

Patients ayant des besoins spéciaux : occupent-ils une place suffisante dans l'enseignement dentaire au Canada?

Carla M. Sherman, BSc, DDS; Ross D. Anderson, DDS, D Paed, MSc, FRCD(C)

Chez les personnes souffrant de déficiences intellectuelles, la prévalence des caries, de la maladie parodontale et de la mauvaise hygiène buccodentaire est supérieure à celle de la population en général^{1,2}. Tant au Canada qu'aux États-Unis, ces personnes forment également les groupes de patients dentaires le plus mal desservis^{3,4}.

Bien que des personnes souffrant de déficiences graves exigent sans doute des cliniques ou des services pour patients spéciaux, la plupart des personnes handicapées peuvent être traitées par un dentiste généraliste qui possède des connaissances et de l'expérience pour soigner des patients ayant des besoins spéciaux^{2,5}. Les dentistes pédiatriques reçoivent une formation approfondie en dentisterie axée sur les soins spéciaux, mais vu leur nombre restreint et la taille de la population ayant des besoins spéciaux, la majorité de ces patients obtient vraisemblablement des soins chez des dentistes généralistes⁶. Ce sont donc les programmes de 1^{er} cycle qui offrent le plus de formation dans ce domaine de la dentisterie axée sur les soins spéciaux⁶. Il importe que les dentistes généralistes et leur personnel soient bien entraînés pour traiter les cas spéciaux. Actuellement, aussi peu que 10 % des dentistes généralistes reçoivent des enfants qui sont atteints d'une infirmité motrice cérébrale ou d'une déficience mentale, ou dont la santé est fragilisée, ce qui accentue le manque de soins dentaires pour la population ayant des besoins spéciaux^{7,8}.

Une bonne part de la recherche sur les déficiences intellectuelles et l'accès aux soins de santé révèle plusieurs obstacles importants à l'accès^{2,9-11}. Les personnes ayant des besoins spéciaux évoquent le coût, la crainte et l'angoisse chez le dentiste, et le sentiment de ne pas avoir besoin de soins dentaires^{9,11}, alors que les dentistes mentionnent les problèmes associés à la perte de temps, le comportement imprévisible potentiel des patients, les fonds disponibles et le degré de formation^{6,7}. Parmi ces obstacles, celui qui peut être surmonté le plus pratiquement est la pénurie de dentistes possédant une formation adéquate^{3,12}. Les études révèlent une corrélation directe entre l'expérience acquise en cours de formation et la volonté de traiter les

cas spéciaux^{4,7,13,14}. Selon les dentistes praticiens, le manque de formation en gestion du comportement, en communication et en planification de traitement constitue le plus grand problème dans le traitement de ces cas¹⁵.

La Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) établit des exigences d'agrément pour tous les programmes d'éducation dentaire, à savoir l'assistance dentaire, l'hygiène dentaire et la formation dentaire des 1^{er} et 2^e cycles. Suivant la terminologie de la CADC, une exigence est obligatoire («*doit*») ou très souhaitable («*devrait*»). Dans ses exigences visant les programmes de formation dentaire de 1^{er} cycle, la CADC est d'avis que les diplômés *devraient* «avoir des expériences dans la gestion des patients médicalement compromis et des patients avec des handicaps»¹⁶. Les attentes pour les programmes de formation de 2^e cycle varient des connaissances offertes dans le cadre des cours didactiques (p. ex., des connaissances en parodontie) à une compétence clinique exigée pour le traitement des cas spéciaux (p. ex., la dentisterie pédiatrique). En général, une expérience clinique touchant la gestion des patients dont la santé est fragilisée, y compris ceux souffrant de déficiences intellectuelles, n'est pas une exigence pour la plupart des programmes de formation dentaire du Canada. (Pour un débat sur les nuances de la terminologie utilisée pour les normes d'agrément visant les facultés de médecine dentaire, voir l'article du Dr Waldman¹⁷.)

Au cours des 26 dernières années, des chercheurs ont étudié les cours de 1^{er} cycle des facultés de médecine dentaire américaines et canadiennes et, plus particulièrement, la quantité d'expériences didactiques et cliniques offertes aux étudiants dans l'enseignement relatif aux besoins spéciaux^{4,18,19}. Plus récemment, les facultés de médecine dentaire des Antilles et de l'Amérique latine ont fait l'objet d'une étude sur le même sujet²⁰. Ces études ont abouti à des conclusions similaires : au chapitre des besoins spéciaux, les programmes de formation dentaire varient considérablement, et une plus grande importance devrait être accordée aux besoins spéciaux dans les cours de 1^{er} cycle en médecine dentaire.

Citez cet article
comme suit :
J Can Dent Assoc
2010;76:a11_f

Encadré 1 Précisions au sujet du sondage

- Le sondage a été revu par des enseignants en médecine dentaire de l'Université Dalhousie, et le Bureau de déontologie du Comité sur le développement de la recherche de la Faculté de médecine dentaire l'a déclaré conforme à l'éthique.
- Un questionnaire a été adressé à tous les programmes de formation en assistance dentaire (27), en hygiène dentaire (50), en médecine dentaire de 1^{er} (10) et 2^e cycles (23) au Canada.
- Ont rempli et retourné le questionnaire 4 des écoles d'assistance dentaire (15 %), 14 des écoles d'hygiène dentaire (28 %), toutes les facultés de médecine dentaire pour le programme de formation de 1^{er} cycle (100 %) et 6 d'entre elles pour celui de 2^e cycle (26 %).
- Un suivi par téléphone a eu lieu quand des éclaircissements étaient nécessaires.
- Chacun des questionnaires a été numéroté afin de pouvoir les retracer. Les données ont été tenues confidentielles et révisées en fonction de l'ensemble des questionnaires reçus.
- Les données ont été recueillies et inscrites dans le logiciel Microsoft Excel 2003. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives de base.

L'objet de notre étude était de préparer et de mener un sondage auprès des établissements d'enseignement dentaire du Canada afin d'évaluer l'enseignement didactique et clinique que les étudiants inscrits à leurs programmes de formation reçoivent dans le domaine des besoins spéciaux, ainsi que le rôle des directives et des exigences de la CADC visant ces programmes relativement aux personnes ayant des besoins spéciaux.

Le sondage

Le sondage a été conçu à l'intention des écoles d'hygiène dentaire, des écoles d'assistance dentaire et des facultés de médecine dentaire offrant des programmes de formation de 1^{er} et 2^e cycles (**encadré 1**).

Aux fins de notre étude, les patients ayant des besoins spéciaux – ou cas spéciaux – ont été définis comme des personnes souffrant d'une déficience intellectuelle ou d'une débilité mentale. La définition d'une débilité mentale utilisée était celle du

*Diagnostic and Statistical Manual*²¹. Parmi les cas spéciaux, mentionnons les patients atteints du syndrome de Down, d'une infirmité motrice cérébrale accompagnée d'une débilité mentale, d'autisme et d'autres déficiences intellectuelles congénitales ou acquises. Cette définition *ne comprenait pas* les patients gériatriques en fonction de leur âge uniquement, les personnes qui sont strictement handicapées physiquement, celles qui souffrent d'une maladie chronique comme la maladie du cœur ou l'asthme, et celles qui éprouvent des phobies.

Le sondage comprenait des questions portant sur l'enseignement didactique, la formation clinique, le(s) département(s) enseignant des matières reliées aux cas spéciaux, des aspects des soins axés sur les besoins spéciaux, l'enseignement obligatoire comparativement à l'enseignement facultatif, l'observation comparativement au traitement, l'évaluation des compétences des étudiants, la compétence perçue des étudiants et les directives de la CADC visant les programmes de formation.

Principaux résultats du sondage... en chiffres

Nous donnons ici les résultats du sondage envoyé aux programmes de formation de 1^{er} cycle, le taux de réponse de 100 % obtenu parmi ces programmes ayant produit les meilleures données statistiques descriptives.

Dans 70 % des programmes de formation de 1^{er} cycle, les cours portant sur les cas spéciaux sont donnés par des enseignants du département ou de la division de la dentisterie pédiatrique, avec ou sans l'aide d'une autre division ou département (dentisterie pédiatrique, 30 %; dentisterie pédiatrique avec un autre département, 40 %; divers autres départements, 20 %; aucun département, 10 %). Dans les programmes de formation, le nombre d'heures en enseignement didactique allouées à la dentisterie axée sur les besoins spéciaux varie de 0 à 18 (**tableau 1**). Parmi ceux qui en allouent, les sujets abordés comprennent les aspects psychosociaux des patients constituant des cas spéciaux, l'étiologie et la gestion générale des patients ayant des besoins spéciaux, la gestion dentaire, la gestion du comportement et la dentisterie préventive.

Le nombre d'heures que les étudiants passent dans des stages obligatoires à observer des patients est, en moyenne, 13,6 heures, variant de 0 à 75 heures (**tableau 1**). Et le nombre d'heures qu'ils passent dans des stages obligatoires à traiter des patients varie également de 0 à 75 heures pour une moyenne de 13,3 heures (**tableau 1**).

Dans 60 % des programmes de formation de 1^{er} cycle, les facultés offrent au choix un stage en

Tableau 1 Cours de soins axés sur les besoins spéciaux offerts dans les programmes de formation de 1^{er} cycle

	Facultés									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Temps d'enseignement didactique pour les cours de soins spéciaux (nombre d'heures)	0	0	0	18	0	6	4	10	12	0
Stage obligatoire pour observer le traitement des PBS (nombre d'heures)	0	0	0	8	0	75	15	0	37.5	0
Stage obligatoire pour traiter des PBS (nombre d'heures)	0	0	0	37.5	20	75	0	0	0	0
Stage facultatif offert pour observer le traitement des PBS et les traiter (nombre d'heures)	0	0	8	37.5	300	15	0	37.5	105	0
Étudiants admissibles à un stage facultatif pour observer et traiter des PBS (%)	0	0	0	75	30	4.7	5.7	10	4.4	0

PBS = personnes ayant des besoins spéciaux.

dentisterie pédiatrique ou dans une autre discipline où les étudiants observent et/ou traitent des cas spéciaux. Parmi ces programmes offrant ce choix, le nombre moyen d'étudiants admissibles à participer est 21 et le nombre d'heures allouées varie de 8 à 300 heures (**tableau 1**).

Suivant la définition d'une déficience mentale adoptée pour le sondage, nous avons demandé aux répondants de commenter le degré de gravité de la déficience mentale des patients traités par des étudiants de 1^{er} cycle pendant leur formation clinique. Selon 50 % des répondants, les étudiants peuvent rencontrer des patients souffrant légèrement d'une déficience mentale et, selon 20 %, ils peuvent avoir affaire à des patients souffrant moyennement d'une déficience mentale. Pour une déficience mentale profonde ou grave, le taux de réponse est de 10 % dans chacun des cas. De l'avis de 10 % des répondants, les étudiants ne sont pas disposés à rencontrer de tels patients.

Parmi les répondants, 90 % sont d'avis que des cours didactiques et cliniques en dentisterie axée sur les besoins spéciaux devraient être donnés au 1^{er} cycle. Et suivant le même pourcentage de répondants, la CADC devrait conserver dans ces énoncés le mot «*devrait*» plutôt que le mot «*doit*» relativement aux expériences des étudiants touchant la gestion des spéciaux.

Profil des programmes de formation dentaire de 1^{er} cycle

Les résultats de notre étude sont similaires à ceux d'études précédentes qui laissent entendre que l'enseignement clinique et didactique dans les programmes de formation dentaire est minime quant aux heures de cours allouées à l'enseignement relatif aux cas spéciaux^{4,12,18-20}.

Une majorité de facultés de médecine dentaire du Canada n'offrent pas au 1^{er} cycle des cours portant spécifiquement sur le soin des personnes ayant des besoins spéciaux; cet enseignement est plutôt intégré dans d'autres cours. Selon un répondant, cet enseignement est «verticalement et horizontalement intégré», les cas spéciaux étant abordés dans de multiples disciplines (intégration horizontale) ainsi que dans les sciences fondamentales et appliquées ou dans l'enseignement clinique (intégration verticale).

Selon les recherches sur les pratiques pédagogiques, ce format pour présenter du matériel de cours aux étudiants peut entraîner un nombre de connaissances qui croît régulièrement dans toutes les disciplines au lieu de présenter chacun des sujets séparément et isolément²². Ainsi, le manque apparent d'heures dans les cours didactiques et cliniques allouées spécifiquement aux cas spéciaux et la difficulté de certains répondants à déterminer nettement le nombre exact d'heures ne signifient sans doute pas nécessairement que cet enseignement

fait défaut, mais plutôt qu'il est intégré ou mêlé dans divers cours.

Les répondants ont expliqué de plusieurs façons les limites des cours de médecine dentaire touchant le nombre d'expériences éducatives qu'ils peuvent offrir aux étudiants dans le domaine des soins dentaires spécialisés. En particulier, le curriculum est déjà très abondant. De même, l'accent est mis sur l'apprentissage des compétences de base; selon les répondants, ajouter d'autres compétences ayant trait à des populations de patients spécifiques serait sans doute excessif, et ces compétences devraient être apprises après avoir obtenu plus d'expérience et une formation additionnelle.

Malgré une gamme variée d'expériences et d'enseignements directs auxquels les étudiants sont exposés pendant leur formation dentaire, les enseignants de chacune des institutions de 1^{er} cycle se sont empressés d'affirmer que la majorité de leurs étudiants seraient compétents pour traiter des cas spéciaux. Plusieurs répondants ont mentionné le transfert de connaissances – apprendre des compétences dans un domaine (telle la pédiatrie) et les appliquer dans un autre similaire (telle la prestation des soins dans des cas spéciaux) – pour justifier la confiance qu'ils ont dans la capacité de leurs étudiants à traiter ces cas.

Conformément aux exigences de la CADC, la majorité des répondants ont convenu que les étudiants *devraient* recevoir des connaissances didactiques et cliniques touchant les personnes ayant des besoins spéciaux. La plupart sont également d'accord avec l'énoncé de la CADC, à savoir que des expériences dans ce domaine sont grandement souhaitables pour les étudiants, mais ne devraient pas être obligatoires. Pour être plus précis, les répondants ont déclaré qu'un enseignement obligatoire dans ce domaine «ne serait pas possible, étant donné le nombre restreint de patients ayant des besoins spéciaux», et que, bien que «n'étant pas exclus de la clinique, les patients ayant des besoins spéciaux ne cherchent pas nécessairement à se faire soigner dans la clinique d'une faculté de médecine dentaire, vu le temps et les efforts supplémentaires exigés pour en être un patient». Ainsi, une incapacité à garantir un bassin suffisant de patients peut être également une raison pour laquelle les cours ne peuvent pas être modifiés et qu'on ne peut promettre aux étudiants un nombre précis d'heures au cours desquelles ils seraient exposés à cette population pendant leur formation dentaire. Certaines facultés peuvent essayer de compenser en offrant un stage obligatoire ou facultatif grâce à leur affiliation à des hôpitaux universitaires où des personnes ayant des besoins spéciaux peuvent demander à se faire soigner.

La nécessité d'un aperçu plus complet de la situation

Cette étude a été entreprise dans le but de comprendre davantage la situation d'ensemble touchant les soins requis pour traiter, dans le milieu dentaire, les cas spéciaux. Comme tout membre de l'équipe dentaire peut être appelé à intervenir dans la prestation des soins à des patients ayant des besoins spéciaux, nous avons jugé approprié d'inclure tous les niveaux de formation dentaire dans notre sondage sur les cours offerts par les programmes de formation.

En raison du faible taux de réponse de la part de la majorité des programmes de formation dentaire, peu ou pas de données ne sont ressorties du sondage auprès des programmes de formation en assistance dentaire, en hygiène dentaire et en médecine dentaire de 2^e cycle. Ce faible taux de réponse est sans doute le signe de failles dans la façon dont l'étude a été conçue. Il peut également être un reflet du manque d'intérêt de la part de certains programmes de formation à vouloir révéler la part réservée à l'enseignement des besoins spéciaux.

Les études à venir pourront encore être améliorées en incluant les programmes de résidence et d'internat en pratique générale. Il se peut que ces programmes offrent une formation avancée en gestion des cas spéciaux qui n'a pas été prise en compte dans notre sondage et qui peut expliquer les observations faites par Loeppky et Sigal sur l'accès aux soins par les personnes ayant des besoins spéciaux⁶.

Il serait utile de savoir comment le personnel perçoit les compétences et les attitudes des étudiants ainsi que les obstacles à la prestation des soins, et d'obtenir des données plus claires sur les populations de patients traités dans les facultés de médecine dentaire.

Conclusion

Notre étude avait comme hypothèse fondamentale que la formation entraîne une volonté accrue, de la part des dentistes, de traiter des personnes ayant des besoins spéciaux. Certains critiques affirment qu'en offrant des programmes d'éducation, on sensibilise les étudiants sans toutefois accroître le nombre de diplômés qui traiteront des patients handicapés intellectuellement²³. Les sondages auprès des dentistes laissent entendre autrement, puisque ceux-ci demandent une formation pour compenser leur déficience en dentisterie axée sur les soins spéciaux^{7,15}. Bref, plus de recherches sont nécessaires dans ce domaine. ✦

LES AUTEURS



La Dre Sherman, une diplômée de l'Université Dalhousie, complète actuellement sa résidence en pratique générale à l'Université de Western Ontario, à London (Ontario).



Le Dr Anderson est chef de la dentisterie au Centre de soins de santé IWK, et professeur adjoint et chef de la Division de la dentisterie pédiatrique, Université Dalhousie à Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : ross.anderson@iwk.nshealth.ca

Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier les Drs H. Dymont, J. MacLellan et T. Boran pour leurs contributions à cette étude spéciale.

Écrire au : Dr Ross D. Anderson, C.P. Boîte 9700, 5850/5980, av. University Halifax (N.-É.) B3K 6R8.

Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues et politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Cet article a été révisé par des pairs.

Références

1. Pieper K, Dirks B, Kessler P. Caries, oral hygiene and periodontal disease in handicapped adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986;14(1):28-30.
2. Stiefel DJ, Truelove EL, Mandel LS. Treatment needs and care delivery in a graduate training program of dentistry for the disabled. *Spec Care Dentist.* 1984;4(5):219-25.
3. Barnett ML, Ziring P, Friedman D, Sonnenberg EM. Dental treatment program for patients with mental retardation. *Ment Retard.* 1988;26(5):310-3.
4. Campbell JT, McCaslin FC. Evaluation of a dental training program for care of the handicapped. *Spec Care Dentist.* 1983;3(3):100, 102-7.
5. National Conference on Dental Care for Handicapped Americans, October 4-5, 1979, Washington, D.C. *J Dent Educ.* 1980;44(3):125-57.
6. Loeppky WP, Sigal MJ. Les cabinets dentaires en Ontario et les personnes ayant besoin de soins de santé particuliers. *J Can Dent Assoc.* 2006;72(10):915. Disponible à : www.cda-adc.ca/jadc/vol-72/issue-10/915.html.
7. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ.* 2004;68(1):23-8.
8. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics.* 2000;105(4 Pt 1):760-6.
9. Koneru A, Sigal MJ. L'accès aux soins dentaires chez les personnes ayant une déficience développementale en Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(2):121. Disponible à : www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-2/121.html.
10. Mouradian WE, Corbin SB. Addressing health disparities through dental-medical collaborations, part II. Cross-cutting themes in the care of special populations. *J Dent Educ.* 2003;67(12):1320-6.
11. Gordon SM, Dionne RA, Snyder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist.* 1998;18(2):88-92.
12. Fenton SJ. 1993 survey of training in the treatment of persons with disabilities. *InterFace.* 1993;9:1,4.
13. Block MJ, Walken JW. Effect of an extramural program on student attitudes toward dental care for the mentally retarded. *J Dent Educ.* 1980;44(3):158-61.
14. Kinne RD, Stiefel DJ. Assessment of student attitudes and confidence in a program of dental education in care of the disabled. *J Dent Educ.* 1979;43(5):271-5.
15. Soto Rojas AE, Cushing A. Assessment of the need for education and/or training in the dental care of people with handicaps. *Community Dent Health.* 1992;9(2):165-70.
16. *Les exigences d'agrément: doctorat en chirurgie dentaire (DDS) ou doctorat en médecine dentaire (DMD).* Ottawa: Commission de l'agrément dentaire du Canada; Mis à jour le 30 novembre 2006. Disponible à : www.cda-adc.ca/cdacweb/_files/dds_dmd_2006_fr.pdf (accédé le 21 janv. 2010).
17. Waldman HB, Perlman SP. Les nuances de la terminologie des normes et la prestation de soins aux personnes ayant des besoins particuliers. *J Can Dent Assoc.* 2010;76:a7_f.
18. Romer M, Dougherty N, Amores-Lafleur E. Predoctoral education in special care dentistry: paving the way to better access? *ASDC J Dent Child.* 1999;66(2):132-5, 85.
19. Wright GZ, Friedman CS. Dentistry for the handicapped: a survey of predoctoral teaching programs. *Spec Care Dentist.* 1987;7(2):62-4.
20. Smitley MG, Waldman HB, Perlman SP, Ocanto RA. Latin American and Caribbean dental schools: teaching about special needs. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;25(4):322-7.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC. 2000. p. 41-9.
22. van Diest R, van Dalen J, Bak M, Schruers K, van der Vleuten C, Muijtjens A, et al. Growth of knowledge in psychiatry and behavioural sciences in a problem-based learning curriculum. *Med Educ.* 2004;38(12):1295-301.
23. Casamassimo PS. The great educational experiment: has it worked? *Spec Care Dentist.* 1983;3(3):101-6.