

**DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE**

Évaluation de l'implantation
du programme québécois de
brossage des dents en
Montérégie

Québec 

Auteures

Ineza-Sine, Roberta, agente de planification, de programmation et de recherche, Secteur Planification, évaluation et surveillance, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS Montérégie-Centre

Andjembe Elobo, Marcelle, agente de planification, de programmation et de recherche, Secteur Planification, évaluation et surveillance, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS Montérégie-Centre

Mise en page et révision linguistique

Toupin, Annie, agente administrative, Secteur Planification, évaluation et surveillance, DSP de la Montérégie, CISSS Montérégie-Centre

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de la Direction de santé publique – <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/dspu/>.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

Bibliothèque et Archives Canada, 2025

ISBN ou ISSN : No (version imprimée)

ISBN ou ISSN : No (PDF)



Reproduction ou téléchargement autorisé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales avec mention de la source : Ineza-Sine, R. et Andjembe Elobo, M. (2025). Évaluation de l'implantation du programme québécois de brossage des dents en Montérégie, Longueuil, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 40 p.

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, 2025

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3

Téléphone : 450 928-6777 ▪ Télécopieur : 450 679-6443

Table des matières

Liste des abréviations, sigles et des acronymes	5
1. Introduction	6
1.1 Description du programme	6
1.2 Objectifs du programme	6
2. Stratégie de l'évaluation	7
2.1 Objectifs de l'évaluation	7
3. Cadre de l'évaluation.....	7
3.1 Choix du type d'évaluation	7
3.2 Évaluation normative	7
3.3 Questions d'évaluation	8
4. Méthodologie	8
4.1 Approches d'évaluation	8
4.2 Populations à l'étude	9
4.3 Variables et indicateurs	9
4.4 Méthodes de collecte et sources de données	9
4.5 Collecte et analyse des données	10
4.6 Biais possibles de l'étude.....	10
5. Constats.....	11
5.1 Planification du déploiement.....	11
5.1.1 Choix des publics cibles (maternelles 4 et 5 ans, SGÉE).....	11
5.1.2 Planification des ressources	12
5.1.3 Facteurs liés aux ressources exerçant une influence sur le déploiement.....	13
5.2 Actualisation du programme	15
5.2.1 Contexte.....	15
5.2.2 Mécanismes de collaboration entre les parties prenantes	16
5.2.3 Adoption du programme.....	18
5.2.4 Mécanismes de soutien	20
5.2.5 Facteurs liés aux mécanismes de soutien de l'équipe régionale.....	21
5.3 Résultats des analyses qualitative et quantitative	23
5.3.1 Mobilisation des milieux (écoles et centres de la petite enfance)	23

5.3.2	Facteurs liés à la mobilisation	23
5.3.3	Participation au programme	25
5.3.4	Refus à l'adhésion du programme	26
5.3.5	Activité de brossage.....	27
5.3.6	Facteurs liés au brossage	29
5.3.7	Formations des enseignants et des éducatrices.....	30
5.4	Adaptations.....	30
5.4.1	Approche de proximité.....	30
5.4.2	Flexibilité dans l'implantation	30
5.4.3	Milieux champions	31
5.4.4	Focalisation sur les centres de la petite enfance et les milieux familiaux	31
5.4.5	Approvisionnement du matériel.....	31
5.4.6	Sondage auprès des écoles	31
6.	Discussion	31
7.	Recommandations.....	34
8.	Limites de l'étude évaluative	36
9.	Conclusion.....	37
10.	Références	39

Liste des abréviations, sigles et des acronymes

AÉS	Approche École en santé
AGNSI	Association des garderies non subventionnées en installation
AGPQ	Association des garderies privées du Québec
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CPE	Centre de la petite enfance
CISSS	Centre intégré de services de santé et des services sociaux
CISSSMC	Centre intégré de services de santé et des services sociaux de la Montérégie-Centre
CISSSME	Centre intégré de services de santé et des services sociaux de la Montérégie-Est
CISSSMO	Centre intégré de services de santé et des services sociaux de la Montérégie-Ouest
COVID-19	Coronavirus disease 19
CRLIJ	Comité du réseau local intégré jeunesse
CSS	Centre de services scolaires
DEJ	Développement des enfants et des jeunes
DSPu	Direction de santé publique de la Montérégie
HD	Hygiéniste dentaire
IP	Intervenant pivot
ISS	Inégalités sociales de santé
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MEC	Municipalités et communautés
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PNSP	Programme national de santé publique
PQBSDF	Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCPEM	Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie
RLS	Réseau local de santé
RTS	Réseau territorial de santé
SGÉE	Services de garde éducatif à l'enfance

1. Introduction

La carie dentaire est un enjeu important de santé publique dont les répercussions peuvent s'avérer négatives sur le développement physique, social et cognitif de l'enfant. Il s'agit cependant d'une maladie évitable si on commence à la prévenir tôt. Le brossage des dents avec un dentifrice fluoré au moins 2^e fois par jour est reconnu comme l'une des mesures préventives les plus efficaces contre la carie dentaire, et ce, dès l'apparition de la première dent. Toutefois, on estime que de 40 à 70 % des enfants de moins de 5 ans ne se brossent pas les dents 2 fois/jour (ISQ 2009). Dès l'âge de 7 ans, plus de la moitié des enfants sont touchés par la carie dentaire. Ainsi, la moitié des enfants de 2^e année du primaire ont une expérience de carie irréversible et aucune amélioration significative de leur santé dentaire n'a été constatée depuis 25 ans (Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire, cadre de référence à l'intention des gestionnaires et des intervenants de santé dentaire publique). Par ailleurs, au Québec, quelque 5 700 enfants de 0 à 5 ans subissent annuellement des traitements pour la carie impliquant une anesthésie générale pour des coûts estimés à 100 millions de dollars (Régie de l'assurance maladie du Québec).

1.1 Description du programme

Le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré vise à aider les éducatrices en services éducatifs à l'enfance (SGÉE) et les enseignantes de maternelle à l'école primaire, principalement soutenus par des hygiénistes dentaires, à déployer l'activité de brossage supervisé des dents en groupe avec un dentifrice fluoré. Le rôle des hygiénistes dentaires consiste à mobiliser, former et accompagner les éducatrices des SGÉE et les enseignantes de maternelle pour que celles-ci soient en mesure de réaliser le programme, c'est-à-dire essentiellement de préparer des doses de dentifrice fluoré, distribuer les brosses à dents aux enfants, superviser le brossage de dents pour ensuite s'assurer que les brosses à dents soient rincées et rangées de façon sécuritaire.

1.2 Objectifs du programme

Les objectifs généraux du programme sont :

- D'offrir le brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré à tous les enfants qui fréquentent les centres de la petite enfance, les garderies subventionnées; les services de garde en milieu familial reconnus et les écoles primaires publiques et privées, de la maternelle 4 et 5 ans;
- De soutenir, dès la petite enfance, l'habitude du brossage des dents avec un dentifrice fluoré chez les enfants québécois;
- De favoriser un apport optimal de fluorure dès la petite enfance;
- De réduire les inégalités sociales liées à la carie dentaire.

2. Stratégie de l'évaluation

2.1 Objectifs de l'évaluation

Cette évaluation vise à apprécier l'implantation du Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré dans les classes de maternelle 4 et 5 ans des écoles primaires et les centres de la petite enfance de la Montérégie. L'objectif principal est de déterminer si le programme est implanté comme prévu afin d'atteindre les résultats escomptés. Dans cette perspective, plusieurs objectifs spécifiques sont poursuivis :

1. Décrire le modèle implanté du programme en termes de structure, processus et résultats attendus.
2. Décrire les écarts entre le programme prévu et le projet implanté.
3. Décrire les facteurs (facilitants et contraignants) ayant un impact sur l'implantation du programme.

3. Cadre de l'évaluation

3.1 Choix du type d'évaluation

Le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en Montérégie étant dans sa phase d'implantation, il paraît opportun de procéder à une évaluation normative qui permet d'apprécier dans quelle mesure les services déployés correspondent aux critères et normes déterminés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux une part et les responsables du déploiement du programme d'autre part. Cette étude permet d'examiner particulièrement les perceptions des différents acteurs impliqués dans le déploiement tout en tenant compte de leurs rôles et responsabilités dans le programme.

3.2 Évaluation normative

Selon Brousselle et coll. (2011), l'évaluation normative consiste à porter un jugement sur une intervention en comparant les ressources mises en œuvre et leur organisation (structure), les services ou les biens produits (processus), et les résultats obtenus à des critères et à des normes.

L'évaluation normative permet d'apprécier les facteurs suivants :

- La structure de l'intervention, c'est-à-dire les ressources mises en œuvre (nature, quantité, qualité, organisation), les coûts de réalisation ainsi que les écarts entre les ressources mobilisées par rapport aux ressources prévues. En d'autres termes, il s'agit de savoir dans quelle mesure les ressources déployées permettent d'atteindre les résultats escomptés.

- Le processus et la qualité des services et des activités mis en œuvre en considérant l'organisation de l'offre de service, la couverture de la population ciblée ainsi que les écarts entre les services ou les activités réellement produites par rapport à ce qui était prévu. Il s'agit ici d'évaluer dans quelle mesure les services permettent d'atteindre les résultats escomptés.
- L'atteinte des objectifs du programme en comparant les résultats observés aux résultats attendus. Cette étape consiste à se demander si les résultats observés correspondent aux objectifs visés initialement par le programme.

3.3 Questions d'évaluation

Plus spécifiquement, l'étude évaluative cherche à répondre aux questions suivantes :

1. De quelle façon le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré a-t-il été implanté dans les écoles primaires et les centres de la petite enfance? Les interventions ont-elles été mises en œuvre comme prévu, en concordance avec les objectifs? Quels sont les facteurs facilitants ou les obstacles à son implantation? (Questions sur la structure et le processus.)
2. Le programme rejoint-il les clientèles visées (Maternelles 4 et 5 ans et enfants fréquentant les centres de la petite enfance)? (Question sur le processus.)
3. Les activités réalisées correspondent-elles aux activités prévues initialement? (Question qui concerne fondamentalement le processus, mais aussi, indirectement la structure et les résultats.)
4. Le programme a-t-il été réalisé au coût prévu?
5. Le programme a-t-il eu les résultats escomptés? (Question qui concerne fondamentalement les résultats.)

4. Méthodologie

4.1 Approches d'évaluation

La littérature distingue généralement l'évaluation à portée formative de l'évaluation sommative. La première est réalisée durant l'exécution du programme afin de fournir aux gestionnaires (et autres parties prenantes) des renseignements nécessaires à l'amélioration du programme. La seconde est effectuée lorsque le programme est en place depuis assez longtemps pour permettre de porter un jugement sur son utilité ou son mérite (efficacité). Puisque le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré constitue une nouvelle réalité en Montérégie, l'approche formative semble la plus appropriée. L'évaluation en cours est également participative dans la mesure où toutes les étapes de la démarche évaluative ont été déterminées et réalisées avec la collaboration des différentes parties prenantes. Cependant, l'approche participative est également mise à profit dans l'ensemble des activités ayant mené à l'élaboration de l'évaluation. Le travail collaboratif de l'équipe d'évaluation d'une part

avec les dentistes-conseils et d'autre part avec les gestionnaires des trois CISSS a d'ailleurs facilité les échanges et la rétroaction quant aux différents produits.

4.2 Populations à l'étude

Les populations visées par la présente étude se déclinent comme suit :

- Cheffes de service régional Promotion et prévention des équipes Développement des enfants et des jeunes (DEJ) et Municipalités et communautés (MEC)
- Chef.fe.s de programmes locaux responsable des activités de santé dentaire
- Dentistes-conseils
- Hygiénistes dentaires
- Directeurs des écoles
- Enseignants des classes de maternelle 4 et 5 ans
- Élèves des classes de maternelle 4 et 5 ans
- Responsables des CPE
- Éducatrices des CPE
- Enfants fréquentant les CPE

4.3 Variables et indicateurs

Les indicateurs retenus sont liés à la structure du programme, aux processus, aux résultats attendus ainsi qu'aux facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre. La liste détaillée est présentée dans le devis (voir annexe 1).

4.4 Méthodes de collecte et sources de données

Pour documenter le déploiement du programme, des entrevues semi-structurées individuelles, des groupes de discussion et des sondages ont été réalisés entre avril et décembre 2024. Les différentes activités se déclinent comme suit :

- **Entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès des dentistes-conseils (n=2)**

L'équipe d'évaluation a mené deux entrevues avec chaque dentiste-conseil (voir annexe 2). Ces entrevues ont permis d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la mise en œuvre du programme, qu'ils soient liés à l'organisation, aux intervenants (notamment les hygiénistes dentaires) ou au partenariat avec les milieux concernés (à savoir les écoles primaires et les services de garde).

- **Entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès des gestionnaires du programme (n=3)**

Les trois gestionnaires chargés de la mise en œuvre du programme de brossage au niveau local ont chacun pris part à une entrevue individuelle (voir annexe 3). Ces

entrevues ont permis de documenter les écarts entre le programme prévu et le programme déployé; d'identifier les facteurs facilitants et contraignants ayant un impact sur l'implantation du programme et recueillir les suggestions d'amélioration.

- **Groupe de discussion des hygiénistes dentaires (n=29)**

Au total, 29 hygiénistes dentaires réparties en quatre groupes ont participé aux discussions (voir annexe 4. Ces discussions ont permis d'apprécier dans quelle mesure les activités de déploiement du programme, qui couvrent divers axes tels que la structure, le processus et les résultats, ont été réalisées. Elles ont également permis de prendre en compte l'opinion des hygiénistes dentaires sur les facteurs facilitants et contraignants d'un tel projet d'intervention.

- **Sondage auprès des enseignants et des éducatrices (n=3 et n=14)**

Un sondage de satisfaction a été administré aux enseignants et éducatrices via la plateforme Simple sondage en novembre 2024. Au total, 3 enseignants et 14 éducatrices ont complété ce sondage. Ceci a permis de documenter dans une certaine mesure le niveau de satisfaction des participants avec le programme de brossage, principalement sur la réalisation de l'activité, les formations suivies, le processus de communication ainsi que le soutien et l'accompagnement.

- **Grilles de suivi régionales**

Les grilles de suivi régionales ont permis d'apprécier les résultats des écoles et les centres de la petite enfance contactés sur la base des données qualitatives et quantitatives collectées au cours des années scolaires 2022-2023 et 2023-2024. Seuls les milieux ayant fait l'objet d'un suivi post-implantation ont été pris en compte pour l'analyse.

4.5 Collecte et analyse des données

L'équipe d'évaluation a successivement mené les entrevues individuelles et les groupes de discussion via l'application Teams, en s'appuyant sur un questionnaire adapté aux participants. La durée moyenne des entrevues et des discussions était de 90 minutes. Afin de faciliter l'analyse, toutes les rencontres ont été enregistrées. Les données qualitatives recueillies ont été intégralement transcrites. Une analyse de contenu a été effectuée sur les verbatim collectés afin de documenter les thèmes associés au déploiement du programme. De plus, les grilles de suivi régionales ainsi que le sondage des enseignants et des éducatrices ont fait l'objet d'une analyse de fréquence et, dans une moindre mesure, d'une analyse qualitative.

4.6 Biais possibles de l'étude

Le biais de désirabilité sociale peut influencer les réponses des participants, certains d'entre eux ayant tendance à fournir des réponses perçues comme socialement acceptables plutôt que leurs opinions véritables. Afin de minimiser ce biais, l'équipe d'évaluation a adopté une posture d'ouverture visant à recueillir toutes les opinions,

qu'elles soient positives ou négatives. Afin d'éviter tout biais d'interprétation, deux évaluatrices ont pris part à toutes les méthodes de collecte (entretiens individuels, groupes de discussion, grilles de suivi) ainsi qu'à l'analyse des renseignements recueillis. Cela a contribué à consolider le processus d'interprétation des données.

5. Constats

5.1 Planification du déploiement

Pour la planification de l'implantation, l'équipe s'est basée sur le modèle de planification de la santé de Pineault et Daveluy (2020). Concrètement, la planification s'est basée sur 3 principaux axes à savoir : la mobilisation, la formation et le soutien/accompagnement (modèle sur trois types d'actions). Des actions et des activités en lien avec ces trois axes ont été définies tant au niveau des équipes de proximité que de l'équipe régionale. Les rôles de chaque équipe ont également été définis. Ainsi, les dentistes-conseils jouaient principalement un rôle d'accompagnement alors que les hygiénistes étaient essentiellement des personnes-ressources pour le personnel scolaire et des services de garde. À cette étape, il est intéressant de noter qu'une analyse de contexte a été effectuée par un résident en médecine. Celle-ci a notamment permis d'identifier les facteurs facilitants et contraignants des milieux interrogés. D'une part, cette analyse a permis de déterminer la stratégie de démarchage des milieux en permettant entre autres d'identifier lesquels prioriser, lesquels contacter en premier (ex. : Regroupement des centres de la petite enfance de la Montérégie (RCPEM)). D'autre part, celle-ci a permis d'identifier les motivations des différents milieux interrogés et leur propension à s'engager dans le programme, de dresser un portrait des facteurs favorables et défavorables selon les différents publics. Il a été décidé que le déploiement s'opérerait sous trois grandes phases. **À court terme (2019-2020)**, la dentiste-conseil était tenue de répondre au milieu de garde (éducatifs ou scolaires) sur demande uniquement. Elle était notamment responsable de les informer sur les outils disponibles (vidéos en ligne, outils de communication du MSSS), de leur fournir une liste du matériel recommandé et de leur offrir un soutien téléphonique au besoin. **À moyen terme (2020-2022)**, à ces actions seraient ajoutées, le soutien des SGÉE, la présentation du programme aux représentants des différentes associations de garderies (RCPEM, Association des garderies privées du Québec (AGPQ), Association des garderies non subventionnées en installation (AGNSI) et l'accompagnement sommaire des écoles par les hygiénistes dentaires selon les ressources disponibles. **À long terme (2022-2025)**, il était notamment prévu d'intensifier les actions auprès des milieux de garde scolaires primaires et de relancer l'invitation à participer si requis.

5.1.1 Choix des publics cibles (maternelles 4 et 5 ans, SGÉE)

L'absence d'interlocuteurs pour les services de garde à l'école a justifié la décision de l'équipe régionale d'offrir le programme aux enfants de maternelle 4 et 5 ans uniquement, la faisabilité était plus grande pour cette clientèle. En outre, organiser l'activité dans la classe limite les risques de contamination. Parallèlement, les équipes

de santé publique avaient collaboré avec les SGÉE pour la gestion des éclosions lors de la pandémie de COVID-19, mais il n'y avait pas de liens véritablement établis donc le déploiement par étapes a permis à l'équipe régionale de se familiariser avec ces milieux, de forger des liens afin de faciliter la collaboration. Il est à noter que l'équipe régionale a opté pour une approche universelle c'est-à-dire que tous les enfants, peu importe le milieu dont ils sont issus, bénéficient du programme. Il a été décidé de se concentrer sur les « early adopters » (utilisateurs précoces) et d'essayer d'avoir un effet boule de neige plutôt que d'opter pour une approche ciblée, spécifique aux populations vulnérables. Ce choix était notamment justifié par le manque d'intérêt des milieux à l'égard du programme.

5.1.2 Planification des ressources

Les équipes ont abordé le déploiement du programme de manière structurée, en tenant compte de plusieurs aspects clés, dont la planification des ressources (humaines, matérielles, informationnelles et financières) :

- Ressources humaines : Les hygiénistes dentaires des CISSS ont été mobilisées (certaines à temps plein) pour les interventions en lien avec le programme de brossage.

On dénombre au total 48 ressources réparties de la façon suivante :

- RTS CISSSMO : 18 hygiénistes
- RTS CISSSMC : 13 hygiénistes
- RTS CISSSME : 17 hygiénistes

Ce ne sont pas toutes les hygiénistes qui participent au programme de brossage. La distribution des ressources humaines affectées varie d'un CISSS à l'autre.

Au CISSSMO, au départ, une responsable du programme a été désignée pour chaque RLS. En réalité, c'est un mode de fonctionnement mixte qui est en vigueur : les écoles et les services de garde sont répartis entre les hygiénistes dentaires, mais il y a également des responsables qui ont été nommées dans deux RLS (Jardins Roussillon, Suroît). Ceci s'explique par le fait qu'il y a moins de milieux qui ont adhéré au programme que ce qui avait été anticipé. Dans ce contexte, avoir une responsable pour chaque RLS est donc moins justifié. C'est l'une des raisons pour lesquelles dans certains RLS, il n'y a pas de personne dédiée et que les hygiénistes dentaires réalisent à la fois des activités de scellants et de brossage.

Au CISSSME, chaque hygiéniste dentaire préalablement affectée dans les écoles pour les scellants était automatiquement responsable du brossage dans son école. Pour les CPE, la répartition s'est faite par RLS. Depuis l'année 2024-2025, une réorganisation des tâches a été mise en place :

- RLS de Pierre-Boucher : Une hygiéniste dentaire est désormais dédiée exclusivement aux écoles et au programme SGÉE.

- RLS de Richelieu-Yamaska : Toutes les hygiénistes dentaires continuent de s'occuper de leurs écoles respectives, à l'exception d'une hygiéniste spécifiquement assignée au SGÉE.
- RLS de Pierre-De Saurel : Les hygiénistes dentaires prennent en charge à la fois les écoles et le SGÉE. Toutefois, on observe un refus systématique de collaboration dans tous les milieux de ce territoire.

Au CISSSMC, c'est une approche de responsabilité partagée qui est en vigueur. Les tâches reliées au programme sont réparties entre toutes les hygiénistes dentaires. Des responsables du dossier ont été désignées dans chaque RLS, mais chaque hygiéniste dentaire a un nombre d'écoles et de CPE sous sa responsabilité. Toutes les hygiénistes dentaires de l'équipe sont impliquées. Il n'y a donc aucune ressource spécifiquement dédiée au programme, contrairement aux deux autres CISSS.

- Ressources matérielles : L'équipe régionale a pris en charge la commande et la distribution du matériel nécessaire pour démarrer le programme.
- Ressources financières : Le MSSS a assuré le financement du matériel (brosses à dents, dentifrices, porte-brosse à dents et capuchons) qui a été remis aux différents milieux pour l'activité.
- Ressources informationnelles : Les informations sur le programme ont été communiquées aux hygiénistes dentaires via plusieurs outils ainsi que diverses formations organisées par l'équipe régionale.

5.1.3 Facteurs liés aux ressources exerçant une influence sur le déploiement

Ressources humaines

Répartition des tâches

5.1.3.1 *Facteurs favorables*

Disposer d'une ressource dédiée à temps plein permet à cette personne de développer ses compétences et ses connaissances, d'améliorer son niveau de confort et, finalement, de devenir une référence pour les autres hygiénistes dentaires. Cela permet également de réduire la charge de travail des autres hygiénistes dentaires, qui peuvent ainsi se concentrer sur les scellants.

5.1.3.2 *Facteurs défavorables*

Selon les hygiénistes dentaires interrogées, combiner plusieurs responsabilités leur laisse peu d'opportunités pour s'approprier pleinement le programme de brossage. Cela nécessite plus d'efforts, notamment pour réviser les procédures et se familiariser avec les différents outils et étapes. Les hygiénistes dentaires qui cumulent les tâches disposent de peu de temps pour assurer un suivi plus rigoureux des milieux ayant implanté le programme, augmentant ainsi les risques d'abandon et affectant la pérennité du programme.

Ressources matérielles

Approvisionnement du matériel

5.1.3.3 *Facteurs favorables*

L'approvisionnement en matériel est considéré comme le principal levier pour le déploiement, car cela évite aux milieux d'engager des coûts pour la réalisation de l'activité. Par ailleurs, les brosses à dents et les portes brosses n'ont pas de date de péremption ce qui facilite leur gestion logistique.

5.1.3.4 *Facteurs défavorables*

Les consignes initiales semblaient indiquer que le matériel serait fourni pour toute la durée du déploiement. En réalité, les milieux disposent d'un ensemble de départ, mais doivent assumer les coûts s'ils souhaitent poursuivre le programme.

Distribution et livraison

5.1.3.5 *Facteurs favorables*

Le matériel nécessaire a été commandé en gros par l'équipe régionale et redistribué aux différents CISSS. Cela a permis de garantir que toutes les équipes de proximité disposaient du matériel requis pour commencer le programme.

5.1.3.6 *Facteurs défavorables*

Au CISSSME, la distribution du matériel représente une embûche pour certaines hygiénistes dentaires qui doivent s'occuper de la livraison elles-mêmes. Au CISSSMO, les exigences du transporteur en matière de coûts de la livraison rendent la préparation des boîtes de matériel très chronophage. Actuellement, le matériel est distribué en fonction des groupes, mais si on demande aux milieux de prendre en charge le matériel, la gestion sera faite en fonction de chaque enfant.

Logistique

5.1.3.7 *Facteurs favorables*

Afin d'alléger les équipes de proximité, l'équipe régionale a accepté de s'occuper du matériel (achat, stockage et distribution).

5.1.3.8 *Facteurs défavorables*

La gestion du matériel a exigé beaucoup d'efforts de l'équipe régionale (dentistes-conseils, agentes administratives) et a nécessité une logistique complexe considérant l'imposante quantité de matériel à répartir entre les trois CISSS.

Conservation

5.1.3.9 Facteurs défavorables

Le faible niveau d'adhésion a entraîné des défis en matière de conservation du matériel, en particulier pour les produits périssables comme les dentifrices.

Ressources financières

Financement

5.1.3.10 Facteurs favorables

Le financement du programme est assuré par le ministère pour les trois premières années, soit jusqu'à la fin de l'année scolaire 2024-2025.

5.1.3.11 Facteurs défavorables

Des incertitudes subsistent quant à l'avenir du programme et à la manière dont les ressources financières seront gérées après cette période.

5.2 Actualisation du programme

Pour les trois territoires, le déploiement a débuté en milieu scolaire dans un premier temps. Ce choix a été motivé par la facilité d'établir le contact avec le milieu scolaire et l'existence d'une collaboration entre les hygiénistes dentaires et les écoles. En effet, les hygiénistes dentaires ont l'habitude de collaborer avec le milieu scolaire, notamment dans le cadre de l'application des scellants dentaires. Le déploiement du programme de brossage dans les écoles a été jugé plus facile compte tenu de cette proximité. Les centres de services scolaires (CSS) ont été informés de l'arrivée du programme par l'équipe régionale via courriel. Les CPE ont été ajoutés au courant de l'année scolaire suivante (2023-2024). Le déploiement s'est donc effectué de façon progressive compte tenu de la réalité territoriale (quantité considérable de services de garde et plus de 320 écoles primaires publiques) et du contexte (une seule dentiste-conseil, des ressources locales limitées, des milieux scolaires déjà largement sollicités notamment pour l'application de scellants). Bien que des démarches aient été entreprises auprès des milieux via l'envoi de courriels lors de l'année scolaire 2022-2023, le programme a véritablement pris son envol durant l'année suivante, en 2023-2024. Initialement prévue pour l'été 2022, la mise en œuvre du programme a été repoussée en raison de plusieurs facteurs contextuels défavorables.

5.2.1 Contexte

Plusieurs éléments contextuels ont eu un impact négatif sur l'implantation du programme. Tout d'abord, le programme a été annoncé à la fin de la pandémie de COVID-19, à un moment où certaines mesures de distanciation étaient encore en vigueur et où de nombreux secteurs faisaient face à une pénurie de personnel. Ensuite, des informations erronées sur le programme ont circulé dans les médias, déclenchant un

mouvement réactionnaire particulièrement dans le milieu scolaire. Contrairement aux affirmations des médias, le programme ne concernait pas tous les élèves du primaire, mais uniquement les élèves de maternelle 4 et 5 ans en Montérégie. Cette crise médiatique a considérablement affecté le déploiement du programme, non seulement en perturbant les activités prévues, mais aussi en démobilisant les enseignants, les éducatrices et les hygiénistes dentaires. Les enseignants et les éducatrices de garde se sont vivement opposés au programme, retardant ainsi son déploiement jusqu'à mars 2024. Selon les dentistes-conseils, cette vague médiatique a également ébranlé les croyances, la conviction et l'adhésion des hygiénistes dentaires.

« On a eu des réticences à la vague médiatique des écoles, un petit peu des CPE, mais c'était vraiment majoritairement au niveau des milieux scolaires qui s'étaient prononcés un peu contre le programme, mais aussi, et ça je pense qu'on ne l'avait peut-être pas anticipé aussi fort, des hygiénistes dentaires. Donc, on avait à la fois des milieux quand même réticents à déployer ce programme-là et des intervenants qui devaient faire la promotion du programme, ça ne leur tentait pas du tout de faire ça. » (DC.2)

Cependant, il est important de noter que plusieurs mesures ont été mises en place pour gérer cette crise. Une rencontre avec la coordonnatrice régionale a conduit à la suspension des activités, permettant à l'équipe régionale de rectifier la situation et de rétablir les faits. Au niveau des équipes locales, les chefs de programme ont planifié des réunions avec les hygiénistes pour soutenir les dentistes-conseils et corriger le tir.

Par ailleurs, en novembre 2023, les équipes ont dû faire face à une grève des enseignants. En effet, nombre d'entre eux ont fermement rejeté le programme et l'ont utilisé comme un moyen de pression. Selon les hygiénistes dentaires interrogées, le moment était inopportun pour introduire un nouveau programme dont la responsabilité relève des professeurs.

Afin d'appuyer la mise en œuvre du programme, plusieurs mécanismes de collaboration ont été établis entre les différentes parties prenantes.

5.2.2 Mécanismes de collaboration entre les parties prenantes

Collaboration entre l'équipe régionale et les équipes de proximité

Un comité de soutien, composé des membres de l'équipe régionale et des équipes de proximité a été mis sur pied par les dentistes-conseils. Celui-ci avait trois principaux mandats :

- Valider les facteurs à prioriser pour favoriser l'engagement des partenaires dans l'implantation du Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré;
- Discuter du soutien à mettre en œuvre pour favoriser une implantation optimale en échangeant sur les outils et sur les activités à réaliser pour convaincre, former et soutenir les milieux (trucs et astuces, questions-réponses, outils pour les milieux, outils pour les parents, plan de formation, etc.);

- Valider les étapes et échéanciers de mise en œuvre du Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré pour les différents types de milieux¹.

Les membres de ce comité se sont rencontrés à plusieurs reprises. À titre d'exemple, une réunion de suivi a été planifiée six mois après l'implantation, ce qui a permis d'identifier les points forts et de les documenter. En outre, deux sous-comités en lien avec le brossage ont été créés au sein du comité d'optimisation des services dentaires à savoir le comité sur l'adhésion des milieux et le comité sur la communication avec les parents, ce qui a permis aux trois CISSS d'échanger sur leurs réalisations respectives, de partager des outils et des astuces pour approcher les milieux.

Collaboration entre gestionnaires

Les trois gestionnaires de CISSS travaillent de concert et s'assurent d'avoir des orientations communes sur le programme.

Collaboration avec les représentants des milieux

Les gestionnaires des équipes régionales et locales ont exploité les instances de concertation existantes pour assurer la promotion du programme, pour communiquer de l'information et pour assurer le suivi du déploiement dans les différents milieux.

a. Milieu scolaire

Les ministères de la Santé et de l'Éducation s'étaient concertés et entendus en amont, ce qui a facilité la collaboration dans les écoles. L'équipe régionale a pu s'appuyer sur la table de concertation MSSS-MEQ, notamment pour la diffusion d'informations et la promotion du programme. Par ailleurs, les équipes locales ont profité d'autres tribunes pour promouvoir le programme tel que le comité du réseau local intégré jeunesse (CRILJ), comité animé par la Direction jeunesse et qui vise plusieurs thématiques concernant les jeunes. Grâce à cette organisation, les gestionnaires des CISSS ont pu discuter avec les représentants des CSS présents, leur faire part des problématiques rencontrées au niveau de l'implantation, répondre à leurs questions et clarifier certaines situations.

b. Milieux de garde

La collaboration avec les services de garde et les CPE plus particulièrement s'est essentiellement effectuée via le RCPEM. Les équipes se sont référées à cette instance pour promouvoir le programme et faciliter la collaboration avec les CPE qui en sont membres soit environ sept sur 10. Les CPE ont été informés de l'arrivée du programme de deux façons : via les rencontres du RCPEM et via les lettres de la directrice de santé publique.

¹ Direction de santé publique. Mandats du comité d'implantation du programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire (PQBSDF).

5.2.3 Adoption du programme

Réactions des hygiénistes

Le programme de brossage a été déployé au moment où il y avait plusieurs changements concomitants. De fait, l'implantation du programme a coïncidé avec des changements majeurs au niveau de l'application des scellants avec l'introduction des verres de ionomères et le retrait des suivis préventifs qu'elles appréciaient. À cela s'ajoute un certain nombre de changements engendré par le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré et avec lesquels les hygiénistes dentaires des trois territoires ont dû composer.

a. Changement de posture et de paradigme

Les hygiénistes dentaires jouent habituellement un rôle clinique. Avec le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré, elles sont en deuxième ligne en soutien aux milieux, or elles n'ont pas l'habitude d'être en retrait, encore moins d'assurer la promotion des activités et d'user de leur influence pour convaincre et persuader les milieux. C'est une posture qui ne leur est pas familière.

b. Changement au niveau des tâches

Avec le PQBSDF, les hygiénistes dentaires jouent davantage un rôle de promoteur de santé et sont chargées d'influencer les milieux. Contrairement aux scellants, la réalisation des activités revient aux enseignants et aux éducatrices qui assurent la supervision des activités de brossage. Les hygiénistes dentaires ont la charge de les appuyer et de les accompagner. À ce niveau, s'ajoute un certain sentiment de deuil dû à l'abandon des suivis préventifs en maternelle, activités qui étaient autant appréciées par les hygiénistes dentaires que les enseignants. Ces ateliers avaient un aspect davantage instructif, pédagogique et requéraient moins d'efforts de la part du personnel scolaire.

c. Changement dans les façons de faire

Habituellement avec les scellants, les interventions des hygiénistes dentaires dans les écoles sont déjà « négociées ». Les hygiénistes ont décrit leur nouveau rôle comme étant similaire à celui de « vendeuses ». En effet, elles doivent influencer les milieux scolaires et promouvoir les bienfaits du programme de brossage, ce qui est une source de craintes et d'appréhensions chez certaines, car c'est un changement dans les façons de faire, de nouvelles responsabilités à gérer. Les multiples changements engendrés par le programme de brossage expliquent, en partie, les réticences observées.

d. Réticences observées

Bien qu'elles soient convaincues des bienfaits, le programme suscite peu d'engouement chez les hygiénistes dentaires. Certaines concèdent qu'elles ont accueilli le programme avec des craintes au départ. D'autres estiment que le programme leur a été imposé sans qu'elles aient eu leur mot à dire. D'autres estiment que les tâches liées au programme de brossage ne valorisent pas leur expertise clinique, car elles ne sont pas habituées à occuper un rôle secondaire. En général, ce sont elles qui réalisent les interventions. Avec le programme de brossage, il leur est essentiellement demandé

d'assurer la promotion des activités et d'user de leur influence pour convaincre et persuader les milieux. Or pour convaincre, il faut être convaincu ce qui n'était pas nécessairement le cas dans la première année de déploiement. Ce manque de conviction a engendré un manque de motivation et un faible sentiment d'auto-efficacité, car elles ne se sentaient pas nécessairement aptes à jouer ce rôle d'accompagnement et réaliser les interventions requises. Le programme repose fortement sur l'influence stratégique, une dimension qui ne constitue pas nécessairement une zone de confort pour les hygiénistes dentaires. Elles ont l'impression de devoir « vendre » quelque chose et éprouvent un malaise à promouvoir un programme dont la mise en œuvre et la réalisation des interventions incombent aux enseignants et aux éducatrices. Plusieurs d'entre elles ont exprimé des inquiétudes quant à la possibilité de surcharger le milieu scolaire et d'interférer avec les relations déjà établies, notamment par le biais du programme de scellants, risquant ainsi de briser le lien de confiance existant entre elles et les équipes écoles. En somme, à l'instar des enseignants, les hygiénistes dentaires ont initialement perçu le programme comme une charge de travail supplémentaire, le considérant énergivore, méticuleux et même fastidieux. Bon nombre d'entre elles s'accordent à dire qu'il requiert énormément d'efforts pour peu de résultats, ce qui entraîne une certaine démotivation. Divers mécanismes de soutien ont été instaurés afin d'accompagner les hygiénistes dans leurs nouvelles fonctions et dans l'actualisation du programme.

Réactions des milieux

a. Réticences observées

L'accueil du programme a été initialement mitigé, avec des freins dans les milieux scolaires, mais une meilleure réceptivité dans les CPE. Le programme est perçu comme une tâche supplémentaire pour les enseignants déjà bien occupés. De plus, les écoles sont réfractaires au Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré parce que contrairement au programme de scellants qui est clé en main, la réalisation des activités de brossage revient aux enseignants. Dans certains territoires (ex. : Pierre-De Saurel), les réticences sont très marquées et vont même jusqu'à des menaces de plaintes de la part du personnel dans certains cas comme le mentionne un gestionnaire. En outre, selon les hygiénistes, certaines écoles sont rebutées par la fréquence exigée dans le cadre du programme et seraient plus favorables si les activités étaient ponctuelles comme les suivis préventifs qu'elles animaient dans les classes. En ce qui concerne les milieux de garde, le RCPEM a exprimé certaines réserves à l'égard de l'envoi des lettres annonçant l'arrivée du programme. Certains membres ont perçu cette communication comme une forme d'imposition, bien que cela n'ait nullement été l'intention. Par ailleurs, dans plusieurs CPE, une réticence à mettre en œuvre le programme a été observée, notamment en raison de la crainte de ne pas pouvoir respecter l'engagement de réaliser les activités cinq jours par semaine ce qui pourrait entraîner une déception chez les parents.

b. Stratégies pour surmonter les réticences

Les hygiénistes dentaires se sont dotées de nouvelles stratégies et ont élaboré des alternatives pour pallier les réticences des enseignants. Elles profitent de leurs interventions dans les écoles pour les scellants pour promouvoir le programme de brossage. De plus, elles saisissent les opportunités au sein des écoles pour faire passer le message non seulement auprès des enseignants, mais également auprès des parents. À titre d'exemple, lorsqu'un enfant commence la maternelle, les parents reçoivent de l'information sur l'ensemble des programmes offerts incluant le programme de brossage. Dans certains cas, les hygiénistes ont été particulièrement actives dans l'établissement de contacts cette fois au niveau des centres de services scolaires pour soutenir l'implantation du programme. Cela a inclus la collaboration avec des conseillers pédagogiques, notamment ceux responsables de la transition scolaire, afin de faciliter l'intégration du programme dans les écoles. Cependant, la diversité des structures et des intervenants dans chaque centre a rendu cette tâche complexe. Dans d'autres cas, les hygiénistes réussissent à surmonter les résistances des intervenants en utilisant les tactiques et stratégies abordées lors de la formation sur l'entretien motivationnel. Elles insistent sur l'efficacité démontrée du programme et les bénéfices attendus pour les enfants, mais cela nécessite du temps et de la patience. Les préoccupations et les inquiétudes des intervenants sont souvent atténuées par l'expérimentation de l'activité. Une fois qu'ils vivent le programme, ils réalisent que c'est faisable. Au CISSSMC, certaines hygiénistes se rendent dans les CÉGEPS pour présenter le programme aux étudiantes en techniques de l'éducation à l'enfance afin de les sensibiliser avant leur entrée sur le marché du travail.

En somme, concernant l'accueil du programme, il semble y avoir un effet miroir : la résistance des milieux reflète celle des hygiénistes dentaires. De la même manière que les hygiénistes dentaires ont été réticentes à changer de rôle, les éducatrices et les enseignants sont réfractaires aux changements induits par le programme.

5.2.4 Mécanismes de soutien

L'équipe régionale et les gestionnaires des équipes locales ont géré les changements induits par le nouveau programme en se concentrant sur la démystification des nouvelles responsabilités et en tentant de rassurer les hygiénistes. Leur soutien de l'équipe régionale aux équipes de proximité s'est principalement concrétisé par la création de divers outils et l'organisation d'activités variées de développement des compétences, telles que des formations, des ateliers et des exercices d'intégration des connaissances.

Soutien de l'équipe régionale aux équipes de proximité

a. Élaboration d'outils

L'équipe régionale a adapté les outils du MSSS, initialement axés sur la technique de brossage, considérée comme peu pertinente pour le programme. Les dentistes-conseils ont également conçu divers outils destinés aux hygiénistes dentaires et aux différents milieux, tels que des questions-réponses pour les écoles et les services de garde, des aide-mémoires et des guides de désinfection des porte-brosses à dents. En outre, les

dentistes ont créé divers documents (démarche de l'hygiéniste dentaire, modèles de courriels d'accompagnement, etc.) ainsi que des outils de suivi, comme des questionnaires d'analyse de besoins post-implantation et des grilles de suivi régionales.

b. Activités de développement des compétences

Au-delà des outils, l'équipe régionale a aiguillé les hygiénistes dentaires en leur offrant des formations de base (volets administratif et théorique) ainsi que des formations plus spécifiques portant sur la communication (formation sur l'entretien motivationnel et la communication persuasive). La formation sur l'entretien motivationnel a été orientée sur des mises en situation pour outiller les hygiénistes dentaires dans leur démarchage auprès des milieux. Contrairement à la formation sur la communication persuasive, cet atelier mettait davantage l'emphase sur les facteurs de motivation des individus. L'objectif principal était de savoir quelles sont les raisons qui pourraient motiver les milieux à s'engager dans le programme de brossage. Quelques semaines après la formation, un exercice de consolidation et d'intégration des apprentissages a été administré par l'entremise de courriels envoyés aux hygiénistes dentaires. Cette activité a été prise en charge par les gestionnaires locaux des CISSS.

5.2.5 Facteurs liés aux mécanismes de soutien de l'équipe régionale

Pertinence et utilité des outils

5.2.5.1 Facteurs favorables

La qualité des outils tels que les calendriers et les feuillets d'informations pour les parents est soulignée par les hygiénistes dentaires.

5.2.5.2 Facteurs défavorables

Toutefois, de nombreuses hygiénistes dentaires soulignent la lourdeur administrative liée à la complétion des grilles de suivi régionales. Elles estiment que ces outils de suivi requièrent beaucoup d'efforts, surtout compte tenu du nombre limité de milieux qui adhèrent au programme.

Pertinence et utilité des formations

5.2.5.3 Facteurs favorables

Selon les hygiénistes dentaires, les formations ont permis, entre autres, de parfaire leurs connaissances; s'approprier leur nouveau rôle; de se préparer à leurs nouvelles responsabilités afin de mieux interagir avec les écoles et les CPE. La formation sur l'entretien motivationnel a été jugée plus concrète comparativement à celle sur la communication persuasive considérée comme trop théorique. D'ailleurs, certaines d'entre elles affirment avoir mis en pratique des stratégies apprises telles que présenter le programme aux milieux comme une valeur ajoutée plutôt qu'une tâche supplémentaire.

5.2.5.4 Facteurs défavorables

En revanche, elles les considèrent difficilement applicables sur le terrain. En effet, les concepts de communication abordés lors des formations nécessitent d'être mis en application. Cependant, la plupart des hygiénistes dentaires combinent des tâches liées aux deux programmes (brossage et scellants), ce qui leur laisse moins d'occasions de s'exercer sur le terrain.

Soutien des gestionnaires aux hygiénistes dentaires

Les gestionnaires soutiennent leurs équipes respectives de plusieurs façons.

- **Responsabilité partagée** : Les gestionnaires s'assurent d'une répartition équitable des milieux entre les hygiénistes dentaires et qu'il y ait des porteurs de dossiers pour chaque RLS qui peuvent être des personnes-ressources pour leurs collègues.
- **Rencontres régulières d'équipe** : Le brossage est un point à l'ordre du jour lors des rencontres d'équipe. Les gestionnaires demandent des retours sur les expériences vécues et discutent des nouveaux milieux.
- **Planification** : Certains gestionnaires ont élaboré des plans d'action avec des orientations et des actions spécifiques pour assurer l'atteinte des cibles pour l'année scolaire en cours. Ils ont également développé un arbre décisionnel visant les interventions en CPE.
- **Suivi périodique** : Pour les gestionnaires, il est important d'échanger avec les hygiénistes dentaires pour trouver de nouvelles façons de faire et de les aider au besoin face aux refus des milieux.
- **Intervention directe auprès des milieux** : Au besoin, les gestionnaires peuvent intervenir auprès des directions d'école lorsque cela s'avère nécessaire.
- **Place à la créativité** : Les gestionnaires favorisent l'innovation au sein de l'équipe en laissant émerger leur sens de créativité et d'autonomie dans leur méthode de travail.
- Par ailleurs, certaines hygiénistes dentaires ont été mises en contact avec des intervenants pivots (IP) École en santé pour discuter du rôle attendu des acteurs de santé publique et de la promotion dans les écoles. Ce partenariat a favorisé une synergie entre les deux intervenants.

Les gestionnaires notent que les craintes initiales se sont dissipées avec le temps. Les hygiénistes se sont progressivement familiarisées avec le programme et beaucoup d'entre elles en ont maintenant une opinion favorable. Elles semblent avoir adopté leur nouveau rôle et leurs nouvelles tâches. Malgré la déception de certaines au regard des refus catégoriques, même avec des contacts privilégiés dans la communauté, comme à Sorel, elles continuent de démarcher les milieux pour obtenir davantage d'adhésions. Elles croient fermement à l'importance du brossage quotidien et reconnaissent leurs compétences pour contribuer au changement de comportements, notamment grâce à leur expérience avec les scellants.

Soutien entre pairs

Une entraide s'est établie entre les hygiénistes dentaires des différents territoires et elles se soutiennent mutuellement. Les plus expérimentées en matière de brossage répondent aux questions de leurs collègues et leur partagent des astuces. Toutefois, la grande majorité des hygiénistes dentaires interrogées estiment avoir investi beaucoup d'efforts pour des résultats somme toute modestes, ce qui se traduit notamment par les taux de participation.

5.3 Résultats des analyses qualitative et quantitative

5.3.1 Mobilisation des milieux (écoles et centres de la petite enfance)

Dans le cadre du déploiement, les hygiénistes dentaires ont contacté au total 383 écoles et 320 centres de la petite enfance. C'est au CISSSME que l'on retrouve le plus grand nombre de milieux contactés.

RTS CISSSMO : 128 écoles et 70 centres de la petite enfance

RTS CISSSMC : 113 écoles et 101 centres de la petite enfance

RTS CISSSME : 142 écoles et 149 centres de la petite enfance

Pour un total de 383 écoles et 320 centres de la petite enfance

5.3.2 Facteurs liés à la mobilisation

5.3.2.1 *Facteurs favorables*

a. Communication

Plusieurs outils promotionnels ont été développés et rejoignent plusieurs publics tels que le feuillet « En route pour la maternelle » à l'intention des parents permettant de leur communiquer de l'information sur le programme de brossage et une capsule vidéo incluant les témoignages d'une éducatrice et d'un enseignant ayant déployé le programme avec succès. Ces outils ont été validés auprès des publics cibles (enseignants, éducatrices, direction des écoles et des services de garde) pour s'assurer de leur littératie et de leur pertinence.

b. Accent sur la simplicité et la flexibilité

Selon l'analyse de contexte réalisée par l'équipe régionale, la perception de complexité de l'activité de brossage de dents constituait la barrière la plus importante à l'implantation du programme pour plusieurs milieux. Il semble y avoir une meilleure adhésion lorsque les hygiénistes dentaires mettent l'emphase sur la simplicité et la flexibilité du programme surtout au niveau du déroulement de l'activité.

c. Adaptation du discours

Adopter un discours moins clinico-centré et présenter le brossage comme une activité qui peut contribuer au développement des habiletés motrices des élèves résonne

davantage auprès des enseignants, ce qui peut les encourager à adhérer et à implanter le programme dans leurs classes respectives.

d. Présence sur le terrain

La présence des hygiénistes dentaires dans les établissements scolaires crée un certain engouement pour le programme, favorise l'adhésion et contribue à sa pérennité. Leur présence atténue les résistances des enseignants en leur permettant de surmonter plus facilement les obstacles et de clarifier les informations relatives au programme. Les professeurs apprécient les visites des hygiénistes dentaires, notamment leurs démonstrations, ce qui constitue pour beaucoup d'entre eux une motivation à poursuivre.

5.3.2.2 Facteurs défavorables

a. Communication

En milieu scolaire, la communication s'effectue essentiellement par l'entremise des centres de services scolaires. La DSPu ne s'adresse pas directement aux enseignants, ce qui a pu causer des difficultés notamment au niveau de la diffusion de l'information. En effet, les informations sur le programme étaient communiquées aux CSS, mais elles ne transitaient pas dans les milieux de sorte que les enseignants n'étaient pas au fait de l'existence du programme, ce qui limite leur engagement.

b. Caractère optionnel du programme

L'absence d'obligation est unanimement reconnue par toutes les personnes interrogées comme l'un des principaux obstacles au déploiement du PQBSD. Contrairement aux scellants, la participation à ce programme est volontaire, permettant aux milieux de décliner leur engagement. Selon les hygiénistes dentaires, cette situation limite leur marge de manœuvre, car elles ne peuvent utiliser ce levier de persuasion auprès des enseignants et des éducatrices, réduisant ainsi leur motivation à adhérer.

c. Poids des croyances et convictions personnelles

Dans certains cas, les intervenants (enseignants comme éducatrices) campent sur leurs positions en dépit des arguments présentés par les hygiénistes dentaires. En effet, certains s'opposent au programme sans en connaître les tenants et aboutissants et donc sans arguments tangibles. Les résistances peuvent également être liées à des convictions personnelles telles que l'opposition au fluor « *À l'école primaire où je l'avais fait l'année passée, il y en avait une que pour elle, le fluor c'est du poison. Elle, elle est holistique, fait que là c'était un non catégorique* » (Hygiénistes dentaires CISSMC).

d. Impact de l'abandon des suivis préventifs

L'opposition est d'autant plus marquée dans les écoles dans la mesure où les enseignants étaient très familiers avec les suivis préventifs qui étaient offerts par les hygiénistes dentaires. La transition vers le nouveau programme de brossage a été plus difficile pour les enseignants qui ont eu du mal à saisir les raisons qui expliquent ce changement et, ce d'autant plus qu'ils appréciaient les anciens ateliers. Dans certains

établissements, l'intérêt pour des ateliers de brossage ponctuels est tel qu'ils engagent des hygiénistes dentaires du secteur privé pour offrir ce service. Celles-ci font des présentations aux élèves avec une marionnette, des démonstrations de brossage et abordent des notions de base en prévention, telles que la visite chez le dentiste et le rôle des dents. Par ailleurs, les hygiénistes dentaires estiment que l'abandon des suivis préventifs a entraîné une rupture des liens de confiance et de proximité établis avec les enseignants de maternelle. Certaines pensent que le programme de brossage aurait été mieux accueilli s'il avait été proposé en complément de ces ateliers et présenté en classe lors des démonstrations avec les marionnettes. On observe donc une plus grande résistance en milieu scolaire, car les enseignants ont déjà été exposés à d'autres programmes similaires dans le passé. Cette expérience leur permet de juger le nouveau programme en fonction de ce qu'ils ont déjà connu, ce qui n'est pas le cas dans les centres de la petite enfance. Pour la plupart des éducatrices, les programmes de santé publique et le contact avec les hygiénistes dentaires constituent une nouveauté, et elles n'ont donc pas de points de référence avec lesquels comparer.

5.3.3 Participation au programme

La proportion totale des centres de la petite enfance participants est **quatre fois plus élevée** que celle des écoles (20,6 c. 5,5 % respectivement).

Nombre de milieux participants : 21 dans les écoles et 66 dans les centres de la petite enfance

Nombre de milieux contactés : 383 dans les écoles et 320 dans les centres de la petite enfance

Proportions : 5,5 % dans les écoles et 20,6 % dans les centres de la petite enfance

Comme on peut le voir, le déploiement se déroule mieux dans les centres de la petite enfance que dans les écoles. Dans tous les territoires de CISSS, l'implantation en milieu scolaire a été extrêmement difficile. Au CISSSMO, la grande majorité des écoles se sont montrées réfractaires au programme et ont refusé d'y adhérer. À titre d'exemple, durant l'année scolaire 2022-2023, aucune école n'a adhéré au programme. Au cours de l'année suivante 2023-2024, seulement deux écoles ont démarré les activités. Au CISSSME, plusieurs hygiénistes dentaires ressentent qu'elles ne parviendront pas à démarcher d'autres milieux. Nombreuses sont celles qui constatent une certaine stagnation des adhésions au sein de leur RLS. Les résultats sont plus encourageants dans les garderies. Les centres de la petite enfance montrent un soutien significatif au programme, comme le confirment les données des grilles de suivi régionales. Leur taux de participation est nettement supérieur à celui des écoles. Plusieurs facteurs favorisent le déploiement du programme dans les centres de la petite enfance.

5.3.3.1 Comparaison des déterminants du brossage dans les écoles et les CPE

Perception du programme : Dans les écoles, le programme est perçu comme une forme de déresponsabilisation parentale. En effet, de nombreux enseignants estiment que le brossage des dents ne fait pas partie de leurs responsabilités professionnelles et

considèrent que cette activité devrait être effectuée à domicile. Dans les centres de la petite enfance, pour les éducatrices, le brossage s'inscrit dans leur mandat au même titre que l'hygiène des mains et l'hygiène corporelle. Contrairement aux enseignants, les éducatrices perçoivent le brossage comme faisant partie intégrante de leur champ d'activité. Elles apprécient d'ailleurs la méthode en groupe qui est proposée.

Aisance avec le brossage : Dans les écoles, les enseignants de maternelle sont familiers avec le brossage grâce aux suivis préventifs réalisés par les hygiénistes dentaires. Cependant, contrairement aux éducatrices, la mise en œuvre de cette activité est une nouveauté pour eux. Dans les centres de la petite enfance, de nombreux centres de la petite enfance réalisaient déjà des activités de brossage avant l'introduction du programme ministériel. Par conséquent, les éducatrices sont généralement plus favorables, car elles sont déjà familières avec le brossage, ce qui facilite son intégration dans leur routine quotidienne.

Locaux : Dans les écoles, plusieurs hygiénistes dentaires rapportent que les locaux des écoles ne sont pas toujours adaptés aux activités de brossage. Dans certains cas, les lavabos sont éloignés, ce qui tend à dissuader les enseignants d'adhérer au programme en raison des difficultés perçues. En outre le manque d'espace oblige, dans certains cas, les enseignants à installer les porte-brosses à dents à des endroits inconvenables, impropres et poussiéreux. Dans le centre de la petite enfance à quelques exceptions près, les locaux des centres de la petite enfance sont généralement mieux équipés que ceux des écoles. En effet, la plupart des installations disposent d'un lavabo à proximité, ce qui simplifie l'entretien du matériel. De plus, la désinfection des surfaces et le nettoyage du matériel font partie intégrante du quotidien des éducatrices.

Taille des effectifs : Dans les écoles, la taille des groupes dans les classes complique le déploiement du programme dans les écoles. En effet, dans la plupart des cas, les enseignants gèrent des effectifs de 16 à 20 élèves. Dans les centres de la petite enfance, les groupes d'enfants sont plus petits, ce qui facilite la gestion et la supervision de l'activité. Ces groupes sont généralement composés d'une dizaine d'enfants.

Hygiène et asepsie : Dans les écoles, les enseignants de maternelle ne maîtrisent pas nécessairement les notions d'asepsie. Leurs connaissances sont plus limitées à cet égard. Par ailleurs, ils ne disposent pas toujours du matériel requis pour la désinfection tels qu'un lave-vaisselle, des lingettes ou encore un nettoyant adéquat pour les surfaces. Dans les CPE, pour les éducatrices, elles sont plus à l'aise avec l'hygiène des enfants et maîtrisent les notions de désinfection.

5.3.4 Refus à l'adhésion du programme

Ici, le refus représente un non catégorique de la part du centre de la petite enfance ou de l'école. Pour les besoins de l'analyse, les autres options de réponse (inconnu, pas cette année, pas d'engagement ni de refus formel) ne sont pas considérées.

Entre 2022 et 2024, le pourcentage de refus est plus élevé dans les écoles (38,6 %) que dans les centres de la petite enfance (26,3 %).

Nombre de milieux ayant catégoriquement refusé le programme dans les écoles 148 et dans les centres de la petite enfance 84.

Nombre de milieux contactés : dans les écoles 383 et dans les centres de la petite enfance 320.

Pourcentage : 38,6 % dans les écoles et dans les centres de la petite enfance 26,3 %.

Raisons du refus

L'analyse des grilles de suivi régionales montre que les principaux motifs de refus sont similaires dans les écoles et les centres de la petite enfance. Les enseignants et les éducatrices évoquent principalement quatre raisons : le manque de temps, le manque d'intérêt, la surcharge de travail et la perception de la complexité de l'activité. Ces facteurs sont les plus souvent mentionnés par les intervenants. Ces observations sont corroborées par les hygiénistes interrogées. En effet, selon elles, l'un des principaux obstacles à l'implantation du programme en milieu scolaire est la charge de travail supplémentaire que représentent les activités de brossage pour les enseignants. Le programme exige une gestion importante de leur part. Elles relèvent également que certains professeurs ont refusé le programme en raison du manque de temps et pour préserver les activités offertes aux élèves.

Le manque de temps, la taille des effectifs et l'intégration de l'activité dans la routine constituent également les principales raisons qui expliquent que le brossage n'est pas réalisé cinq fois par semaine, comme recommandé.

5.3.5 Activité de brossage

5.3.5.1 Fréquence du brossage

Toutes proportions gardées, les pourcentages d'enfants et d'élèves qui se brossent les dents à raison de cinq fois par semaine, comme recommandé, sont relativement équivalents (80,3 c. 79,7 % respectivement).

Nombre d'élèves/enfants exposés au brossage (5 fois par semaine) dans les écoles 361 et dans les centres de la petite enfance 2 510.

La proportion dans les écoles 79,7 % et dans les centres de la petite enfance 80,3 %

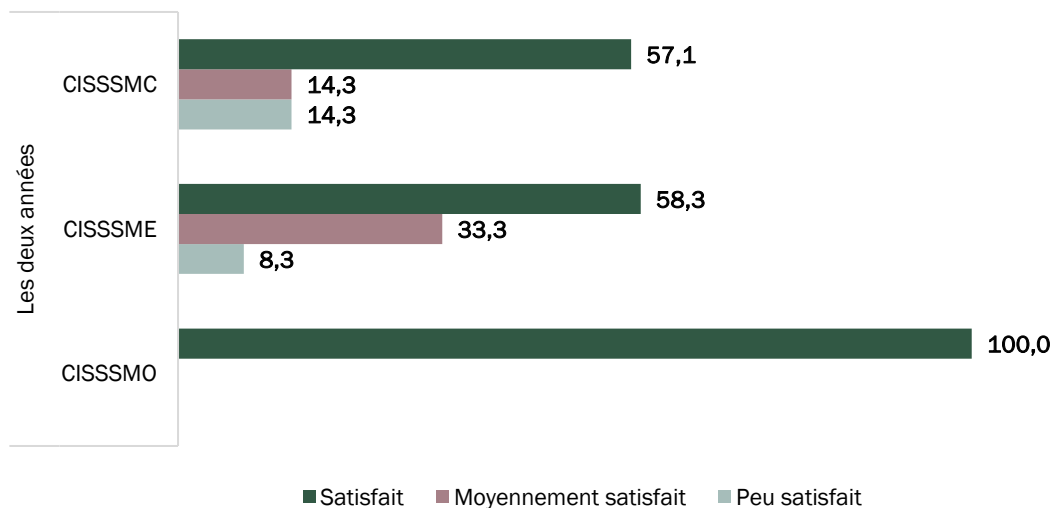
En milieu scolaire, les hygiénistes soulignent que la fréquence est plus élevée dans les classes à double niveau comparé aux classes simples. Cela peut s'expliquer par une gestion plus complexe des classes à un seul niveau, en raison de plusieurs facteurs tels que la présence d'élèves turbulents, ayant des besoins particuliers ou aux prises avec des troubles de l'attention.

5.3.5.2 Appréciation du brossage

La majorité des responsables des écoles et des centres de la petite enfance participants sont satisfaits du brossage et ce, peu importe le territoire. Cependant, les taux de satisfaction sont plus élevés dans les milieux de garde qu'en milieu scolaire. En effet,

plus de la moitié des responsables des écoles sont satisfaits, peu importe le territoire (respectivement 57,1 % au CISSSMC, 58,3 % au CISSSME, 100 % au CISSSMO). Un tiers des responsables des écoles au CISSSME (33,3 %, n=4) sont moyennement satisfaits du brossage alors qu'une faible proportion (8,3 %, n=1) demeure peu satisfaite.

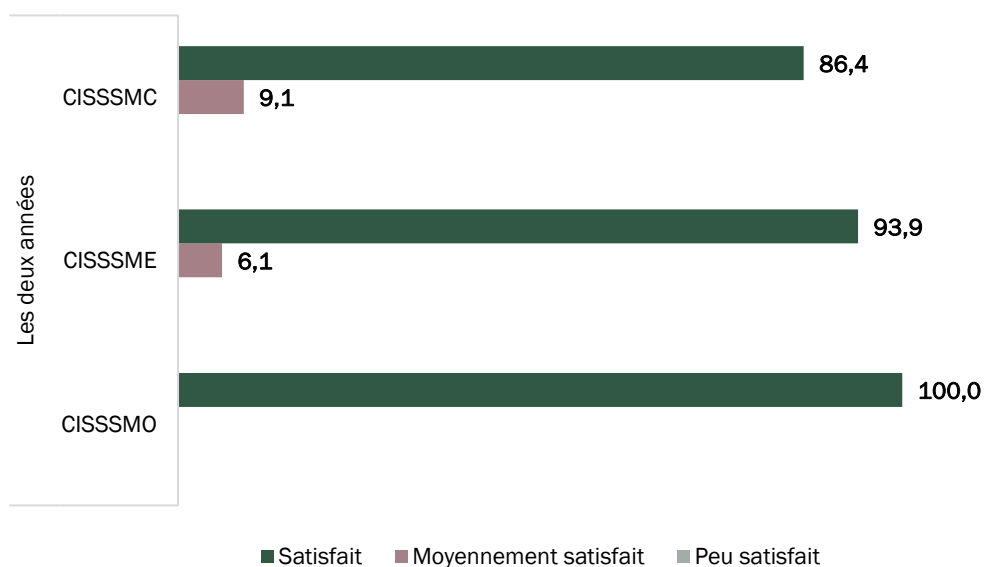
Répartition du degré d'appréciation du brossage par CISSS pour les deux années scolaires dans les écoles (%)



Source : Grilles de suivi régionales, 2022-2024

Parallèlement, la grande majorité des responsables des CPE participants sont satisfaits (86,4 % au CISSSMC, 93,9 % au CISSSME et 100 % au CISSSMO). Au CISSSME et au CISSSMC, on observe une faible proportion moyennement satisfaite (6,1, n=2 et 9,1 %, n=2 respectivement).

Répartition du degré d'appréciation du brossage par CISSS pour les deux années scolaires dans les CPE (%)



Source : Grilles de suivi régionales, 2022-2024

5.3.6 Facteurs liés au brossage

5.3.6.1 *Facteurs favorables*

Les enseignants et les éducatrices consultés estiment que plusieurs éléments ont contribué au bon déroulement de l'activité de brossage dans leurs milieux. Premièrement, ils mettent en avant la flexibilité de choisir le moment le plus approprié pour réaliser l'activité. Deuxièmement, ils soulignent des facteurs liés aux ressources matérielles, comme l'approvisionnement en matériel, notamment dans les milieux favorisés, ainsi que la qualité du matériel fourni. Troisièmement, ils insistent sur le soutien et l'accompagnement des hygiénistes, que ce soit à travers des activités en classe (par exemple, l'activité de lancement), les formations, ou encore leur disponibilité pour répondre aux questions et fournir des informations sur le programme. Ils mentionnent également certains facteurs individuels, comme la conviction des enseignants quant à l'importance du brossage et la motivation des éducatrices. Enfin, ils notent que l'intérêt des jeunes pour l'activité constitue également un déterminant important. De même, l'approche adoptée peut encourager leur participation. À titre d'exemple, un enseignant a observé que les élèves apprécient particulièrement l'activité de brossage, surtout grâce à la vidéo qui l'accompagne tandis qu'une éducatrice souligne le côté ludique comme l'utilisation de la musique. Par ailleurs, les éducatrices mettent l'emphase sur un certain nombre de facteurs propres aux centres de la petite enfance. En effet, dans certains cas, le brossage est déjà une activité établie et intégrée dans la routine quotidienne.

5.3.6.2 *Facteurs défavorables*

Plusieurs obstacles ont été soulignés par les enseignants et les éducatrices des milieux participants au cours des deux années scolaires. Le manque de temps et la gestion des enfants représentent les deux principaux facteurs contraignant la réalisation des activités de brossage autant dans les écoles que les centres de la petite enfance. Par ailleurs, quelques obstacles relatifs à la logistique du matériel, l'adéquation des locaux et l'ajout des tâches dans les routines sont également soulevés.

Obstacles identifiés

Gestion des enfants lors du brossage (ex. : gestion des petits vs grands groupes) : 4 dans les écoles et 15 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 19

Manque de temps : 4 dans les écoles et 12 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 16

Logistique du matériel (ex. : installation des portes-brosses à dents, gestion des brosses à dents, etc.) : 2 dans les écoles et 3 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 5

Inadéquation des locaux (Lavabo trop petit, changement de local pour certains groupes) : 0 dans les écoles et 2 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 2

Manque de motivation des jeunes : 0 dans les écoles et 1 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 1

Ajout de tâches dans la routine : 0 dans les écoles et 1 pour les centres de la petite enfance pour un total pour les deux années scolaires de 1

5.3.7 Formations des enseignants et des éducatrices

L'autoformation a été le type de formation le plus privilégié à la fois par les enseignants et les éducatrices (52,4 et 72,7 % respectivement). La formation en personne par les hygiénistes arrive en deuxième position (47,6 et 23,9 % respectivement). Il appert que la formation par Teams a été peu populaire. Aucun enseignant n'a choisi cette option et seulement 3,5 % des éducatrices ont été formées en virtuel.

5.3.7.1 *Appréciation des formations*

Globalement, les enseignants et les éducatrices interrogés se disent satisfaits de la formation reçue. Cependant, ils proposent quelques améliorations. Les professeurs suggèrent un suivi plus rigoureux des hygiénistes en présentiel, notamment leur présence lors des séances de brossage. Les éducatrices, quant à elles, estiment que les informations communiquées sont déjà bien connues dans leur milieu et recommandent de raccourcir la durée des formations.

Au regard des résultats obtenus, les équipes ont adapté leur approche, entre autres, dans le but d'optimiser l'adhésion des milieux.

5.4 Adaptations

5.4.1 Approche de proximité

Lors de la première année de déploiement, les hygiénistes dentaires ont suivi les consignes de départ en démarchant les milieux via courriel. Au regard des faibles résultats, elles ont opté pour une approche de proximité en se rendant sur place et en présentant le programme en personne. Au CISSSME, les hygiénistes dentaires ont modulé leur approche à la suite des formations sur l'entretien motivationnel. Dorénavant elles insistent moins sur la carie dentaire et mettent davantage l'accent sur la contribution du brossage au développement global et à la santé de l'enfant. Elles notent qu'avec cette approche, il y a plus d'engagements des milieux.

5.4.2 Flexibilité dans l'implantation

Dans les centres de la petite enfance, tout comme pour les écoles, les hygiénistes dentaires insistent dorénavant sur la flexibilité du programme, l'ensemble des outils disponibles et le soutien des équipes locales et régionales. Les hygiénistes dentaires

mettent davantage l'accent sur la flexibilité du programme et la possibilité d'ajuster le déroulement des activités selon la réalité du terrain. Elles admettent que certaines journées peuvent ne pas être propices à la mise en œuvre du programme, tout en maintenant un objectif de brossage régulier.

5.4.3 Milieux champions

Dans les services de garde, l'emphase est également mise sur des milieux champions c'est-à-dire des centres de la petite enfance qui ont implanté le programme et dans lesquels les retombées sont positives.

5.4.4 Focalisation sur les centres de la petite enfance et les milieux familiaux

En 2024-2025, les équipes privilégient le déploiement dans les centres de la petite enfance et les milieux familiaux, car ces derniers sont généralement plus favorables au programme.

5.4.5 Approvisionnement du matériel

Cette année (2024-2025), les équipes se sont engagées à fournir le matériel aux milieux qui avaient accepté de déployer le programme l'année dernière pour les encourager à poursuivre.

5.4.6 Sondage auprès des écoles

Au CISSMO, un questionnaire a été envoyé aux directions des écoles. Ce sondage, envoyé en amont, permet de cibler les milieux intéressés par le programme a priori et de simplifier le processus d'établissement des contacts. Dans ce questionnaire, l'objectif formulé est de connaître les « intentions des écoles face aux ateliers de brossage de dents pour les maternelles 4 et 5 ans ». Les résultats se révèlent positifs au niveau de la portée puisque le questionnaire a permis de joindre près de 70 écoles. Toutefois, ils sont mitigés en ce qui concerne l'adhésion puisque les écoles pensaient que l'on faisait référence aux ateliers anciennement offerts par les hygiénistes dentaires.

En plus des ajustements réalisés à partir des observations faites lors du déploiement, les gestionnaires et les hygiénistes consultés ont identifié plusieurs conditions propices à une mise en œuvre réussie du programme dans les différents environnements.

6. Discussion

Cette section présente les réponses aux différentes questions d'évaluation formulées pour apprécier le déploiement du programme en Montérégie.

De quelle façon le Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré a-t-il été implanté dans les écoles primaires et les centres de la petite enfance? Les interventions ont-elles été mises en œuvre comme prévu, en concordance avec les objectifs? Quels sont les facteurs facilitants ou les obstacles à son implantation?

Le programme n'a pas suivi le scénario de progression prévu. Initialement, il était supposé que la première année de déploiement serait complexe, suivie d'une amélioration et d'un maintien des acquis la deuxième année. En réalité, l'adhésion a été difficile durant les deux premières années, en grande partie à cause d'un contexte défavorable marqué par une vague de désinformation et la grève des enseignants. Plusieurs activités prévues, telles que la formation des hygiénistes et la distribution du matériel, ont dû être repoussées pour rétablir la situation.

Contrairement aux prévisions, le programme a rencontré peu de succès dans les écoles, malgré les liens entre hygiénistes et directions. Les enseignants, habitués aux suivis préventifs des hygiénistes dentaires, montrent une forte opposition. En revanche, les centres de la petite enfance, disposant de locaux adaptés et maîtrisant les notions d'asepsie, sont plus enclins à adopter le programme. Néanmoins, le déploiement a rencontré plusieurs obstacles.

Les parties prenantes sont unanimes : la perception de déresponsabilisation parentale et le caractère optionnel du programme constituent les principaux freins à son adoption. En revanche, la fourniture d'un ensemble (« kit ») de démarrage contenant le matériel nécessaire favorise la participation en réduisant les obstacles liés aux coûts et à l'approvisionnement. De plus, adapter le discours aux publics cibles et présenter le programme comme une activité flexible et ludique, contribuant au développement global des enfants, peut convaincre les représentants des milieux d'y adhérer.

Le programme rejoint-il les clientèles visées (Maternelles 4 et 5 ans et enfants fréquentant les centres de la petite enfance)?

En Montérégie, les activités de brossage supervisé à l'école primaire visent les classes de prématernelle (4 ans) et de maternelle (5 ans). Par conséquent, ce programme n'est pas offert aux services de garde en milieu scolaire. Bien que le programme soit effectivement disponible pour les clientèles visées, les résultats observés sont en deçà des attentes. En effet, moins de 10 % des enfants concernés bénéficient actuellement du programme, ce qui est loin de la cible finale de 80 %.

Dans les services de garde éducatifs à l'enfance, les activités sont destinées aux enfants fréquentant les centres de la petite enfance, les garderies subventionnées et les garderies en milieu familial. Il est à noter que la majorité des interventions réalisées par les hygiénistes au cours des années scolaires 2022-2023 et 2023-2024 ont eu lieu dans les CPE. À l'instar des écoles, le nombre d'enfants en centre de la petite enfance bénéficiant d'un brossage quotidien est considérablement inférieur aux résultats attendus.

Les activités réalisées correspondent-elles aux activités prévues initialement? Le programme a-t-il eu les résultats escomptés?

Les activités prévues, telles que les contacts avec les écoles et les services de garde, n'ont pas été menées de manière aussi extensive que souhaité. Sur les trois territoires des CISSS, les hygiénistes ont rencontré des difficultés à établir des liens avec les établissements, en raison de la résistance et du manque d'ouverture de certains milieux, ce qui se reflète dans les taux de participation sensiblement inférieurs aux attentes. Le niveau d'adhésion est en deçà des prévisions. Les équipes régionales et locales avaient anticipé des taux de participation plus élevés.

Au CISSSMO, l'implantation en milieu scolaire a été extrêmement difficile. La grande majorité des écoles se sont montrées réfractaires au programme et ont refusé d'y adhérer. À titre d'exemple, durant l'année scolaire 2022-2023, aucune école n'a adhéré au programme. Au cours de l'année suivante (2023-2024), seulement deux écoles ont démarré les activités.

Au CISSSME, plusieurs hygiénistes dentaires ressentent qu'elles ne parviendront pas à démarcher d'autres milieux. Nombreuses sont celles qui constatent une certaine stagnation des adhésions au sein de leur RLS. Par ailleurs, étant donné que moins de milieux ont adhéré au programme que ce qui avait été anticipé, il y a des excédents de matériel. De fait, l'équipe régionale a acheté du matériel en se basant sur des projections de participation. Or, en réalité, il y a moins de milieux qui participent au programme que ce qui avait été prévu donc les équipes n'ont pas pu distribuer tout le matériel. Ceci a entraîné des défis concernant la conservation des produits périssables (ex. : dentifrices). Toutefois, des démarches ont été entreprises pour redistribuer le matériel périmé à des organismes communautaires entre autres.

Concernant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (ISS), il n'est pas encore atteint à ce stade. Les dentistes-conseils interrogées estiment qu'il est trop tôt pour évaluer les effets du programme et son impact sur la réduction des ISS chez les

élèves concernés. Selon elles, il faut laisser le temps au programme de s'implanter dans les différents milieux. Cependant, l'une d'entre elles suppose que la majorité des milieux ayant mis en place le programme jusqu'à présent sont plutôt favorisés, ce qui pourrait potentiellement accentuer les inégalités sociales. Là encore, il est trop tôt pour en juger, mais elle estime que cela mérite d'être surveillé.

En somme, les objectifs fixés pour le programme étaient plus ambitieux que ce qui a été effectivement réalisé. Malgré des cibles établies et des ressources allouées, le déploiement a été entravé par des obstacles contextuels, des défis logistiques, une résistance dans les milieux éducatifs et de garde, ce qui a conduit à des résultats en deçà des attentes initiales.

Le programme a-t-il été réalisé au coût prévu?

Selon les informations disponibles, le programme a été mis en œuvre conformément aux ressources financières allouées par le MSSS. Cependant, ce financement arrivera à terme à la fin de l'année scolaire 2024-2025, ce qui soulève des questions quant à l'approvisionnement du matériel aux milieux et ultimement à l'avenir du programme.

7. Recommandations

À la lumière des observations et des résultats obtenus jusqu'à présent, les recommandations suivantes sont formulées afin d'améliorer le programme et d'en assurer la pérennité.

Planification du déploiement

- Définir les orientations et les objectifs à atteindre en amont pour optimiser le déploiement.
- Intégrer les équipes locales dès la phase de réflexion pour favoriser la collaboration dès le départ et faciliter l'adhésion au programme.

Renforcement de la communication

Améliorer la communication entre les différents niveaux (régional et local) est crucial. Les équipes de proximité doivent être informées en temps réel des communications envoyées aux milieux scolaires afin de pouvoir réagir et s'adapter.

Soutien à la coordination

Avoir un chef d'équipe pour coordonner les efforts des hygiénistes dentaires pourrait améliorer la gestion et l'efficacité du programme. Cela permettrait de mieux répartir les responsabilités et de soutenir les équipes dans leur travail.

Répartition des ressources humaines

Désigner des personnes attitrées pour favoriser une meilleure appropriation, assurer la continuité et l'efficacité du programme ou dans une moindre mesure rééquilibrer les tâches pour mieux répartir le temps entre les scellants et le brossage.

Lourdeur des processus administratifs

Simplifier les processus administratifs (par ex. : complétion des grilles de suivi) pour alléger la charge de travail des hygiénistes dentaires.

Approvisionnement du matériel

Réfléchir à une solution alternative en ce qui a trait au matériel parce que l'approvisionnement représente un levier important, une condition sine qua non pour l'adhésion au programme. Autrement, cela risque d'être un frein considérable pour certains CPE et milieux scolaires.

Logistique du matériel

- Clarifier les rôles et les responsabilités en ce qui a trait à la logistique du matériel (distribution plus précisément).
- Déléguer la commande de matériel aux équipes locales pour qu'elles puissent bénéficier de l'aide nécessaire pour la logistique (service disponible au CISSS.)
- Éviter de recevoir de grandes quantités de matériel à la fois, à moins d'avoir un espace de stockage adéquat.

Mobilisation des milieux

- Adopter une approche de proximité en privilégiant, par exemple, les rencontres en personne ne serait-ce qu'au démarrage plutôt que les courriels ou les appels téléphoniques.
- Simplifier les processus et l'approche au maximum en épurant les communications, par exemple en limitant le nombre de courriels.
- Adapter le discours en présentant le brossage comme une activité ludique pouvant contribuer au développement global des enfants, et ce, à plusieurs niveaux (dextérité fine, perception spatiale, dissociation du poignet, du bras et de l'épaule, etc.)

Milieu scolaire

- Saisir des occasions (ex. : congrès d'enseignants) pour exercer une influence en amont comme ce qui est fait avec les cohortes d'étudiants des techniques en hygiène dentaire et en petite enfance. Actuellement, les équipes locales et régionales sont en train d'établir des collaborations avec certains milieux d'enseignement (ex. : Cégep Edouard-Montpetit) pour présenter le programme afin de sensibiliser le personnel scolaire au préalable.
- Réaliser une analyse de besoins auprès des enseignants de maternelle, d'une part pour mieux connaître leur perception du programme comprendre les raisons qui motivent leurs refus (au-delà de la perception de déresponsabilisation des parents et l'ajout de tâches) et d'autre part pour s'informer sur le type de soutien dont ils ont besoin et ce qui faciliterait le déploiement de leur côté.
- Recommander aux professeurs de diviser les grands groupes en petits groupes de 5 élèves pour faciliter le déroulement et la supervision de l'activité.

Milieux de garde

- Présenter le brossage comme une activité d'hygiène à part entière au même titre que l'hygiène corporelle et l'hygiène des mains. Dans les CPE, établir des liens avec les quatre sphères de développement de l'enfant constitue également un avantage considérable.
- Informer les inspecteurs en hygiène et salubrité, les sensibiliser au programme afin qu'ils puissent endosser le rôle d'agents multiplicateurs auprès des centres de la petite enfance.
- Clarifier les directives concernant l'octroi des attestations de formation pour les éducatrices, plus particulièrement pour les garderies en milieu familial.

Mobilisation des hygiénistes dentaires

- Sonder les hygiénistes dentaires pour connaître leurs besoins en lien avec le programme.
- Offrir des activités spécifiques et répondant à leurs besoins (par ex. : formations, exercices de mises en situation, mentorat avec les hygiénistes dentaires expérimentées, etc.)
- Examiner plus en profondeur les aspects liés au renforcement des compétences (rétention des connaissances).

Mobilisation des parents

- Sensibiliser les parents à l'importance du fluor et aux bonnes habitudes de brossage (quantité de dentifrice, ne pas rincer, etc.)
- Dans le courriel à leur intention, insister sur le fait que le brossage se veut une activité ludique **complémentaire** ayant pour but d'apprendre aux enfants à mieux se brosser les dents et acquérir de bonnes habitudes pour faciliter le brossage à domicile. Cela pourrait également aider à atténuer les craintes de certains CPE concernant la fréquence exigée.

Ces recommandations visent à renforcer l'efficacité et l'impact du programme dans les écoles et les milieux de garde, en tenant compte des leçons apprises au cours des premières années de déploiement.

8. Limites de l'étude évaluative

Les observations réalisées concernent les années scolaires 2022-2023 et 2024-2025. Cependant, l'adhésion des milieux a été extrêmement faible au cours de la première année scolaire. Il serait donc pertinent d'examiner les résultats avec un échantillon plus large de milieux.

En outre, la présente étude évaluative se concentre principalement sur la mise en œuvre du programme. Une évaluation sommative serait appropriée pour en évaluer les effets et, entre autres, s'assurer que l'approche universelle privilégiée ne renforce pas les inégalités sociales liées à la carie dentaire.

9. Conclusion

Ce rapport d'évaluation a permis de répondre à l'objectif principal d'apprécier l'implantation du Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré dans les classes de maternelle 4 et 5 ans des écoles primaires et les centres de la petite enfance de la Montérégie et de déterminer si le programme est implanté comme prévu afin d'atteindre les résultats escomptés.

Il permet de mettre en lumière que l'implantation du programme en Montérégie diffère des plus petites régions. En effet, compte tenu de la réalité territoriale, le programme a été actualisé progressivement. Les responsables du déploiement ont fait le choix de démarrer avec le milieu scolaire en s'appuyant sur la collaboration existante entre le réseau de la santé et le réseau éducatif. Effectivement, grâce à l'entente MSSS-MEQ, les hygiénistes dentaires travaillent de concert avec les écoles notamment dans le cadre de l'application des scellants dentaires. Or, l'implantation s'est heurtée à un certain nombre d'obstacles que ce soit dans les écoles ou les milieux de garde.

Premièrement, le déploiement a dû être retardé en raison de la COVID-19. Les premières phases se sont déroulées dans un contexte où les ressources étaient éreintées à la suite de leur contribution aux efforts de la pandémie, notamment au niveau des activités de dépistage et de suivi des cas et contacts.

Deuxièmement, le programme a occasionné un certain nombre de changements importants. D'une part, l'abandon des suivis préventifs, interventions particulièrement appréciées par les hygiénistes dentaires, mais jugées inefficaces par le MSSS. D'autre part, le passage d'un rôle de prévention vers un rôle de promotion. Avec le programme de brossage, les hygiénistes dentaires endossent les responsabilités de promoteur de la santé, posture qui leur était étrangère jusqu'ici. Ce changement de pratique a entraîné des conséquences non négligeables sur leur niveau de motivation, le déroulement des activités et ultimement sur les résultats observés.

Troisièmement, les équipes ont dû conjuguer avec un nombre considérable de refus, ce qui ne leur est pas familier puisque les hygiénistes sont toujours accueillies favorablement notamment pour les scellants. Les multiples refus entraînent un sentiment de déception chez les hygiénistes dentaires qui ont l'impression d'avoir les « mains liées » dans la mesure où les actions sont limitées à partir du moment où un milieu donne une fin de non-recevoir. L'implantation a été grandement marquée par la circulation d'informations erronées et la vague médiatique contre le programme. Dans le milieu scolaire, les enseignants se sont montrés peu enclins à implanter le programme perçu, à ce moment-là, comme un alourdissement de leurs tâches.

Force est de constater que les résultats actuels sont peu probants. L'implantation semble mieux se dérouler dans les milieux de garde si on se fie aux données collectées. Toutefois, les acteurs interrogés estiment qu'il est prématuré de juger si les objectifs de déploiement ont été atteints ou pas, compte tenu des attentes minimales des deux premières années scolaires et du faible volume de milieux qui ont actualisé le programme.

En définitive, les constats de ce rapport et les recommandations formulées pourront servir de base de réflexion au niveau régional sur les moyens nécessaires pour surmonter les facteurs défavorables et faire face aux défis importants.

10. Références

1. Brousselle A., Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
2. Direction de santé publique de la Montérégie. (2019). *Fiche de présentation des dossiers*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.
3. Direction de santé publique de la Montérégie. (2021). *Mandats du comité d'implantation du programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire (PQBSDF)*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.
4. Direction de santé publique de la Montérégie. (2023). *Stratégie régionale du déploiement du Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en 2023-2024*. Longueuil : Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Programme québécois de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré en service de garde éducatif à l'enfance et à l'école primaire-Cadre de référence à l'intention des gestionnaires et des intervenants de santé dentaire publique*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-231-03W.pdf>
6. Pineault, R. et Daveluy, C. (2020). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies* (2e éd.). JFD éditions.
7. Vandal, G. (2021). *Programme de brossage supervisé des dents avec un dentifrice fluoré. Analyse de l'environnement externe concernant les services de garde éducatifs à l'enfance en Montérégie*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique.
8. Veilleux, G., Généreux, M., Brodeur J.M., Durocher, J., Provençal, D., Dumitru, V. (2009). *Brosse, brosse, brosse, j'me brosse les dents... les pratiques correspondent-elles aux recommandations?* Institut de la statistique du Québec.
<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-09-juin-2009-brosse-brosse-brosse-jme-brosse-les-dents-les-pratiques-correspondent-elles-aux-recommandations-serie-etude-longitudinale-du-developpement-des-enfants-du-quebec.pdf>

*Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre*

Québec 