles (services dentaire spécialisés)

Salaires de l'équipe dentaire : 1 750 000 \$
Produits et équipements : 300 000 \$
Dépenses totales annuelles : 2 050 000 \$

Ainsi pour la comparaison, nous devons calculer ces données dans les ratios "per capita". On peut le voir dans le tableau suivant car il montre les populations respectives qui bénéficient des dépenses annuelles.

Tableau 45: Comparaison des dépenses annuelles pour les services de clinique dentaire Cris vs Premières Nations éligibles SSNA (Québec)

Premières Nations Québec	Total dépenses annuelles	Population bénéficiaire	Dépenses "per capita"
Éligibles au SSNA	9 574 000.00 \$	42 500	225.00 \$
Cris	2 050 000.00 \$	14 000	146.00 \$
Différence			79.00 \$

Dans le tableau précédent, il est évident qu'il y a une différence entre les deux populations. La différence des dépenses annuelles "per capita" égale 79 \$. Ainsi, pour que la population crie atteigne le total de dépenses annuelles équivalent, l'ajout de 1 106 000 \$ sera requis dans les dépenses annuelles de services dentaires cliniques cris.

4.4.4 Périodes d'attente pour recevoir des services dentaires cliniques : Cris vs Premières Nations éligibles au SSNA (Québec)

Il a été noté dans la section précédente que la moyenne de temps d'attente pour recevoir des services dentaires cliniques de base est entre 11 et 12 mois pour la population crie. De plus cette période a augmenté dans les 3 dernières années et la situation n'est plus gérable. L'accès à des plans de traitements avancés est devenue quasiment impossible. Ainsi les périodes d'attente pour ces services peuvent être actuellement considérés indéfinis.

Pour les patients éligibles au SSNA, la période d'attente a été généralement de 4 à 6 semaines pour les traitements de base.

Pour les plans de traitements avancés les périodes d'attente sont calculées selon le délai entre la date de soumission d'une prédétermination (estimé pour les besoins dentaires cliniques d'un patient) et la date de réception de facturation de services dentaires par un dentiste privé. On présume que ce délai sera inférieur à 2 mois.

4.4.5 Résumé de la comparaison des services : Cris vs Premières Nations éligibles SSNA (Québec)

C'est évident qu'il existe une différence énorme entre les 2 populations en ce qui concerne les profils des services dentaires cliniques, les dépenses fiscales et l'accès aux services dentaires cliniques. Les résultats coïncident avec les longues listes d'attente et démontrent une grande discordance en regard du champs d'action, de l'étendue et des conditions des services de santé dentaire. Le besoin d'une intervention à ces niveaux et à d'autres est essentielle.

4.5 Autres situations prioritaires à considérer

Durant la période utilisée pour compléter le questionnaire et visiter les communautés tel que décrit précédemment, certains enjeux ont été identifiés comme étant à prioriser. Les items suivant vont décrire ces enjeux qui doivent être rapidement pris en compte pour trouver des solutions afin de s'assurer que la population ne souffre plus.

4.5.1 État des équipements

De vieux équipements dentaires sont présents dans la plupart des 9 communautés. Certains datent des années 1970. Même si nous avons une entente technique pour des réparations, le manque de remplacement des équipements désuets mènent à une baisse significative de

l'efficacité et à des complications (exemple: interruption) dans le traitement des patients. La distance physique entre le technicien dentaire et les communautés rend la situation très difficile.

4.5.2 Problème de logement

Environ la moitié des communautés ont une insuffisance de logements pour supporter adéquatement le développement de ressources humaines dentaires. Cette situation est réelle autant pour loger quelqu'un à temps permanent que pour un remplacement temporaire.

4.5.3 Accès à l'anesthésie générale

La situation devient de plus en plus difficile avec les patients qui ont des besoins extensifs puisqu'ils doivent être vus sous anesthésie générale à l'hôpital. Cette situation est compliquée notamment par le fait qu'il manque du personnel hospitalier dont des infirmières et des anesthésistes.

4.5.4 Pétitions

Plus de 2000 pétitions représentant environ 6000 personnes ont été accumulées parmi les résidents des communautés. Ces documents font le vœu principal de voir augmenter les services dentaires fournis dans leur communautés et réduire la période d'attente pour ceux-ci.

4.6 Vue générale du fonctionnement des cliniques

Nous avons compilé dans un tableau tous les traitements qui ont été faits dans les cliniques dentaires des communautés durant les 8 dernières années. Ces données ont été clairement montrées dans le rapport annuel précédent du département de médecine dentaire.

Le rapport de l'année fiscale précédente contenait des informations détaillées sur les coûts des traitements rendus par rapport à la valeur du dollar. (Ces valeurs ont été calculées sur la base du Fee guide des tarifs buccodentaires de QDSA, RAMQ et FDSQ.

Un résumé de ces résultats inclut :

- 1) Le nombre total de rendez-vous pour traitements donnés est de 16133.
- 2) Le nombre total de patients vus durant l'année fiscale est de 6134
- 3) La valeur totale en dollars des traitements donnés est de \$2 400 000.00 (Annexe : Statistiques de l'année fiscale 2000-2001. Département de médecine dentaire)

CHAPITRE V : LES RECOMMANDATIONS

5.1 Facteurs de priorité

(A considérer)

1. Affecte la santé générale / la qualité de vie
ex: Caries de la petite enfance, coûts biologiques
2. Respect des valeurs culturelles
ex: Intervention par les autochtones / Représentants Cris
3. Meilleure solution possible
ex: Augmenter le nombre de dentistes versus transport des patients.
4. Offrir des services dentaires équitables aux autres régions de la province.
ex : Listes d'attente, accès aux services
5. Impact sur tout l'Eeyou Istchee.
ex: Réduire l'incidence des maladies dentaires

5.2 Recommandations spécifiques à la santé dentaire publique

1. Déployer une véritable équipe de santé dentaire publique à travers le territoire avec une représentation dans chaque communauté. (Fournir les fonds nécessaires)
2. Intervenir en priorité auprès des jeunes enfants et de leurs familles afin de diminuer notamment l'incidence de la carie de la petite enfance.(Évaluation d'une intervention précoce)
3. Mettre en place un processus d'évaluation des activités de prévention dentaire afin de valider celles-ci dans le contexte particulier de la région. Une fois la validation faite, s'assurer du déploiement de ces activités dans toutes les communautés en Eeyou Istchee. (Évaluation en Eeyou Istchee)
4. Augmenter les effectifs liés à la prévention et promotion de la santé dentaire à travers le département de la santé dentaire publique. (ex : Augmentation du nombre de dentiste de santé publique à temps plein, représentants de santé dentaire, hygiéniste de santé publique)
5. Mettre en place des stratégies de prévention en santé dentaire qui respecteront les aspects traditionnels et culturels en Eeyou Istchee. (Considérer le contexte historique/"Dr Pull"))

6. Développer un programme de formation en lien avec les besoins des représentants de la santé dentaire publique dans chaque communauté. (Éducation en santé dentaire)
7. Fournir des services d'information adaptés aux communautés en Eeyou Istchee. (ex : radio, journaux, ateliers, dépliants, bulletin d'information, etc.)
8. Considérer les agendas du département de santé dentaire publique, de la communauté, du conseil de bande et des CLSC pour favoriser l'intégration des services dentaires préventifs avec d'autres problématiques de santé ou sociales. (ex : Rencontre multi-départementale)
9. Agir comme leader en santé dentaire préventive sur un plan international en regard des populations autochtones. (Créer un site Web international)
10. Implanter un système de contrôle de l'évolution de la santé dentaire des enfants cris et sur l'impact des activités de prévention. (Plan de connaissance-surveillance)
11. Développer un curriculum avec emphase sur les nouvelles technologies spécifiques aux besoins en Eeyou Istchee en regard du rôle des intervenants en santé dentaire publique. (ex; Téléconférences pour l'éducation continue)

5.3 Recommandations spécifiques aux cliniques dentaires

1. Augmenter les ressources humaines nécessaires en dentisterie clinique afin de satisfaire les besoins de chaque communauté en Eeyou Istchee. (ex : Augmentation du nombre de dentistes, spécialistes, assistantes, réceptionnistes, hygiénistes)
2. Augmenter les ressources matérielles nécessaires en dentisterie clinique qui vont satisfaire les besoins de chaque communauté en Eeyou Istchee. (ex : Augmentation du nombre de fauteuils dentaires, équipement, etc.)
3. S'assurer de retrouver dans chaque communauté en Eeyou Istchee une clinique dentaire fonctionnant à temps plein avec le personnel approprié. (ex : petits villages avec un service dentaire complet)
4. Améliorer le département dentaire en réduisant les périodes d'attente et introduire dans toutes les communautés des services spécialisés comparables à ceux d'autres régions. (2 à 4 semaines/A.G., orthodontistes)
5. Installer un système de traitement des données informatisées pour le contrôle et la gestion des activités cliniques indicateurs afin qu'ils soient comparables à d'autres régions du pays (natifs et non-natifs) (SSNA / Horaires / Statistiques / Internet / télé-dentisterie)

6. Fournir les fonds suffisants pour l'éducation continue de tous les membres du département dentaire afin de fournir les meilleurs services à la population. (Conférences dentaires)
7. Instaurer un programme de roulement en résidence dentaire à temps complet afin d'assurer les meilleures possibilités en terme de recrutement. (ex : Projet pilote de Chissasibi)
8. Faire reconnaître le travail administratif, non-clinique, du dentiste responsable

5.4 Recommandations générales pour la santé dentaire

1. S'assurer d'avoir les fonds suffisants pour mener à terme les projets et réaliser les activités nécessaires afin de rendre équitable la situation de la santé dentaire en Eeyou Itchee. (équitable avec la province)
2. Faire la promotion des carrières en santé dentaire pour la population autochtone. (ex : futurs autochtones/Dentistes cris)
3. Assurer une meilleure qualité des services en santé dentaire en retenant tous les employés permanents et en améliorant leurs conditions de travail. (ex : rétention/ primes d'installation)
4. Fournir les logements nécessaires pour s'adapter à l'augmentation des ressources humaines. (Permanents/centres de transit)
5. Prévoir l'augmentation des ressources nécessaires pour s'adapter à l'augmentation probable des besoins en Eeyou Istchee. (Les besoins futurs vont augmenter avec la situation démographique)

ANNEXES

Nous portons à l'attention des lecteurs qu'ils retrouveront les annexes à la fin du rapport en version anglaise.

ANNEXE 1 : Cahier de charge des hygiénistes qui ont collecté les données

(Disponible sur demande)

ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux parents des enfants de 12 à 24 mois

Êtes vous le premier responsable de l'enfant?

Non :	2	3 %
Oui :	60	75 %
Pas de réponse :	17	21 %

Votre enfant boit au biberon ?

Non :	33	42 %
Oui :	45	57 %
Pas de réponse :	1	1 %

Si Non	-Sein seulement :	0	
	-Verre seulement :	15	45 %
	-Sein et verre :	18	55 %
Si Oui	-Biberon exclusivement :	2	4 %
	-Biberon et sein :	8	18 %
	-Biberon et verre :	35	78 %

Que contient le biberon le plus souvent ?

Lait seulement:	29	37 %
Jus seulement :	2	3 %
Lait ou jus :	11	14 %
Lait ou eau :	3	4 %
Pas de réponse :	34	43 %

Combien de fois votre enfant prend le biberon par jour ?

Une fois :	7	9 %
2 fois :	10	13 %
3 fois :	13	16 %
4 fois et plus :	15	19 %
Pas de réponse :	34	43 %

Avez-vous donné à votre enfant le biberon dans le lit auparavant ?

Non :	7	9 %
Oui :	36	45 %
Pas de réponse :	36	45 %

Si oui , le faites-vous maintenant ?

Non :	1	3 %
-------	---	-----

Oui :	34	94 %
Pas de réponse :	1	3 %

Combien de fois par semaine, mettez-vous votre enfant au lit avec le biberon?

Tous les jours :	28	35 %
Pas tous les jours :	3	4 %
Pas de réponse :	48	61 %

Si non, quel âge avait votre enfant lorsque vous avez arrêté ?

12 mois :	3	4 %
Pas de réponse :	76	96 %

Combien de fois par semaine avez-vous mis votre enfant au lit avec le biberon ?

0 fois :	1	1 %
9 fois :	5	6 %
Pas de réponse :	73	93 %

Si vous le faites actuellement, quel est le contenu du biberon ?

Lait :	30	38 %
Jus :	4	5 %
Pas de réponse :	45	57 %

Approximativement, combien de temps votre enfant prend-il le biberon chaque fois ?

Moins que 15 min. :	6	6 %
15 à 30 min :	25	32 %
Plus qu'1 hr :	1	1 %
Pas de réponse :	47	60 %

Contenu du biberon la nuit?

Lait :	3	4 %
Jus :	1	1 %
Pas de réponse :	75	95 %

Combien de temps, l'enfant a-t-il le biberon la nuit?

Moins qu'1 heure :	2	3 %
Pas de réponse :	77	97 %

Combien de fois par jour votre enfant s'alimente-t-il (solide ou liquide) ?

6 fois ou moins :	60	76 %
7 fois ou plus :	19	24 %

Votre enfant utilise-t-il une suce ?

Non :	57	72 %
Oui :	20	25 %
Parfois :	1	1 %
Pas de réponse :	1	1 %

Trempez-vous la suce de votre enfant dans quelque chose ?

Non :	19	24 %
Pas de réponse :	60	76 %

Votre enfant a-t-il eu plus de 3 prescriptions médicales pour un problème de santé durant l'année dernière?

Non :	44	56 %
Oui :	26	33 %
Pas de réponse :	9	11 %

Si oui quelle médication ?

Antibiotique :	9	35 %
Anti-Inflammatoire :	2	7 %
Pas de réponse :	15	58 %

Si oui combien de fois ?

3 to 5 times :	10	38 %
5 to 10 times :	3	12 %
10 times and more :	5	19 %
No response :	8	31 %

Ses dents ont-elles été brossées avant d'aller au lit hier soir?

Non :	45	57 %
Oui :	26	33 %
Pas de réponse :	8	10 %

Votre enfant a-t-il mangé ou bu au lit hier soir ?

Non :	2	3 %
Oui :	73	92 %
Pas de réponse :	4	5 %

Si oui qu'a-t-il mangé ou bu ?

Jus :	8	11 %
Biberon / Sein :	55	75 %
Eau :	1	1 %

Fruits :	1	1 %
Cariogénique :	8	11 %

Utilisez-vous de la pâte à dents pour nettoyer les dents de votre enfant?

Non :	28	35 %
Oui :	48	61 %
Pas de réponse :	3	4 %

Prend-il des vitamines avec du fluorure ?

Non :	46	58 %
Oui :	24	30 %
Pas de réponse :	9	12 %

Si oui lesquelles?

Trivisol :	12	50 %
Flinestone :	1	4 %
Pas de réponse :	11	46 %

Prend-il du fluorure en suppléments ?

Non :	52	66 %
Oui :	9	11 %
Pas de réponse :	18	23 %

Si oui quel type?

Solide :	3	33 %
Liquide :	6	67 %

Quelle est la principale source d'eau que vous utilisez pour votre enfant ?

Eau du robinet :	18	23 %
Eau en bouteille :	21	27 %
Eau de source :	33	42 %
Pas de réponse :	7	8 %

Pour les parents : Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois ?

Moins d'1 année :	54	68 %
Entre 1 an et 2 ans :	9	11 %
Plus que 2 ans :	12	15 %
Pas de réponse :	4	5 %

A votre dernière visite chez le dentiste, avez-vous nécessité des réparations ?

Non :	12	15 %
-------	----	------

Oui :	58	73 %
Pas de réponse :	9	12 %

Si oui quels traitements ?

Obturations :	25	43 %
Extractions :	9	16 %
Prothèse :	2	3 %
Nettoyage/examen :	22	38 %

Est-ce que les dents de l'enfant sont brossées ?

Non :	11	14 %
Oui :	63	80 %
Parfois :	5	6 %

Si oui par qui est fait le brossage ?

L'enfant :	3	5 %
Une autre personne :	35	56 %
L'un ou l'autre :	15	24 %
Pas de réponse:	10	16 %

Combien de fois par semaine les dents de votre enfant sont-elles brossées?

0 to 7 fois / semaine :	31	39 %
Moins qu'1 fois par jour :	1	1 %
Une fois par jour :	23	29 %
2 fois ou + par jour:	10	13 %
Pas de réponse:	14	18 %

L'enfant a-t-il déjà consulté le dentiste ?

Non :	70	89 %
Oui :	8	10 %
Pas de réponse :	1	1 %

Si oui pour quelle raison?

Routine :	2	25 %
Urgence :	2	25 %
Obturations :	1	12 %
Pas de réponse :	3	38 %

ANNEXE 3 : Classification de Pitts pour la carie

Critères spécifiques (Pitts)

CRITERIA FOR DIAGNOSING CARIES THROUGH THE FULL RANGE OF LESION DEVELOPMENT (THE "D1-D3"SCALE)

DIAGNOSIS THROUGH THE FULL RANGE OF CARIES (THE "D1-D3"SCALE):

Surface Sound. No evidence of treated or untreated clinical caries (slight staining allowed in an otherwise sound fissure).

D1. Initial Caries. No clinically detectable loss of substance. For pits and fissures, there may be significant staining, discoloration, or rough spots in the enamel that do not catch the explorer, but loss of substance cannot be positively diagnosed. For smooth surfaces, these may be white, opaque areas with loss of luster.

D2. Enamel Caries. Demonstrable loss of tooth substance in pits, fissures, or on smooth surfaces, but no softened floor or wall or undetermined enamel. The texture of the material within the cavity may be chalky or crumbly, but there is no evidence that cavitation has penetrated the dentin.

D3. Caries of dentin. Detectably softened floor, undermined enamel, or a softened wall, or the tooth has a temporary filling. On approximal surfaces, the explorer point must enter a lesion with certainty.

D4. Pulpal involvement. Deep cavity with probable pulpal involvement. Pulp should not be exposed. (Usually included with D3 in data analysis.)

ANNEXE 4 : Consultation dentaire avec la communauté en route vers les recommandations

The James Bay Cree

NEMASKA

From Bertie Wapachee

Get the Board of Directors to prioritize Dental Health by resolution and request to present this issue to the section 14 table ASAP. MSSSQ should put some funding for start-up costs. Negotiate with MSSSQ to bring in more dentists in the first 5 years to try and stabilise the situation and establish prevention campaigns.

From Brenda V. Jolly

Sell toothbrushes at the store
Educate parents
Show Kid Dental Disease

From Kristy Mettaweskum

I think it is very important to inform young mothers of how it is important not give young infants something sweet and to make sure they brush their child's teeth and a young age. It is also important not to give sweet drinks in the baby's bottle.

We have a dental health program where the students brush their teeth daily, sometimes it would be better for the students to brush their teeth at home because they should learn to brush right after they ate.

May be also some students or patients think because the students already brush their teeth at school, they don't need to brush their teeth at home any more.

Having your child learn to brush their teeth regularly is a parent's responsibility.

CHISASIBI

From Juliana Snowboy

More staff, expand dental clinics (bigger)

Dental personnel should be hired to give information on dental health.

Concentrate on prevention and awareness (such as prevention programs, information sessions developed for parents) rather than having these activities developed by the CHR's who are not part of the dental program.

Young parents be given more information on Baby Bottle Tooth Decay.
Dental Health should be made a priority and become part of every visit to the doctor.
Make more pamphlet distributed in the Community via Mail, Radio, Posters
1) simple ones (not too long, just enough info.)
2) More info. (Detailed and pictures)
Monthly programs on Radio
1) Inform people of seriousness of the problem
2) Sending to radio announce informations- facts- statistics.
Give info through prenatal classes.
Home visits for pregnant mothers at least 1 / month prior to delivery.
Inform mothers that pacifiers are better than bottles with milk at bedtime.
Inform parents that they should take turns in brushing children's teeth
Prevention programs within schools.
Give parents training cups? Instead of jojo bottle.
Sell toothbrush, toothpaste, etc. at lower prices.
Grocery store : Increase in veggies, fruits, replace junks food.
Promotion campaigns, radio, Nation special features on dentistry using quotes from the report along with more statistics again outline impact on the young generation and the community.
Social problems is a greater issue than dental disease.
Do presentations to local health and social Committees.

MISTISSINI

From population

Dental hygienists should be serving one community only.
Dental Hygienists should be consider to hold that position for at least 4-5 years.
Dental Assistants should be consider to hold that position since they are all natives assistant.
Dental assistant to work with Dental Hygienists.
To establish for working group to promote the problem in community.
Use radio for information, prevention.
Put pressure on the C.H.B. to established a larger dental clinic for larger communities.

ANNEXE 5: Bibliographie

1. Véronneau, Jacques. *La prévention de la carie de la petite enfance, Projet pilote Phase I*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du centre du Québec, septembre 2000, Rapport de 81 p.
2. Brodeur, J.M. *et al. Étude 1998-1999 sur la santé bucco-dentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans*. Collection 18 Analyses et surveillance, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2001, Rapport de 152 p
3. Alaluusua S. ; Malmivirta R. *Early plaque accumulation - a sign for caries risk in young children*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, n° 22, 1994, p. 273-276
4. Wyne, A. H. *Early Childhood Caries. A Review*, Indian J. Dent. Res., 1996, vol. 1, n° 5, p. 7-15
5. Edelstein, B. L. *The medical management of dental caries*, J Am Dent Assoc, January 1994, vol. 125, p. 31.S-39.S
6. Hausen H. *Caries prediction-state of the art*, Community Dentistry and Oral Epidemiology, vol. 25, n° 1, February 1997, p. 87-96.

ANNEXE 6: Questionnaire autour de la réalité dentaire clinique. Indicateurs de besoins

(Voir résumé de la compilation dans Annexe No 7)

A-Informations générales

1. Nom du village:
2. Population du village: Réf. Document # 1 (tableau de population démographie):
3. Nombre de chaises/salles d'op:
4. Salle d'attente (partagée/exclusive):
5. Appareil de radio (intra-oral/Panoramique/Céphalique):

B-Personnel / Ressources humaines

1. Nombre de dentistes (permanents) effectif:
2. Nombre d'hygiéniste dentaires effectif:
Clinique
Santé Publique
3. Nombre d'Assistants dentaires :
4. Nombre de Réceptionnistes, Commis:
- *5. Autres: (ex: Spécialistes)

C-Roulement clinique

1. Dentiste

a. Permanent:

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (eg: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

b. Remplaçant (résident):

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (eg: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

c. Endodontiste:

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (eg: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

d. Denturologiste:

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (eg: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

e. Chirurgien B.M.F.

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (eg: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

f. Orthodontiste:

Travail clinique _____ jours/année.
Travail administratif _____ hrs/sem.
Autre (ex: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

2. Hygiéniste

Travail clinique _____ jours/année
Travail Santé Publique _____ jours/année
Autre (ex: nombre de visites par année dans ce village)
Journées voyagées pour rendre au village _____ jours/an

3. Listes d'attente de patients (en mois/semaine/nombre de patients)

a. Avec Dentiste:

b. Avec Hygiéniste (pour traitement d'hygiène):

c. Spécialistes i. Endo:

ii. C.B.M.F.:

iii. Ortho:

iv. Prostho. Amov.

v. Anesth. Gen.

d. Autres Listes: (ex: Urgence/Antibiotiques)

D-Productivité des Ressources Actuelles: Dentistes, Hygiénistes, Assistantes, Réceptionnistes, Spécialistes Réf. document # 2 (Rapport annuel 99-00)

Profil des soins dispensés: Donner la moyenne de nombre d'heures minimum requises pour chaque patient /année selon les groupe d'âge suivant.

1. 2-10ans (considérant tx avec sédation, taux de caries est 5X la moyenne du reste de la province, patient a risque 80%, caries de biberon, difficulté. de comportement, etc.)
_____ hrs/annees

2. 11-20ans (Considérant dentition permanente, dent.op., rappels, spécialistes en ortho, etc.)

___hrs/annees

3. 21+ (considérant incidence de paro., d.o., spécialistes en C.B.M.F., endo, etc.)

___hrs/annees

4. Moyen (2ans et plus)

___hrs/années

E-Votre perceptions du besoin d'augmenter les ressources humaines

But: dispenser les services selon les normes trouvés dans d'autres régions du pays

(c.a.d.: listes d'attentes, accès aux services spécialisés, etc.)

1-Dentistes effectifs (minimum requis): ___ Hrs/sem

2-Hygiénistes effectifs (minimum requis) : Clinique:
Santé Publique:

3-Assistante (minimum):

4-Réceptionniste (minimum):

F- Votre perception du besoin d'augmenter les ressources mécaniques (équipements):

But: améliorer et augmenter le roulement clinique

1-Salle d'op: (Chaise , Instruments a main (kits complètes), lampes, chaise de dentistes et assistante, etc.)

2-Pièces a Mains:

3*-Equipement dépanneur: (ex.: Statim/autoclave, compresseur, Machine/ pompe salive, etc.)

4*-Autres:

ANNEXE 7 : Compilation des données : Autour de la réalité clinique dentaire, Indicateurs de besoins

The following table is the summary from a compilation of questionnaires distributed to each of the villages providing dental services to the population of Region 18

*: REFER TO DOCUMENT (Questionnaire Autour la Réalite Clinique Dentaire, Indicateur de Besoins)

Question↓ A-1. name	Chisasi bi	Mistissi ni	Waskag anish	Waswan ipi	Wemind ji	Whapm agoostui	Ouje- Bougou mou	Nemask a	Eastmai n	Total
A-2. Popultr	3821	3047	2278	1657	1352	789	657	642	623	14217
A-3. #operat	3	3	2	1	1	2	1	1	1	15
A-4. Salled'atP /E	P	P	E	P	P	E	P	P	P	
A-5 #radio.	5	3	2	1	1	1	1	1	1	16
B-1. #d.m.d	2	2	.70	.70	.70	.5	.30	.30	.30	7.5
B-2.* #hygien.	1 Hygienist for coastal villages and 1 Hygienist for inland villages									2
B-3. #assist	2	2	1	.75	.75	.50	.25	.20	.25	9.20
B-4. #recept.	1	.5								
B-5.* special	Oral maxillofacial Surgeon (4 visits total/year), Endodontist (2 visits for coastal communities/ year), Denturologist (3 visits in coastal communities/ year), Orthodontist (16 visits total/year)									
C-1.a. dmd trav clin jrs/annee	415	365	165	95	105	102	40	55	40	1382
trav adm hrs/sem	30	10	17	10	5	5	10	15	7	104
#visit/an	-	-	-	-	-	-	8	8	8	24
jrs voya	8	8	12	14	13	12	8	8	8	91
C-1.b. dmdrem trav clin jrs/annee	120	140	50	70	85	45	40	5	40	595
trav adm hrs/sem	5	5	3	2	2	2	2	3	2	26
#visit/an	6	7	4	3	4	4	2	2	1	33
jrs voya	12	14	8	6	8	8	4	4	2	66

Question↓ A-1. name	Chisasi bi	Mistissi ni	Waskag anish	Waswan ipi	Wemind ji	Whapm agoostui	Ouje- Bougou mou	Nemask a	Eastmai n	Total
C-1.c. Endo trav clin jrs/annee	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
trav adm hrs/sem	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
#visit/an	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
jrs voya	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
C-1.d. denturo trav clin jrs/annee	20	-	12	-	7	8	-	5	6	58
trav adm hrs/sem	4	-	6	-	4	2	-	3	4	23
#visit/an	3	-	3	-	3	3	-	3	3	18
jrs voya	6	-	6	-	6	6	-	6	6	36
C-1.e. OMFS trav clin jrs/annee	6	6	-	-	-	-	-	-	-	12
trav adm hrs/sem	2	2	-	-	-	-	-	-	-	4
#visit/an	2	2	-	-	-	-	-	-	-	4
jrs voya	4	4	-	-	-	-	-	-	-	8
C-1.f. ortho trav clin jrs/annee	32	32	-	-	-	-	-	-	-	64
trav adm hrs/sem	5	5	-	-	-	-	-	-	-	10
#visit/an	8	8	-	-	-	-	-	-	-	16
jrs voya	16	16	-	-	-	-	-	-	-	32
C-2. Hygien trav clin jrs/annee	50	50	5	1	1	7	1	1	1	117
trav adm hrs/sem	160	160	10	8	7	7	4	4	3	364
#visit/an	-	-	2	2	2	2	2	2	2	14
jrs voya	12	12	4	4	4	4	2	2	2	46

Question↓ A-1. name	Chisasi bi	Mistissi ni	Waskag anish	Waswan ipi	Wemind ji	Whapm agoostui	Ouje- Bougou mou	Nemask a	Eastmai n	Total
C-3.a. list atent dds mois	10	8	6	8	5	3	5	9	8	62
b. hyg moi	11	3	3	3	3	2	4	4	3	36
c.i Endo#pt	40	-	2	-	12	6	-	?	3	33
c.ii Omf#pt	22	40	3	5	6	10	5	2	4	97
c.iii Ortho#pt	18	35	4	16	16	32	10	1	1	133
c.iv Dentr#pt	20	3	11	1	5	8	1	2	4	55
c.v. a.g.#pt	4	15	10	2	8	15	1	6	5	61
d.* Autr#pt	Replacement List (total):218 Emergency /AntibioticList (total):121									
D-1. hrs/anee 2-10yrs	6-7	5	8	9	6	5	8	9	6	
D-2. 11-20yrs	5-6	5	12	9	7	5	8	13	7	
D-3. 21+	4-6	6	10	7	6	6	7	11	6	
D-4. moyen	6	5	10	8	6	6	7	11	6	Moyen 7.5
E-1. Perceptn #dmd	2.5	3	1.5	1	1	.75	.75	.66	.5	11.66
E-2 #hyg c/s.p.	1/1	1/1	.5/.5	1/.5	.5/.5	.25/.25	.25/.25	.25/.25	.25/.25	5/4.5
E-3. #assist	2	2	1.5	1	1	.75	.75	.66	.5	10.166
E-4. #recept	1.5	1	.5	1	1	.25	.25	.25	.25	6
F-1. Equip ↑#sal op	+1	+1	+1	+1	+1	0	0/+1	0/+1	0	+6
F-2. ↑Turbin	+2	+2	+2	+2	+2	+2	+1	+1	+2	+16
F-3.* Equip depanur	Compresseur/Suction, Lampe, Lampe a Polymerization, Ultrasonic/Prophyjet, Developpeur de Radio, Statim									
F-4.* Autre	Panoramic Radiograph, Quantec									
P/E: P=Partagee, Shared, E=Exclusive c/s.p: clinique/sante public										

ANNEXE 8: MSSSQ Questionnaire se rapportant aux services dentaires

A-General Information

1. Village:
2. Dentist:
3. Dental Assistant:
4. Receptionists:

B-Personnel

	Actual	Required for best efficiency
1. No. of dentists effectif:		
2. No. hygienists :		
Clinic	—	—
Pub. H.	—	—
3. No. of Assistants :	—	—
4. No. of Receptionists:	—	—
5. No. of CHRs:	—	—

Have or are you, in any way, involved in the training of the Community Health Representatives:

Have you or could you visit your community school to discuss prevention?

C-Patients:

1. Waiting Lists (in months / weeks / no. of patients)
 - a. For Operative Dentistry:
 - b. For Recalls / Sanative:
 - c. Endo:
 - d. Oral Surgery:
 - e. Ortho:
 - f. Removable Prostho.
 - g. General Anesth.
 - h. Fixed Prostho:
 - i. Other : (ex: Emergency/Antibiotics)

Missed or Cancelled Appointments (DNA):

1. What is the percentage of missed or cancelled appointments in your community?

2. Do you have a list of patients that can be reached at the last minute? If yes how do you reach these patients? Please send a copy of the list

D- Equipment:

If you have indicated a need to increase the number of operatories during the previous investigation, would there be enough space in the present clinic for such an increase?

Please list the equipment presently at your disposal:

1-Number of operatories: (Chair, Hand Instruments, curing lights, dentist and assistant, etc.)

2-Handpieces:

3-Large Equipment: (ex.: Statim/autoclave, compressor, Suction, etc.)

4-Other:

Suggestions:

**ANNEXE 9: Résumé des réponses au questionnaire du MSSSQ
Department of Dentistry (01-10-01)**

This document is presented to the C.P.D.P. of the C.B.H.S.S.J.B. for revision and recommendations to the Board of Administration. Furthermore, this information may be included in any resolutions by the board regarding the increase and improvement of dental services for the region.

The following table is the summary from a compilation of questionnaires distributed to each of the villages providing dental services to the population of Region 18

*: REFER TO DOCUMENT (MSSSQ Questionnaire regarding Dental Services)

Question↓ A-1. name	Chisasi bi	Mistissi ni	Waskag anish	Waswan ipi	Wemind ji	Whapm agoostui	Ouje- Bougou mou	Nemask a	Eastmain	Total
B-1. #d.m.d Actual/ Require	2/ 3	2/ 3	.70/ 1.0	.70/ 1.0	.70/ 1.0	.5/ 1.0	.30/ 1.0	.30/ 1.0	.30/ 1.0	7.5/ 15
B-2.* #hygien- clinic Actual/ Require	0.25/ 1.0	0.25/ 1.0	0.25/ 1.0	.04/ .50	.04/ .50	.04/ .50	.04/ .50	.04/ .50	.04/ .50	1.0/ 6
B-2.* #hygien- santepubA ctual/ Require	0.50/ 1.0	0.45/ 1.0	0.45/ 1.0	.10/ .50	.10/ .50	.10/ .50	.10/ .50	.10/ .50	.10/ .50	2.0/ 6
B-3. #assist Actual/ Require	2.0/ 4.0	2.0/ 4.0	1.0/ 1.5	.70/ 1.0	.70/ 1.0	.50/ 1.0	.30/ 1.0	.30/ 1.0	.30/ 1.0	7.8/ 15.5
B-4. #recept. Actual/ Require	1.0/ 2.0	0.5/ 1.5	0/ 1.0	0/ 1.0	0/ 1.0	0/ 1.0	0/ 1.0	0/ 1.0	0/ 1.0	1.5/ 10.5
C-1.a. list attent op/dent (mois)	10	7	12	9	10	9	12	12	12	10.5
b. hyg/ recalls (mois)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
c. Endo #pt:mois	40/ 10+9	45/ 7+3	10/ 12+9	2/ 9+2	5/ 10+9	6/ 9+9	2/ 12+2	4/ 12+9	7/ 12+9	131/ ~17

Question↓ A-1. name	Chisasi bi	Mistissi ni	Waskag anish	Waswan ipi	Wemind ji	Whapm agoostui	Ouje- Bougou mou	Nemask a	Eastmai n	Total/ Averag
d OMFS #pt:mois	22/ 9	40/ 9	8/ 9	5/ 9	4/ 9	8/ 9	5/ 9	2/ 9	4/ 9	98/ 9
e Ortho #pt:mois	18/ 10+8	35/ 7+12	3/ 12+8	9/ 9+12	6/ 10+8	18/ 9+8	6/ 12+12	1/ 12+12	1/ 12+12	97/ ~21
f Denturo#p t:mois	20/ 10+4	3/ 7+1	7/ 12+4	2/ 9+2	5/ 10+4	8/ 9+4	1/ 12+1	4/ 12+4	4/ 12+4	54/ ~12
g. G.A. #pt:mois	4/ 14	15/ 12	7/ 14	6/ 12	4/ 14	15/ 14	3/ 12	4/ 14	5/ 14	63/ ~13
i.* Autr#pt	Replacement List (total):378 Emergency /Antibiotic list (total):181									
Increase in # of opera tories	+2	+2	+1	+1	+2	+1	+1	+1	+1	+12
Addition of Hand pieces	+6	+6	+6	+4	+4	+4	+2	+2	+2	+36
Back-up Equip ment	Compressor/Suction, Overhead lamp, Polymerization light, Ultrasonic/Prophyjet, Radiograph Developer de Radio, Statim, Autoclave									
Need for Pano- cephalo radiogra	no	yes	yes	yes	yes	yes	no	yes	yes	+7
Require # of Desktop/ Laptop compute	2/ 5	2/ 5	2/ 3	2/ 2	2/ 2	2/ 2	1/ 2	1/ 2	1/ 2	15/ 25
The following are other suggestions that were proposed by the majority of the community dental clinics:										
1 - Waiting rooms with recent and applicable Audio-Visual material (ie. Television, VCR, Tapes, Cassettes, etc.)										
2 - Modern filing systems and cabinets										
3 - Dental Clinic Computer software (re: scheduling, pt filing, intraoral digital photography, and radiology)										
4 - Digital Cameras										
5 - Recurrent Budgets for Dental Staff Training Programs										
6 - Recurrent Budgets for Auxiliary staff during administration of sedative medication										
7 -Recurrent Budgets for Dental Specialists: Endodontist Pedodontist Periodontist										
8 - Facilities for Dental Treatment under General Anaesthesia										
9 - Recurrent Budget for High Technology equipment										
10 - Air Conditioning and Evacuation systems										
11 - Recurrent Budget or Alteration of existing "Entente" regarding: A: billing time for administrative activities/duties B: ability to work weekends if the dentists only occasionally visiting certain communities dentists										
12 - Recurrent budget for Residency Rotation Program.										

ANNEXE 10 : Comparaisons statistiques du département dentaire du CCSSSBJ : 2000-2001

**ANNEXE 11 : Comparaisons statistiques du Québec pour traitements dentaires (01-04-99
au 31-03-00, 01-04-00 au 31-03-01)**