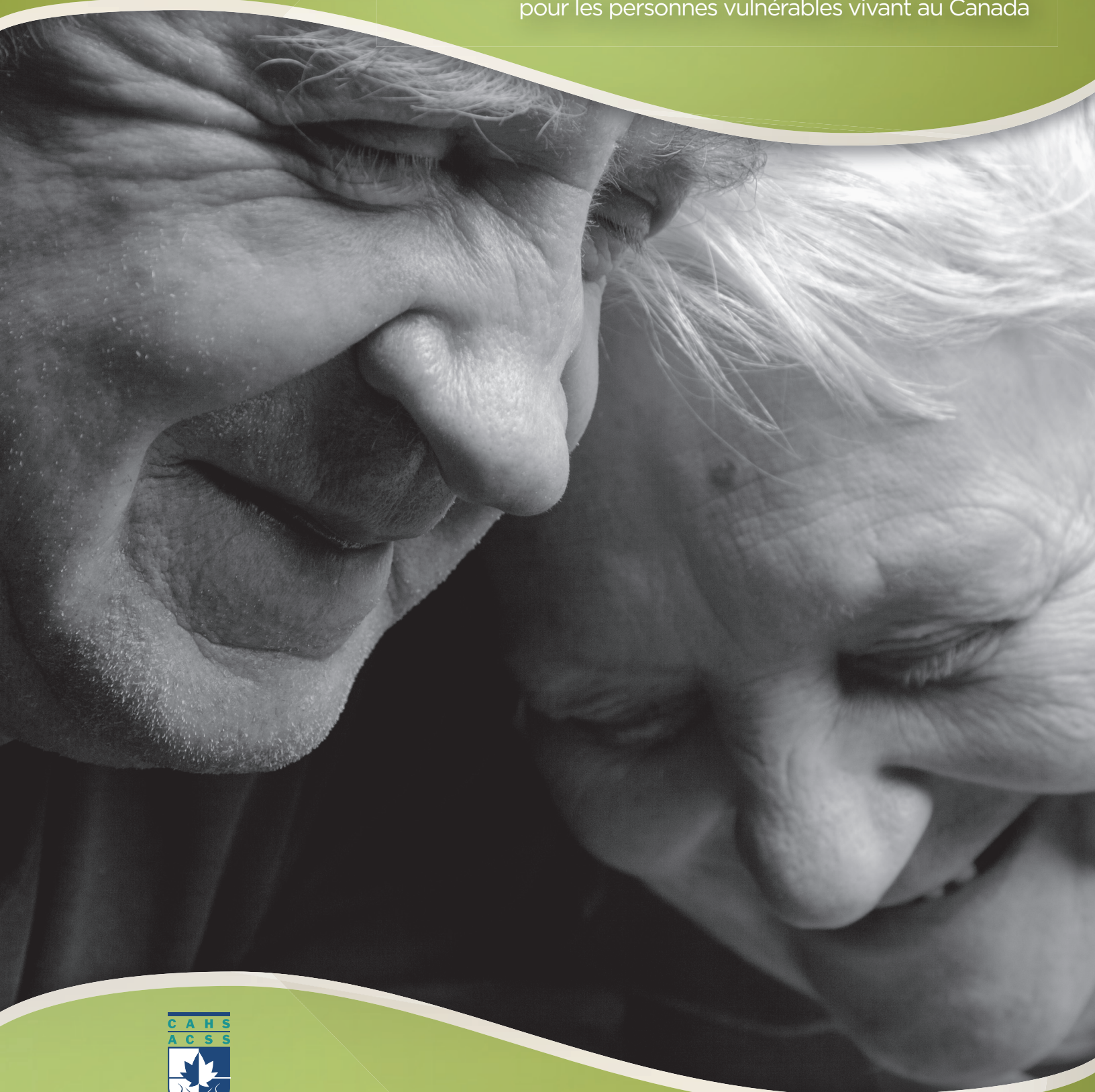


Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire

pour les personnes vulnérables vivant au Canada



Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire

pour les personnes vulnérables vivant au Canada



Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

Académie canadienne des sciences de la santé

180, rue Elgin, bureau 1403, Ottawa (Ontario) Canada K2P 2K3

Avis : Le projet sur lequel porte ce rapport a été entrepris avec l’approbation du conseil des gouverneurs de l’Académie canadienne des sciences de la santé. Les membres du comité d’experts responsable du rapport ont été choisis en raison de leurs compétences spécifiques et en vue d’obtenir un équilibre des points de vue. Les opinions, constatations, conclusions et recommandations présentées dans cette publication sont celles de leurs auteurs, à savoir les membres du comité d’experts sur la santé bucco-dentaire, et ne représentent pas nécessairement la position des organismes auxquels ils sont affiliés ou dont ils sont employés.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Améliorer l’accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada

Comprend des références bibliographiques et un index.

Publié en formats imprimé(s) et électronique(s).

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

ISBN 978-0-9877815-2-9 (couverture souple).--ISBN 978-0-9877815-4-3 (pdf)

1. Pauvres--Soins dentaires--Canada. 2. Handicapés sociaux—Soins dentaires--Canada. 3. Services de santé--Accessibilité--Canada.

I. Académie canadienne des sciences de la santé, organisme de publication

II. Titre: Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada.

RK52.4.C3I46 2014 362.19'760086942071 C2014-900234-3F C2014-900236-X

Publié aussi en anglais sous le titre : Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada

Comprend des références bibliographiques et un index. Exclut les appendices, qui peuvent être consultés dans le site Web de l'ACSS au www.cahs-acss.ca.

Monographie électronique en format PDF. Publié aussi en format imprimé.

Le rapport peut être cité comme suit : Académie canadienne des sciences de la santé, 2014.

Avis de non-responsabilité : Au meilleur de la connaissance de l'ACSS, les données et les informations tirées d’Internet qui figurent dans le présent rapport étaient exactes à la date de publication du rapport. En raison de la nature dynamique d’Internet, des ressources gratuites et accessibles au public peuvent subséquentement faire l’objet de restrictions ou de frais d’accès, et l’emplacement des éléments d’information peut changer lorsque les menus et les pages Web sont modifiés.

© 2014 Académie canadienne des sciences de la santé

Imprimé à Ottawa, Canada

Académie canadienne des sciences de la santé

L'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) offre des conseils scientifiques en vue de contribuer à la bonne santé de la population canadienne. Il s'agit d'un organisme à but non lucratif créé en 2004 et conçu pour œuvrer en partenariat avec la Société royale du Canada et l'Académie canadienne du génie. Ces trois organismes sont les trois membres fondateurs du Conseil des académies canadiennes. L'Institut canadien de médecine académique, qui a joué un rôle de premier plan dans la mise sur pied de l'Académie canadienne des sciences de la santé, a veillé à ce que son mandat englobe tout l'éventail des autres disciplines des sciences de la santé.

Le modèle de l'ACSS est l'Institute of Medicine des États-Unis. L'ACSS fournit en temps voulu des évaluations éclairées et indépendantes sur des questions urgentes qui touchent la santé des Canadiens et des Canadiennes. Le processus de travail de l'ACSS est conçu de façon à garantir l'accès aux experts appropriés, l'intégration des meilleures connaissances scientifiques et l'élimination de tout parti pris ou conflit d'intérêts. Ce dernier aspect relève d'une dynamique qui affecte souvent la recherche de solutions aux problèmes difficiles dans le secteur de la santé. Les évaluations effectuées par l'ACSS offrent une analyse objective des données scientifiques disponibles, indépendamment des considérations politiques et selon une perspective axée sur l'intérêt du grand public.

Les commanditaires dont émane la demande d'évaluation ont leur mot à dire en ce qui concerne la définition du cadre dans lequel s'inscrit la question à l'étude; mais ils n'ont aucune influence sur les résultats de l'évaluation ni sur le contenu du rapport. Chaque évaluation de l'ACSS est préparée par un comité d'experts nommés par l'ACSS et est elle-même évaluée de façon approfondie par des examinateurs externes qui restent anonymes pour le comité d'experts et dont les noms ne sont révélés qu'une fois que le rapport a été publié. L'approbation finale de la publication et de la diffusion d'un rapport de l'ACSS relève exclusivement du conseil des gouverneurs de l'ACSS.

L'ACSS se compose de membres élus issus de diverses disciplines, tant au sein du secteur de la santé qu'en dehors de ce secteur. Il s'agit à la fois d'un organisme regroupant des membres honorifiques et d'un organisme de recherche sur les politiques publiques. Les membres sont élus à l'ACSS à l'issue d'un processus rigoureux d'examen par les pairs dont les critères portent sur les aspects suivants : preuves du rôle de chef de file, créativité, compétences caractéristiques et engagement à faire progresser les études et la recherche sur les sciences de la santé.

TABLE DES MATIÈRES

FIGURES ET TABLEAUX	iv
SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS	1
Une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada	4
Les problèmes de fond mis en lumière dans ce rapport	4
Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond et à réaliser la vision ...	4
1 CONTEXTE DE CE RAPPORT	10
1.1 Le mandat du Comité	10
1.2 L'objectif du rapport	11
1.3 Les méthodes employées	11
1.3.1 La structure employée pour décrire et comprendre les problèmes	11
1.3.2 La revue de la littérature effectuée pour ce rapport	12
1.3.3 Les analyses de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé	13
2 DÉFINITION DU PROBLÈME	15
2.1 Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire au Canada	15
2.2 Les inégalités en matière de soins de santé bucco-dentaire au Canada	19
2.3 La relation entre les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins de santé bucco-dentaire au Canada	25
3 MODÈLE ACTUEL DE FINANCEMENT ET DE PRESTATION DES SOINS DENTAIRES AU CANADA	27
3.1 Le développement historique des services canadiens de soins de santé bucco- dentaire	27
3.2 Les systèmes de soins de santé bucco-dentaire du Canada tels qu'ils existent aujourd'hui	29
3.2.1 La division entre le secteur public et le secteur privé en matière de prestation des soins de santé bucco-dentaire	32
3.2.2 La division fédérale, provinciale et municipale en matière de prestation de soins de santé bucco-dentaire	36
3.3 Les comparaisons du Canada à l'échelle internationale	36
3.4 Les problèmes liés au mode de prestation actuel des soins de santé bucco- dentaire au Canada	40
3.4.1 L'exclusion de populations particulières et les défis connexes	41
3.4.2 Le manque de normes relatives aux soins de santé bucco-dentaire à l'échelle du pays	43

3.4.3	L'offre de traitements dentaires non soutenus par des données scientifiques.....	44
3.4.4	Une main-d'œuvre et des établissements non diversifiés en soins de santé bucco-dentaire	46
3.4.5	La non-taxation des régimes dentaires	48
3.4.6	Le nouveau contexte	48
3.4.7	Les variations quant à l'utilisation des ressources, normes et principes de soins de santé bucco-dentaire partout au Canada	53
4	DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	54
5	RÉPERCUSSIONS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES ET DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	57
5.1	Les répercussions d'une mauvaise santé bucco-dentaire.....	57
5.2	Les avantages de soins de santé bucco-dentaire de qualité.....	58
5.3	La santé bucco-dentaire et l'état de santé général.....	59
6	QUE PEUT-ON FAIRE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET DE SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AU CANADA?	62
6.1	La prévention chez les enfants et les répercussions potentielles chez les adultes.....	62
6.2	Le contexte résidentiel ou de soins de longue durée	64
6.3	La pauvreté et les options publiques	65
6.4	L'administration et les modalités de paiement des programmes publics	66
6.5	Des soins de santé bucco-dentaire universels	67
6.6	L'allocation des services de soins de santé bucco-dentaire.....	68
6.7	La diversification de la main-d'œuvre en soins de santé bucco-dentaire.....	70
6.8	Le rôle de l'éducation dentaire	71
7	VISION, PROBLÈMES DE FOND ET RECOMMANDATIONS	73
7.1	Une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada.....	73
7.2	Les problèmes de fond mis en lumière dans ce rapport.....	73
7.3	Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond et à réaliser la vision.....	75
8	RÉFÉRENCES.....	79

Le corps principal du rapport et les appendices suivants sont accessibles dans le site Web de l'Académie canadienne des sciences de la santé (<http://www.cahs-acss.ca/reports/>) :

APPENDICES – INTRODUCTION

APPENDICE A : Enfants et adolescents

APPENDICE B :Personnes vivant et travaillant en situation de pauvreté

APPENDICE C :Groupes autochtones

APPENDICE D :Personnes âgées

APPENDICE E : Autres groupes vulnérables

APPENDICE F : Dental Disciplines Act de la Saskatchewan (1997)

APPENDICE G :Tableau des données issues de la littérature et rapports cités dans le rapport principal

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 2.1 Indicateurs de santé bucco-dentaire selon le niveau d'éducation des adultes	15
Figure 2.2 Prévalence des maladies parodontales (des gencives) chez les adultes de 20 à 59 ans selon la nationalité d'origine et le niveau d'éducation	16
Figure 2.3 Pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant éprouvé de la douleur aux dents au cours de l'année précédente selon que leurs parents sont propriétaires ou non de la résidence dans laquelle ils vivent	17
Figure 2.4 Pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant éprouvé de la douleur aux dents au cours de l'année précédente selon le niveau de revenu du ménage	17
Figure 2.5 Nombre moyen de dents cariées chez les enfants et les adolescents selon le plus haut niveau d'éducation des parents	18
Figure 2.6 Indices de concentration pour des mesures de santé bucco-dentaire particulières chez les adultes*	19
Tableau 2.1. Indices de concentration pour les indicateurs de l'état de santé général et bucco-dentaire chez les adultes	19
Figure 2.7 Indicateurs de l'accès aux soins dentaires selon le niveau de revenu familial au Canada	20
Figure 2.8 Assurance et accès aux soins de santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents	21
Figure 2.9 Assurance et accès aux soins de santé bucco-dentaire chez les adultes	22
Figure 2.11 Prévalence de l'absence d'assurance dentaire selon le groupe d'âge et le niveau de revenu familial	23
Figure 2.12 Indicateurs d'accès aux soins dentaires et revenu du ménage chez les personnes âgées vivant au Canada	23
Figure 2.13 Prévalence des douleurs bucco-dentaires et de la difficulté à s'alimenter selon l'évitement ou non des soins dentaires en raison du coût	24
Figure 2.14 Utilisation des services dentaires selon le nombre moyen de dents cariées et de dents obturées chez les adultes	25
Figure 2.15 État bucco-dentaire et évitement des visites chez le dentiste en raison du coût chez les personnes âgées vivant au Canada	26
Figure 3.1 Contributions de l'employeur aux régimes d'avantages sociaux dans certains secteurs en 1968 et en 1976 (en dollars par employé)	29
Figure 3.2 Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire par habitant au Canada, entre 1960 et 2005 (en dollars constants de 2005)	30
Tableau 3.1. Programmes publics provinciaux et territoriaux de soins de santé bucco-dentaire, et services municipaux et non gouvernementaux offerts au Canada en 2007	31

Tableau 3.2 Total des dépenses en soins de santé générale et bucco-dentaire selon la source de financement au Canada, en 2008 (en millions de dollars; excluant les dépenses du gouvernement fédéral)	32
Tableau 3.3 Dépenses publiques en soins de santé dentaire au Canada, en 2007	33
Tableau 3.4 Dépenses fédérales publiques en soins de santé bucco-dentaire au Canada, en 2007	34
Tableau 3.5 Comparaison de la distribution des ressources publiques de soins de santé dentaire, en 1986 et en 2005 (M = millions de dollars)	34
Tableau 3.6 Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire, par objectif gouvernemental, dans certaines provinces, en 1980 et en 2005 (en milliers de dollars)	35
Figure 3.3 Probabilité d'une consultation dentaire au cours de l'année précédente selon le groupe de revenu dans 16 pays de l'OCDE (en 2009 ou l'année la plus proche).....	37
Figure 3.4 Part du secteur public par habitant pour les dépenses en soins dentaires dans les pays de l'OCDE au cours de la période 2001 à 2008	38
Tableau 3.7 Proportion d'adultes ayant besoin de soins, mais ne consultant pas de médecin ou de dentiste en raison du coût (en 2001 et 2002)	39
Figure 3.5 Consultation d'un dentiste ou d'un médecin de famille selon l'état de santé (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010)	39
Figure 3.6 Adultes vivant au Canada et possédant une assurance dentaire publique ou privée selon le revenu	41
Tableau 3.8 Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE) de l'Ontario (de 0 à 13 ans) et Programme des services de santé non assurés (SSNA) du fédéral (pour tous les âges) : nombre de restaurations et dépenses (en milliers de dollars) pour les restaurations à l'amalgame et en composite au cours des exercices financiers de 1999/2000 et de 2009/2010	45
Figure 3.7 Indice de concentration des dents cariées au sein de la population canadienne ..	49
Figure 3.8 Nombre moyen de consultations annuelles chez le dentiste	50
Figure 3.9 Obstacles relatifs au coût des soins dentaires perçus par les Canadiens selon leur niveau de revenu, de 1996 à 2009	51
Figure 3.10 Obstacles relatifs au coût des soins dentaires perçus par les Canadiens à revenu moyen avec et sans assurance dentaire, de 1996 à 2009.....	52
Figure 3.11 Prévalence de l'assurance dentaire chez les Canadiens selon leur niveau de revenu, de 1996 à 2009	52
Figure 4.1 Intégration de l'approche du facteur de risque commun dans un cadre de déterminants sociaux	54
Tableau 4.1 Décomposition des facteurs expliquant la concentration des problèmes de santé bucco-dentaire chez les adultes vivant en situation de pauvreté au Canada	55
Figure 6.1 Populations prioritaires selon le nombre de pays qui les distinguent	69

Figure 6.2 Services fournis selon le nombre de pays qui les distinguent (dans la plupart des cas, les services d'aide et de maintien de la fonction et les services esthétiques sont pris en charge de manière limitée uniquement).....	69
---	----

Ce rapport a été produit grâce aux efforts de collaboration du comité de l'Académie canadienne des sciences de la santé, formé des personnes suivantes et soutenu par les commanditaires suivants :

Président :

- D^r P. J. Allison, BDS, FDS RCS (Angleterre), M.Sc., Ph.D.
 - Professeur et doyen, Faculté de médecine dentaire, Université McGill

Experts :

- M^{me} T. Bailey, BA, LLB
 - Chef d'équipe principale, avocate-procureure, services juridiques et législatifs d'Alberta Health, Alberta Justice and Solicitor General
- D^{re} L. Beattie, M.D., FRCPC
 - Professeure émérite, Département de gériatrie, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique
- M. S. Birch, D. Phil.
 - Professeur d'économie de la santé, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, Ontario
- M^{me} L. Dempster, B.Sc.D., M.Sc., Ph.D.
 - Professeure adjointe, dentisterie préventive et santé dentaire publique, Faculté de médecine dentaire, Kamienski Professorship in Dental Education Research, Université de Toronto
- D^{re} N. Edwards, BScN, MSc, PhD
 - Directrice scientifique, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada
- D^r B. Graham, DDS
 - Doyen, Université de l'Illinois à Chicago, Collège de dentisterie, É.-U.
- M^{me} J. Gray, TD, HD
 - Conseillère technique pour le programme de soins dentaires du ministère de la Santé de la Saskatchewan, région sanitaire de Mamawetan Churchill River, autorité sanitaire régionale de Keewatin Yatthé et autorité sanitaire d'Athabasca
- D^{re} D. Legault, DMD, MBA
 - Conseillère principale, Centre d'excellence pour la santé bucco-dentaire et le vieillissement, Université Laval

- D^r N. E. MacDonald, M.D., M.Sc., FRCPC, FCAHS
 - Professeur de pédiatrie, Université Dalhousie, Division des maladies infectieuses pédiatriques, IWK Health Centre, Halifax, Nouvelle-Écosse
- D^{re} M. McNally, M.Sc., DDS, MA
 - Professeure agrégée, Facultés de médecine dentaire et de médecine, Université Dalhousie, Halifax, Canada
- M. R. Palmer, B.Sc., Cert Éd., Ph.D.
 - LEAD Consulting Ltd., Edmonton, Alberta
- D^r C. Quiñonez, DMD, M.Sc., Ph.D., FRCD(C)
 - Professeur adjoint et directeur de programme, Programme de formation spécialisée en santé dentaire publique, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto
- D^r V. Ravaghi, BDS, PhD
 - Boursier postdoctoral, Faculté de médecine dentaire, Université McGill
- D^r J. Steele, CBE, BDS, Ph.D., FDS RCPS, FDS Rest dent
 - Président de la recherche sur les services de santé bucco-dentaire, École de sciences dentaires et centre de recherche sur la santé bucco-dentaire, Université de Newcastle, RU

Coordination :

- D^{re} F. Power, MSc, DDS
 - Professeure adjointe, Faculté de médecine dentaire, Université McGill

Examineurs externes :

- D^r P. Cooney
 - Dentiste en chef, Agence de la santé publique du Canada
- M. C. Forget
 - Membre du conseil d'administration du Centre universitaire de santé McGill
- Professeure E. Treasure
 - Vice-chancelière adjointe, Université de Cardiff, Royaume-Uni

Commanditaires :

- Association des facultés dentaires du Canada
- Association canadienne de recherches dentaires
- Département de dentisterie et d'hygiène dentaire, Faculté de médecine et de médecine dentaire, Université de l'Alberta

- Programme de soins dentaires, École de médecine et de médecine dentaire Schulich, Université Western
- Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal
- Faculté de médecine dentaire, Université Dalhousie
- Faculté de médecine dentaire, Université McGill
- Faculté de médecine dentaire, Université de la Colombie-Britannique
- Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto
- Henry Schein Ltd.
- Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, Instituts de recherche en santé du Canada
- Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse
- Ordre des dentistes du Québec
- Réseau de recherche en santé bucco-dentaire et osseuse
- Sunstar GUM
- 3M ESPE

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

Ce rapport conclut une évaluation de trois ans menée par un comité multidisciplinaire de l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) (« le Comité ») sur la question de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire par les groupes vulnérables au Canada. Il présente une analyse novatrice des données issues de la récente Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) qui, pour la première fois depuis environ 40 ans, a fourni des renseignements cliniques représentatifs à l'échelle nationale sur l'état de santé bucco-dentaire de la population canadienne. De plus, une revue ciblée de la littérature a été menée à bien, et tous les renseignements qui en résultent ont été examinés, discutés et intégrés dans le rapport du Comité.

Les principaux points suivants ont émergé de l'enquête de l'ACSS relativement à la santé bucco-dentaire et aux soins de santé bucco-dentaire au Canada :

- Un grand nombre de Canadiennes et Canadiens à faible revenu, voire à revenu moyen, souffrent de douleurs, d'inconfort, d'incapacité et de perte d'occasion en raison d'une mauvaise santé bucco-dentaire.
- Environ six millions de Canadiens évitent de consulter un dentiste chaque année en raison du coût.
- Il existe d'importantes inégalités liées au revenu en ce qui concerne la santé bucco-dentaire, en plus d'une iniquité en matière d'accès aux soins de santé bucco-dentaire.
- Les personnes qui souffrent des problèmes de santé bucco-dentaire les plus importants sont également celles qui ont le plus de difficulté à accéder aux soins de santé bucco-dentaire.
- Les inégalités liées au revenu sont plus importantes pour les indicateurs de santé bucco-dentaire que pour les indicateurs de l'état de santé général.
- En ce qui a trait à la santé bucco-dentaire, les inégalités liées au revenu sont plus importantes chez les femmes que chez les hommes.
- Les inégalités d'accès aux soins dentaires contribuent aux inégalités sur le plan de la santé bucco-dentaire.
- La santé bucco-dentaire fait partie de l'état de santé général et elle est associée aux mêmes déterminants sociaux, économiques et comportementaux; de plus, il existe des liens directs entre une mauvaise santé bucco-dentaire et un mauvais état général de santé.
- La vaste majorité des soins dentaires sont offerts par le secteur privé; seulement environ six pour cent des dépenses de soins dentaires sont couvertes par le secteur public.
- La dentisterie du secteur privé offre des soins de santé bucco-dentaire de bonne qualité pour la majorité des personnes vivant au Canada, mais il ne s'agit pas d'un bon modèle de prestation de soins de santé pour les groupes vulnérables qui souffrent des problèmes de santé bucco-dentaire les plus importants.

Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada

- Aucun consensus n'existe sur les normes de prestations de soins de santé bucco-dentaire entre les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal au Canada. La faible proportion de services de soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics au pays varie énormément d'une collectivité publique à l'autre.
- Il n'existe aucun consensus entre les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal à l'échelle du Canada quant à l'utilisation d'une gamme de soins dentaires ou de services fournis par d'autres professionnels de la santé qui pourraient améliorer l'accès aux services de soins de santé bucco-dentaire, en particulier pour les groupes qui souffrent le plus des affections buccales.
- Au Canada, la législation fiscale permet de réduire le fardeau financier associé aux soins dentaires pour les personnes qui possèdent une assurance dentaire privée. Or, les personnes qui n'ont pas d'assurance privée ne bénéficient pas de cet avantage. Pourtant, il s'agit des groupes les plus atteints de maladies et qui ont le plus de difficulté à accéder aux soins dentaires.

En résumé, l'analyse des données de l'ECMS illustre de grandes inégalités en ce qui concerne la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins de santé bucco-dentaire entre les divers groupes sociaux au Canada. *Comparativement au reste de la population, les groupes vulnérables au Canada i) sont moins susceptibles d'avoir une assurance dentaire; ii) risquent davantage de ne pas consulter de dentiste en raison du coût; iii) sont plus susceptibles de consulter un dentiste seulement en cas d'urgence; iv) risquent davantage d'avoir des caries dentaires, des maladies des gencives, des dents manquantes et des douleurs aux dents non traitées; et v) sont plus susceptibles de ne pas manger d'aliments sains comme les fruits et les légumes en raison de problèmes de santé bucco-dentaire.* L'examen de l'ACSS a également révélé que les différences quant à la capacité d'accéder aux soins de santé bucco-dentaire et de les utiliser contribuent grandement aux inégalités relatives à l'état de santé bucco-dentaire. Dans un pays riche dont les objectifs en matière de politique d'accès raisonnable aux soins de santé sont explicites dans la *Loi canadienne sur la santé*, ces inégalités et l'iniquité qui en résulte devraient être un sujet d'intérêt national.

En effet, cette situation va à l'encontre des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, qui a pour objectif premier de « protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. » Certaines normes convenues de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration devraient être appliquées pour les habitants du Canada qui en ont besoin, indépendamment de leur capacité physique à accéder aux services et de l'emplacement géographique de ces services, et indépendamment de leur capacité de payer. Il existe d'importants défis en ce qui concerne la capacité d'utiliser des services de soins de santé bucco-dentaire, à savoir : **l'abordabilité** (les frais du prestataire correspondent-ils à la capacité du client à payer les services?); la **disponibilité** (le prestataire dispose-t-il des ressources nécessaires, par exemple du personnel et de la technologie, pour répondre aux besoins du client?); **l'accessibilité** (l'établissement du prestataire est-il facilement accessible par le client?); **l'accommodement** (les activités du prestataire sont-elles organisées de manière à répondre aux contraintes et

aux besoins du client?); et **l'acceptabilité** (le client est-il à l'aise avec les caractéristiques du prestataire, et inversement?).

Les soins de santé bucco-dentaire au Canada sont très largement financés et prodigués par le secteur privé. Le paiement des soins est principalement effectué par l'entremise de l'assurance collective de l'employeur, par l'assurance individuelle ou directement « de la poche » des utilisateurs. Parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la contribution des fonds publics du Canada est proportionnellement l'une des plus faibles. Par exemple, la part publique des dépenses de soins dentaires du Canada est d'environ 6 %, comparativement à 7,9 % aux États-Unis (un autre pays qui présente une faible part publique) et à 79 % en Finlande (un pays qui présente l'une des plus fortes contributions publiques au coût des soins dentaires).

Bien que ce système de financement privé et de prestation par le secteur privé des services de santé puisse fournir un accès à des soins de bonne qualité pour de nombreuses personnes au Canada, les données probantes démontrent que ce système crée également d'importants obstacles à l'accès aux soins pour beaucoup d'autres, qui font partie des groupes les plus vulnérables, soit :

- Les personnes à faible revenu;
- Les jeunes enfants de familles à faible revenu;
- Les jeunes adultes et les personnes actives qui n'ont aucune assurance dentaire;
- Les personnes âgées vivant en établissement ou les personnes âgées à faible revenu;
- Les Autochtones;
- Les réfugiés et les immigrants;
- Les personnes handicapées; et
- Les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées.

En outre, de plus en plus de données probantes indiquent qu'avec les difficultés économiques actuelles, les familles canadiennes à revenu moyen-inférieur luttent également pour avoir un accès abordable aux soins de santé bucco-dentaire.

Bien que l'abordabilité des soins de santé bucco-dentaire constitue certainement un obstacle important, il ne s'agit pas du seul. L'examen de l'ACSS a en effet révélé l'existence d'autres problèmes, y compris :

- Le manque d'intégration des professionnels des soins dentaires dans les institutions publiques offrant d'autres services sociaux et de santé, ainsi qu'un manque d'options et de polyvalence de la main-d'œuvre;
- L'organisation des professions des soins dentaires et des autres professions de la santé, y compris leur champ d'exercice, qui ne promeut pas un accès équitable aux soins de santé bucco-dentaire; et

- L'absence de normes nationales de soins de santé bucco-dentaire établies dans le but d'assurer un accès raisonnable à une qualité convenue de soins de santé bucco-dentaire à toute personne vivant au Canada, peu importe sa situation.

Compte tenu de ces importantes observations bien documentées, le Comité a élaboré une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada et a émis des recommandations visant à conseiller une variété d'intervenants sur les mesures à prendre pour réaliser cette vision. Les intervenants visés par ce rapport comprennent :

- Les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et les organismes gouvernementaux;
- Les professions dentaires, y compris les organismes de réglementation des professions dentaires, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement et de recherche sur les soins dentaires et d'autres formes de « dentisterie organisée »;
- Les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé qui prennent régulièrement soin des groupes vulnérables; et
- Les organismes ou groupes de défense représentant les groupes vulnérables au Canada.

Une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada

Le Comité envisage l'équité¹ d'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour toute personne vivant au Canada.

¹ Pour le Comité, l'équité d'accès signifie un accès raisonnable, fondé sur la nécessité de soins, à des normes convenues de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration.

Les problèmes de fond mis en lumière dans ce rapport

Ce rapport définit un certain nombre de problèmes, comme l'indique la liste mentionnée ci-dessus. Ceux-ci peuvent être résumés par les problèmes de fond suivants :

- Les groupes vulnérables vivant au Canada sont à la fois ceux qui ont le plus de problèmes de santé bucco-dentaire et le plus de difficulté à accéder à des soins de santé bucco-dentaire; et
- Les systèmes de soins de santé bucco-dentaire publics et privés au Canada ne parviennent pas à offrir efficacement un accès raisonnable aux soins de santé bucco-dentaire à toutes les personnes vulnérables vivant au Canada.

Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond et à réaliser la vision

Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond présentés dans ce rapport sont regroupées dans une structure qui propose l'ordre logique de priorité suivant :

- A. Communiquer avec les intervenants pertinents concernant les problèmes de fond soulevés dans le rapport.

- B. Établir des normes appropriées de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration auxquels toute personne vivant au Canada devrait avoir un accès raisonnable.
- C. Définir les modes d'administration des soins de santé et le personnel qui permettront d'offrir ces normes de soins de santé bucco-dentaire.
- D. Déterminer comment la mise en œuvre de ces normes de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration sera financée.
- E. Déterminer les modes de recherche et d'évaluation qui permettront de contrôler les effets de la mise en œuvre de ces recommandations.

Pour faciliter les progrès, le Comité a également défini les groupes d'intervenants qui devraient mettre les recommandations en pratique, soit dans le libellé des recommandations ou à la fin de chacune d'elles. Voici le détail des recommandations :

A. Communiquer les problèmes de fond aux intervenants pertinents afin de s'assurer de la compréhension mutuelle des constatations du rapport et d'entamer des discussions visant à donner suite aux recommandations.

- i. Communiquer les constatations de ce rapport aux représentants des groupes vulnérables concernés et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
- ii. Communiquer les constatations de ce rapport aux groupes des professions des soins dentaires et des autres professions de la santé concernés et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
- iii. Communiquer les constatations de ce rapport aux organismes gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
- iv. Communiquer les constatations de ce rapport avec les intervenants du secteur privé concernés (p. ex. les compagnies d'assurance maladie) et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.

B. Engager un dialogue avec les groupes ayant un pouvoir décisionnel, les groupes de professionnels et les groupes de clients et de patients en vue d'établir des normes de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration fondées sur des données probantes auxquels toute personne vivant au Canada devrait avoir un accès raisonnable.

- i. Engager les groupes vulnérables et leurs représentants dans un partenariat afin de déterminer leurs besoins en matière de normes de soins de santé bucco-dentaire.
- ii. Engager un dialogue avec les professions dentaires pour connaître leur point de vue sur ce que devraient être les normes de soins de santé bucco-dentaire fondées sur des données probantes.

- iii. Engager un dialogue avec les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et avec d'autres organismes publics pour connaître leur point de vue sur ce que devraient être les normes convenues de soins de santé bucco-dentaire.

C. Prévoir le personnel et les modes d'administration requis pour fournir ces normes de soins de santé bucco-dentaire à divers groupes, dans divers contextes, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables.

- i. Créer des options publiques ou améliorer les options existantes de soins de santé bucco-dentaire dans des établissements de services de remplacement tels que les centres de santé communautaires, les établissements pour personnes âgées non autonomes et semi-autonomes, les établissements de soins de longue durée pour les personnes atteintes d'incapacités, etc. *(Public cible : centres de santé communautaires; centres pour personnes âgées et centres pour les personnes atteintes d'incapacités.)*
- ii. Procurer aux enfants des soins de santé bucco-dentaire simples et préventifs en dehors des contextes de soins dentaires et dans des cabinets dentaires pour leur offrir un bon départ dans la vie. *(Public cible : dentistes pédiatriques, médecins, infirmières et autres professionnels de la santé spécialisés dans les soins pédiatriques; hygiénistes dentaires; établissements préscolaires; écoles primaires.)*
- iii. Proposer des soins à domicile et d'autres stratégies de soins de santé bucco-dentaire « de proximité » pour les personnes ayant de la difficulté à accéder à un cabinet dentaire privé ou aux services communautaires; on pourrait par exemple envisager d'offrir des services sur place dans les établissements pour personnes âgées. *(Public cible : gériatres, dentistes et autres professionnels de la santé soignant les personnes âgées; hygiénistes dentaires; établissements pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.)*
- iv. Renouveler le rôle de la thérapie dentaire, examiner l'apport des hygiénistes dentaires et étudier la possibilité de recourir à d'autres prestataires de soins de santé bucco-dentaire afin de s'assurer que des soins rentables sont fournis dans les contextes non actuellement desservis par les professionnels des soins dentaires. *(Public cible : gouvernements provinciaux; organismes de réglementation des professions dentaires; thérapeutes dentaires; hygiénistes dentaires.)*
- v. Fournir aux professionnels des soins de santé bucco-dentaire une formation explicite sur les approches polyvalentes en matière de prestation des soins de santé bucco-dentaire à divers groupes vulnérables. *(Public cible : Association des facultés dentaires du Canada [AFDC]; écoles dentaires; écoles d'hygiénistes dentaires; Commission de l'agrément dentaire du Canada.)*
- vi. Promouvoir et assurer la formation continue pour enseigner aux professionnels en exercice les connaissances et les compétences nécessaires pour comprendre

et traiter les besoins des groupes vulnérables en matière de soins de santé bucco-dentaire. *(Public cible : écoles dentaires; écoles d'hygiénistes dentaires, Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire; organismes provinciaux de réglementation des professions dentaires.)*

- vii. Promouvoir l'intégration d'une formation pertinente en santé bucco-dentaire et en soins de santé bucco-dentaire aux programmes de formation qui ne sont pas en lien avec les soins dentaires, tels que la médecine et les soins infirmiers. *(Public cible : Association canadienne des écoles de sciences infirmières; Association des facultés de médecine du Canada.)*

D. Examiner et assurer le financement du personnel et des modes d'administration nécessaires, et créer des mécanismes pour assurer la disponibilité et la hiérarchisation des fonds destinés à la prestation des normes convenues de soins de santé bucco-dentaire.

- i. Établir une meilleure équité dans le financement des soins de santé bucco-dentaire par la mise en œuvre de politiques d'assurance dentaire qui favorisent une pratique fondée sur les données probantes par tous les employeurs, les employés et les travailleurs autonomes, y compris ceux qui occupent des emplois non traditionnels. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; compagnies d'assurance; associations d'employeurs, associations de travailleurs; syndicats.)*
- ii. Examiner la législation relative au traitement fiscal de l'assurance dentaire des employeurs afin de remédier à l'absence d'avantages fiscaux pour les personnes sans assurance. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; associations d'employeurs; associations de travailleurs; syndicats.)*
- iii. Revoir les frais payés pour les soins de santé bucco-dentaire pour en garantir l'équité, à la fois pour le prestataire et pour le patient, et stimuler la prestation de soins basés sur les données probantes. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; profession dentaire.)*
- iv. Prioriser le financement des interventions pour lesquelles les données relatives à l'effet thérapeutique et à l'apport à la collectivité sont probantes (p. ex. la fluoruration de l'eau potable des collectivités et l'utilisation de vernis au fluorure), et cesser de financer les interventions pour lesquelles les données d'efficacité sont peu concluantes ou inexistantes (p. ex. le détartrage régulier des dents chez les individus en santé) ou lorsque d'autres solutions sont associées à une meilleure efficacité et à une plus grande efficacité. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; profession dentaire; AFDC; écoles dentaires.)*

E. Surveiller et évaluer les systèmes de soins de santé bucco-dentaire financés à même les fonds publics conçus pour améliorer l'accès aux normes convenues de soins pour toutes les personnes vivant au Canada.

- i. Créer des systèmes de collecte des données et d'information efficaces pour répondre aux questions liées aux politiques à l'aide des indicateurs de résultats appropriés. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC]; AFDC; écoles dentaires; profession dentaire.)*
- ii. Développer une approche mieux intégrée pour générer des connaissances et les traduire en données probantes dans le but de fournir des soins de santé bucco-dentaire plus efficaces aux groupes vulnérables. Les organismes gouvernementaux, les professionnels de la santé, les chercheurs, les éducateurs, et les représentants des groupes de clients et des organismes qui participent aux soins doivent créer des réseaux afin de permettre l'établissement, la mise en œuvre et l'évaluation des normes de soins. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; IRSC; AFDC; professions dentaires; représentants des groupes de clients; compagnies d'assurance.)*

1 CONTEXTE DE CE RAPPORT

1.1 Le mandat du Comité

Bien que l'état de santé bucco-dentaire des personnes des sociétés occidentales se soit considérablement amélioré au cours des quatre dernières décennies, les affections buccales, en particulier les caries dentaires et les maladies parodontales (les infections gingivales et les infections des os qui soutiennent les dents), sont encore très répandues et affectent de nombreuses personnes tout au long de leur vie. Les affections buccales sont très répandues, mais leur répartition sociétale est très inégale; le fardeau imposé sur la santé par les affections buccales est particulièrement élevé pour les groupes défavorisés, et l'écart en matière de santé bucco-dentaire entre les personnes nanties et les personnes défavorisées ne fait que s'aggraver.

Les caries dentaires et les maladies parodontales ont des répercussions importantes sur la santé et la qualité de vie, et il existe de plus en plus de données probantes associant les affections buccales aux maladies systémiques. L'amélioration de la santé bucco-dentaire et la garantie d'un accès opportun à des soins de santé bucco-dentaire de qualité pour tous les citoyens sont devenues une priorité de la santé publique dans la plupart des pays occidentaux. Toutefois, les coûts de la prévention et de la gestion de ces affections ne sont généralement pas intégrés aux systèmes de soins de santé (régimes d'assurance maladie) provinciaux ou territoriaux au Canada.

En conséquence, l'Académie canadienne des sciences de la santé (ACSS) a décidé d'entreprendre une évaluation formelle des soins de santé bucco-dentaire au Canada par la création d'un comité multidisciplinaire d'experts. L'ACSS a veillé à ce que le processus fasse appel aux compétences appropriées, soit étayé par des données probantes et évite les conflits d'intérêts. Le principal mandat du Comité a été de répondre aux questions suivantes et d'émettre des recommandations, le cas échéant :

1. Quel est l'état actuel de la santé bucco-dentaire au Canada?
2. Quel est l'état actuel des systèmes de soins de santé bucco-dentaire du Canada? Comment sont-ils structurés, administrés et régis?
3. Quels facteurs déterminent l'état de santé bucco-dentaire des personnes et des communautés?
4. Quelles sont les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur les personnes et sur la société canadienne? Existe-t-il des groupes distincts pour lesquels ces conséquences sont plus importantes?
5. Quelles mesures pourraient être prises pour améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens? Quels seraient les coûts directs et indirects associés à ces mesures?

1.2 L'objectif du rapport

L'objectif de ce rapport est de répondre aux questions posées au Comité en décrivant les répercussions des affections buccales et des maladies bucco-dentaires sur les personnes et sur la société, les répercussions de bons soins de santé bucco-dentaire, les déterminants de la santé bucco-dentaire, l'utilisation des soins de santé bucco-dentaire, l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et les systèmes de soins de santé bucco-dentaire existants au Canada. L'état de santé bucco-dentaire et les expériences relatives aux soins de santé bucco-dentaire des personnes vivant au Canada sont examinés, particulièrement ceux des groupes vulnérables tels que les ménages à faible revenu, les jeunes enfants, les personnes âgées, les groupes autochtones, les réfugiés, les immigrants, les personnes handicapées et celles vivant dans des régions rurales. Le rapport présente une analyse novatrice des données issues de la récente Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) qui, pour la première fois depuis environ 40 ans, a fourni des renseignements cliniques représentatifs à l'échelle nationale sur l'état de santé bucco-dentaire de la population canadienne. En outre, une revue ciblée de la littérature a été menée à bien, et tous les renseignements qui en résultent ont été examinés et discutés par le Comité. Enfin, le Comité émet des recommandations aux décideurs politiques, administratifs et professionnels à l'échelle nationale, provinciale, municipale, institutionnelle et organisationnelle, ainsi qu'aux organismes et aux associations représentant les groupes vulnérables.

1.3 Les méthodes employées

1.3.1 La structure employée pour décrire et comprendre les problèmes

Ce rapport utilise le concept d'*accès* proposé par Penchansky et Thomas [1]. Ces auteurs ont remarqué que si le terme *accès* est fréquemment employé lorsqu'il est question de soins de santé, la politique sur les soins de santé ne le définit généralement pas de façon précise. Ils ont donc suggéré que sans définition opérationnelle, les débats d'orientation de politique sur les soins de santé étaient ainsi restreints au domaine du discours politique, plutôt qu'à la démonstration empirique des défis affrontés par les personnes tentant d'obtenir des soins de santé. C'est pourquoi ils ont proposé cinq dimensions à la notion d'accès :

1. L'abordabilité (les frais du prestataire correspondent-ils à la capacité et à la volonté du client de payer les services?).
2. La disponibilité (le prestataire dispose-t-il des ressources nécessaires, par exemple du personnel et de la technologie, pour répondre aux besoins du client?).
3. L'accessibilité (l'établissement du prestataire est-il facilement accessible par le client?).
4. L'accommodement (les activités du prestataire sont-elles organisées de manière à répondre aux contraintes et aux préférences du client?).
5. L'acceptabilité (le client est-il à l'aise avec les caractéristiques du prestataire, et inversement?).

Les données quantitatives et qualitatives présentées dans ce document se rapportent aux cinq dimensions de l'accès au système de soins de santé bucco-dentaire au Canada.

En outre, les définitions suivantes ont été utilisées pour les énoncés clés du rapport :

Populations vulnérables – Mechanic et Tanner [2] indiquent que « la vulnérabilité comprend plusieurs dimensions interdépendantes : les capacités et actions individuelles; la présence ou l'absence de soutien personnel et instrumental; et les ressources avoisinantes et communautaires qui peuvent faciliter ou entraver la capacité d'adaptation et les relations interpersonnelles. » Dans le contexte de ce rapport, nous faisons référence aux personnes vulnérables comme étant celles qui présentent au moins l'une de ces dimensions de vulnérabilité : leurs capacités individuelles peuvent être réduites (qu'il s'agisse d'incapacités physiques, cognitives, éducatives, financières ou autres); elles peuvent souffrir de l'absence du soutien de la famille ou d'un autre réseau de proximité; ou encore, leur collectivité locale et les collectivités en général peuvent entraver l'accès aux installations nécessaires ou ne présenter aucune installation nécessaire.

L'inégalité et l'iniquité en matière de santé – L'Organisation mondiale de la Santé [3] décrit ces concepts comme suit : « Les inégalités en matière de santé peuvent être définies comme étant les différences relatives à l'état de santé ou à la répartition des déterminants de la santé entre les différents groupes de la population; par exemple, les différences de mobilité entre les personnes âgées et les populations plus jeunes, ou les différences de taux de mortalité entre les personnes de différentes classes sociales. Il est important de faire la distinction entre l'inégalité et l'iniquité en matière de santé. Certaines inégalités en matière de santé sont attribuables à des variations biologiques ou à la liberté de choix, tandis que d'autres sont attribuables à l'environnement externe et aux conditions essentiellement hors du contrôle des personnes concernées. Dans le premier cas, il peut être impossible ou inacceptable d'un point de vue éthique ou idéologique de modifier les déterminants de la santé, de sorte que les inégalités en matière de santé sont inévitables. Dans le deuxième cas, la répartition inégale peut être inutile et évitable en plus d'être injuste, ce qui signifie que les inégalités en matière de santé entraînent également une iniquité en matière de santé. »

La vision et les recommandations du Comité parlent d'équité d'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour toute personne vivant au Canada, ce qui comprend un accès raisonnable aux normes convenues de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration en fonction de la nécessité des soins.

1.3.2 La revue de la littérature effectuée pour ce rapport

Ce rapport est basé sur une revue ciblée de la littérature déterminée par le Comité. Les mots clés ont été définis, et les articles ont été trouvés à partir de plusieurs bases de données telles que Medline et Google Scholar. Au cours de quatre rencontres individuelles, les membres du Comité ont également fourni une revue périodique, des commentaires et des ressources supplémentaires. Les meilleures données probantes disponibles ont été recueillies et classées à l'aide de la hiérarchie de la preuve généralement acceptée (essais cliniques randomisés > cohorte > comparaison avec les témoins > transversale > étude de série de cas et rapports). Les articles qui figurent dans le présent rapport ont également été résumés dans des tableaux de données probantes, le cas échéant, et inclus dans un appendice.

1.3.3 Les analyses de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé

Pendant environ 40 ans, le Canada ne disposait d'aucune donnée clinique à l'échelle nationale sur la santé bucco-dentaire. Or, l'introduction de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) par Statistique Canada en 2007 est venue changer la situation. Ainsi, le Comité a estimé que l'analyse de cette enquête était nécessaire pour la production de ce rapport, afin d'établir clairement l'état actuel de la santé bucco-dentaire à l'échelle nationale, ainsi que l'utilisation des soins de santé bucco-dentaire et l'accès à ces soins au Canada. Comme pour la revue de la littérature, des analyses ciblées ont été menées, et le Comité a fourni de façon périodique une revue et des commentaires.

Par conséquent, le rapport comprend des analyses des données secondaires de l'ECMS, Questionnaire de la partie clinique et Questionnaire auprès des ménages, cycle 1. Les données ont été obtenues auprès du Centre de données de recherche (CDR) de Statistique Canada de Montréal, au Canada. Le CDR a fourni l'accès, dans un cadre universitaire sécurisé, à des fichiers de microdonnées confidentielles de l'ECMS.

L'ECMS est une enquête d'observation (transversale) stratifiée à plusieurs degrés de la population canadienne ne vivant pas en établissement. L'ECMS a recueilli des données provenant de 5 604 Canadiens âgés de 6 à 79 ans entre 2007 et 2009, représentant statistiquement 97 % de la population canadienne au sein de cette tranche d'âge. La tranche d'âge de l'échantillon couvre donc les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les adultes plus âgés. L'enquête s'est concentrée sur les personnes vivant en logement privé dans les dix provinces et les trois territoires. Pour chaque personne interrogée, une pondération de l'échantillon a été appliquée en fonction du nombre de personnes représentées au Canada par la personne interrogée sur l'ensemble de la population sondée. Les personnes exclues de l'enquête comprennent celles vivant dans les réserves indiennes ou sur les terres publiques, les résidents d'établissements, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées.

La collecte des données de l'ECMS a été menée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada entre mars 2007 et février 2009. On a mené des entrevues auprès des ménages l'aide d'une méthode d'entrevue assistée par ordinateur combinée à une visite à un centre d'examen mobile pour les mesures cliniques directes, telles que la santé bucco-dentaire. Pour l'entrevue auprès des ménages, 34 questions propres à la santé bucco-dentaire ont été posées et ont permis de recueillir des données sur les symptômes bucco-dentaires, les habitudes et les sources de financement servant à payer les soins de santé bucco-dentaire. Au centre d'examen mobile, les données cliniques ont été recueillies par des agents d'enquête utilisant des outils normalisés inscrivant des éléments comme les caries dentaires, les maladies parodontales (des gencives) et le besoin de traitement, parmi d'autres indicateurs. Les détails des méthodes utilisées pour l'ECMS sont consignés ailleurs [3].

Les analyses ciblées menées pour ce rapport incluaient de simples analyses descriptives, ainsi qu'une logistique bivariée ou multivariée et des analyses de régression linéaire. Puisque le Comité souhaitait ardemment comprendre la nature des inégalités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins de santé bucco-dentaire, l'approche de l'indice de

concentration (IC) a été utilisée. Cette approche est une façon de quantifier les inégalités en matière de santé liées au revenu sur tout l'éventail des revenus plutôt que de simplement comparer les extrêmes (p. ex. les groupes aux revenus les plus faibles et les groupes aux revenus les plus élevés). L'approche de l'IC a d'abord été mise au point par Wagstaff et ses collègues et a depuis été fréquemment utilisée pour décrire et mesurer le degré d'inégalité pour les divers résultats en matière de santé [4]. Cette approche est désormais devenue un outil de mesure courant dans la littérature épidémiologique et relative à l'économie de la santé pour explorer l'ampleur des inégalités en matière de santé et de soins de santé. Les valeurs d'IC s'étendent sur une échelle de -1 à +1; 0 indiquant qu'il n'y a aucune inégalité, les valeurs négatives indiquant une concentration de l'indicateur de santé ou d'accès parmi le groupe à faible revenu, et les valeurs positives indiquant une concentration de l'indicateur de santé ou d'accès parmi le groupe à revenu élevé. Plus la valeur absolue d'IC est élevée, plus le degré de concentration est élevé dans le sens négatif ou positif, et plus l'inégalité est élevée.

Plus récemment, une approche a été mise au point par les économistes de la santé pour décomposer l'IC afin d'estimer la contribution relative de divers composants dans le but d'expliquer l'inégalité totale [5, 6]. L'analyse de la décomposition permet le calcul de la contribution des facteurs sous la forme de pourcentages (p. ex., les comportements liés à la santé, les systèmes de soins de santé, et le statut socio-économique) par rapport aux inégalités en matière de santé bucco-dentaire.

Toutes les analyses de données ont été effectuées à l'aide des outils Stata 11.1 et ADePT. Stata est un outil puissant pour l'analyse de données d'enquêtes sur la santé qui comportent un plan d'échantillonnage complexe, et ADePT est un programme statistique récemment élaboré par la Banque mondiale, en particulier pour la recherche sur les inégalités en matière de santé. Il est particulièrement utile pour l'analyse de grandes enquêtes nationales sur la santé.

2 DÉFINITION DU PROBLÈME

2.1 Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire au Canada

Bien que la majorité des personnes vivant au Canada indiquent avoir une bonne santé bucco-dentaire, il existe d'importantes inégalités en la matière au sein de la population. Ces inégalités sont exprimées de diverses manières par différents indicateurs de santé bucco-dentaire et entre les différents groupes. Pour illustrer ce point, cette section propose une série d'exemples d'indicateurs de santé et de groupes de population vulnérables.

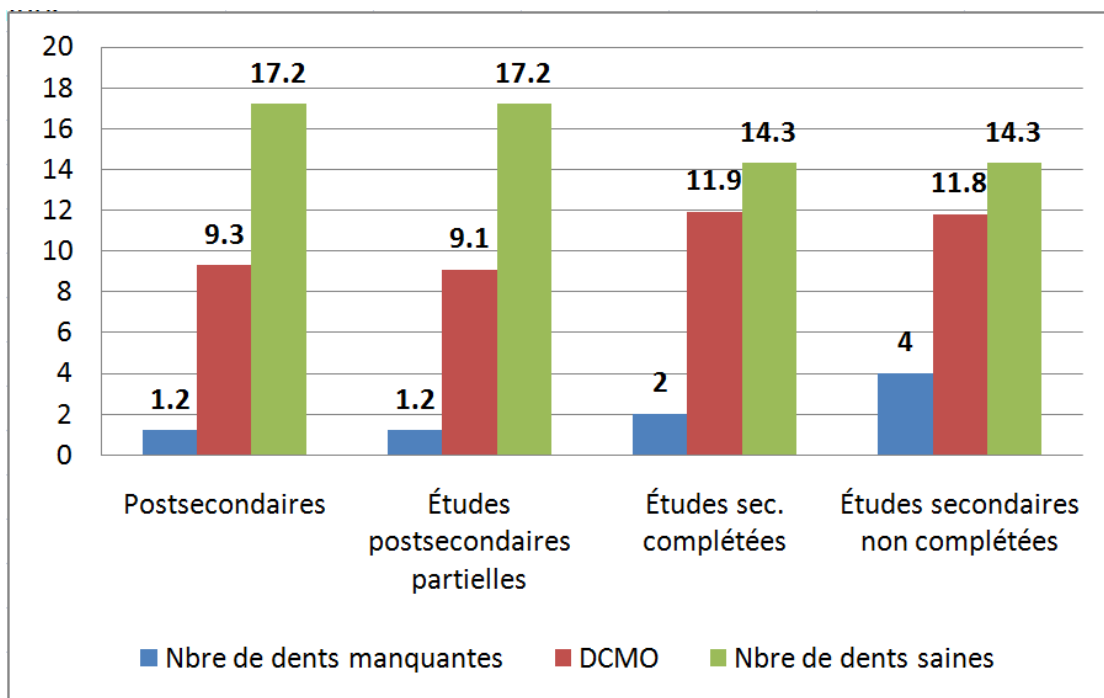


Figure 2.1 Indicateurs de santé bucco-dentaire selon le niveau d'éducation des adultes

DCMO : dents cariées, manquantes et obturées.

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

L'un des indicateurs de la santé bucco-dentaire les plus couramment utilisés en dentisterie est l'indicateur des dents cariées, manquantes et obturées (DCMO). Il s'agit d'un indicateur de présence de caries dentaires et de leurs conséquences. La Figure 2.1 montre que le nombre de dents manquantes et de caries (DCMO) est plus élevé chez les adultes issus de ménages au niveau d'éducation le plus bas, tandis que le nombre de dents saines (à savoir, les dents qui ne présentent aucune carie dentaire ou obturation

et qui ne sont pas manquantes) est plus élevé dans le groupe au niveau d'éducation supérieur. De même, la Figure 2.2 illustre la relation entre les maladies des gencives et la nationalité d'origine ainsi que la relation entre les maladies des gencives et le niveau d'éducation des adultes. La figure illustre bien que les immigrants et les personnes à faible niveau d'éducation présentent plus fréquemment une maladie des gencives.

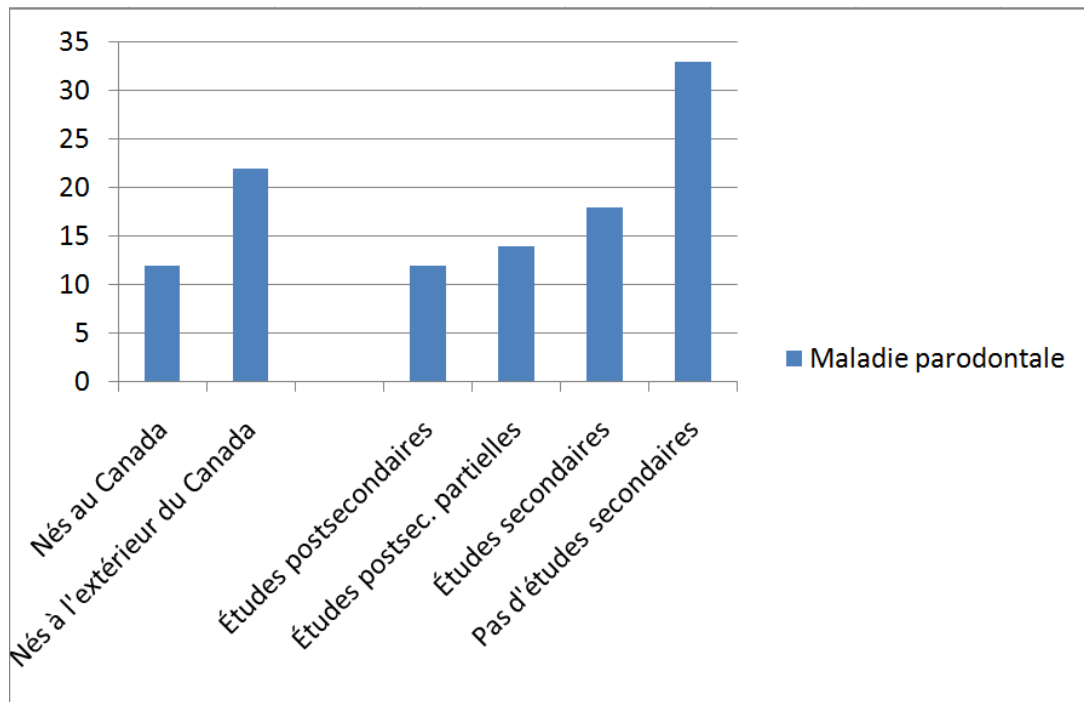


Figure 2.2 Prévalence des maladies parodontales (des gencives) chez les adultes de 20 à 59 ans selon la nationalité d'origine et le niveau d'éducation

Maladie parodontale : présence de perte d'attache parodontale de 4 mm ou plus sur une ou plusieurs dents.

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

La Figure 2.3, la Figure 2.4 et la Figure 2.5 illustrent par ailleurs que la présence de douleurs bucco-dentaires et le nombre moyen de dents cariées non soignées chez les enfants et les adolescents vivant au Canada sont fortement associés au revenu du ménage et au fait que les parents sont propriétaires ou non de la résidence dans laquelle ils vivent. Dans ces cas, les groupes les plus pauvres et les non-propriétaires sont associés à une prévalence plus élevée de douleur dentaire, et les enfants dont les parents ont le niveau d'éducation le plus bas présentent le nombre de caries dentaires non soignées le plus élevé.

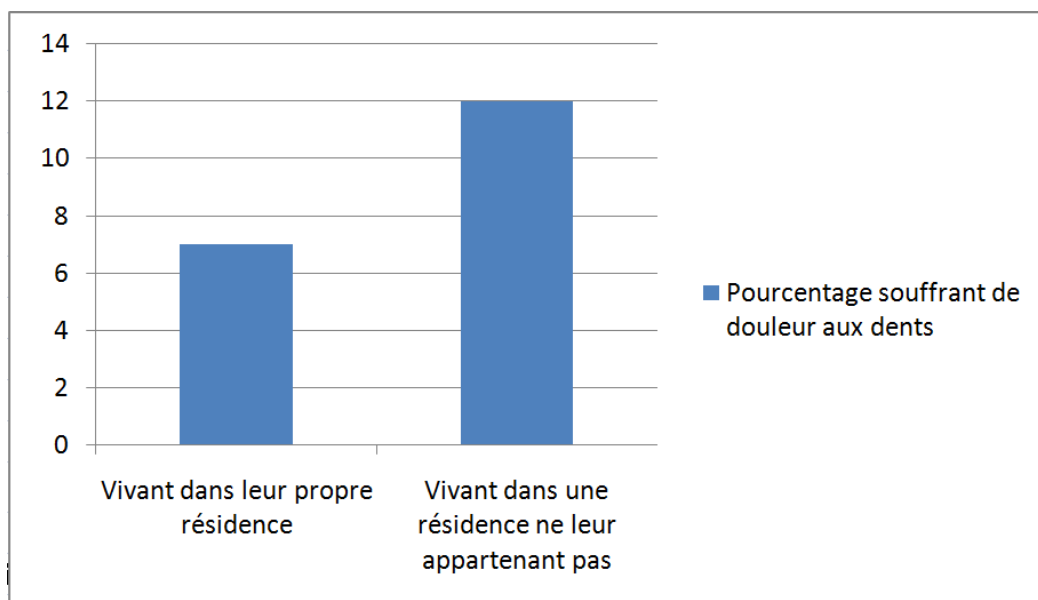


Figure 2.3 Pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant éprouvé de la douleur aux dents au cours de l'année précédente selon que leurs parents sont propriétaires ou non de la résidence dans laquelle ils vivent

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

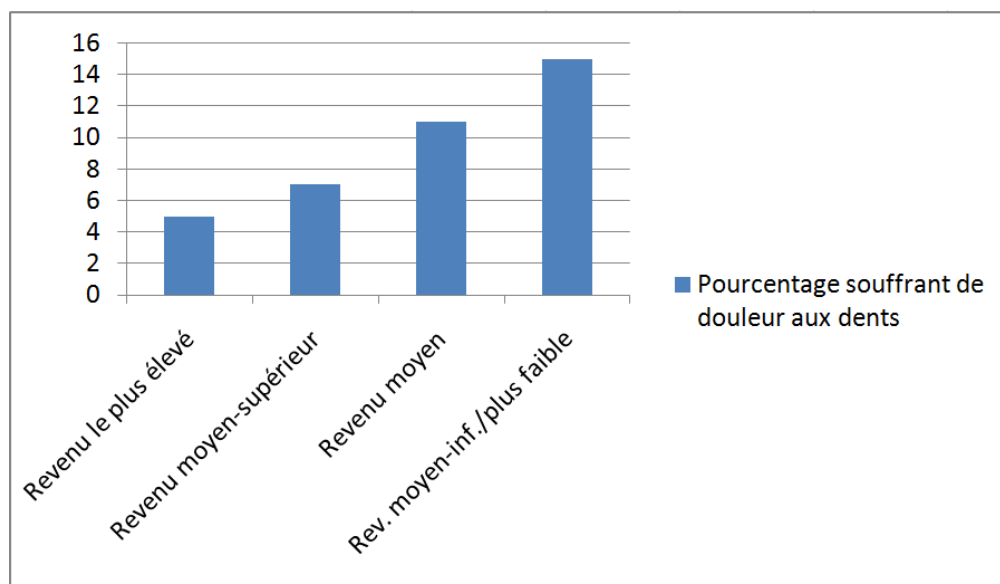


Figure 2.4 Pourcentage d'enfants et d'adolescents ayant éprouvé de la douleur aux dents au cours de l'année précédente selon le niveau de revenu du ménage

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

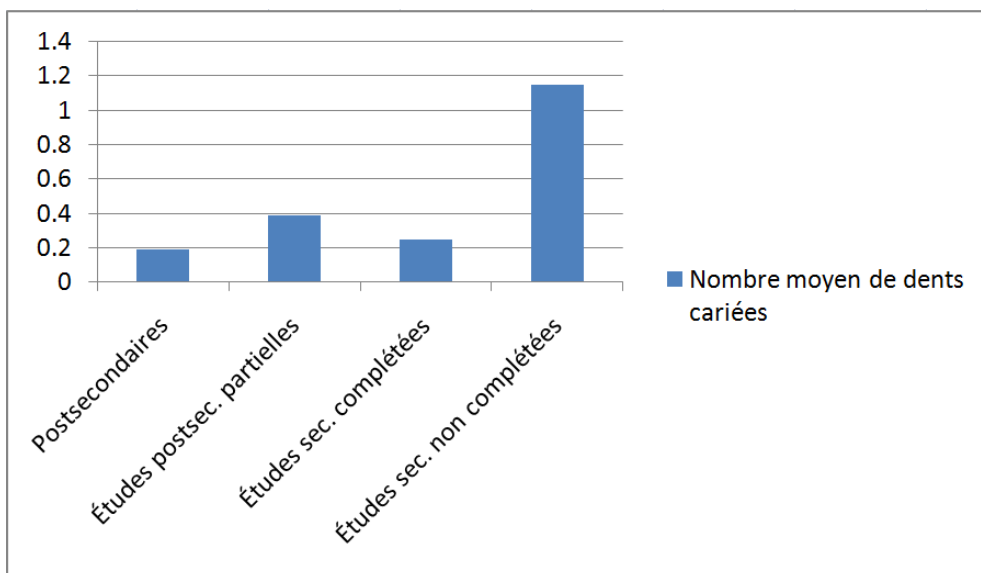


Figure 2.5 Nombre moyen de dents cariées chez les enfants et les adolescents selon le plus haut niveau d'éducation des parents

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Une autre façon d'analyser les inégalités en matière de santé est l'*indice de concentration* (comme nous le verrons à la section 1.3.3). Les données des analyses illustrées à la Figure 2.8 ont été recueillies par l'ECMS auprès d'adultes et démontrent que les caries dentaires non soignées, les dents manquantes, la douleur bucco-dentaire et les maladies parodontales (des gencives) sont concentrées dans les groupes à faible revenu vivant au Canada, tandis que les dents obturées sont concentrées dans les groupes à revenu élevé.

Une observation importante issue de la Figure 2.6 est que *la concentration de caries dentaires non soignées, de dents manquantes et de douleur bucco-dentaire chez les femmes des groupes à faible revenu est beaucoup plus élevée que chez les hommes appartenant à ces mêmes groupes*. En plus de cette importante observation, les données du Tableau 2.1 permettent d'effectuer la comparaison des inégalités pour des résultats d'état de santé général comme l'obésité et l'hypertension artérielle avec les inégalités en matière de santé bucco-dentaire. En analysant ces comparaisons, on constate clairement que, même s'il y a une plus grande concentration de toutes les maladies parmi les personnes appartenant aux groupes à faible revenu, la concentration des affections buccales chez les pauvres est beaucoup plus grande que celle relative aux problèmes de santé générale.

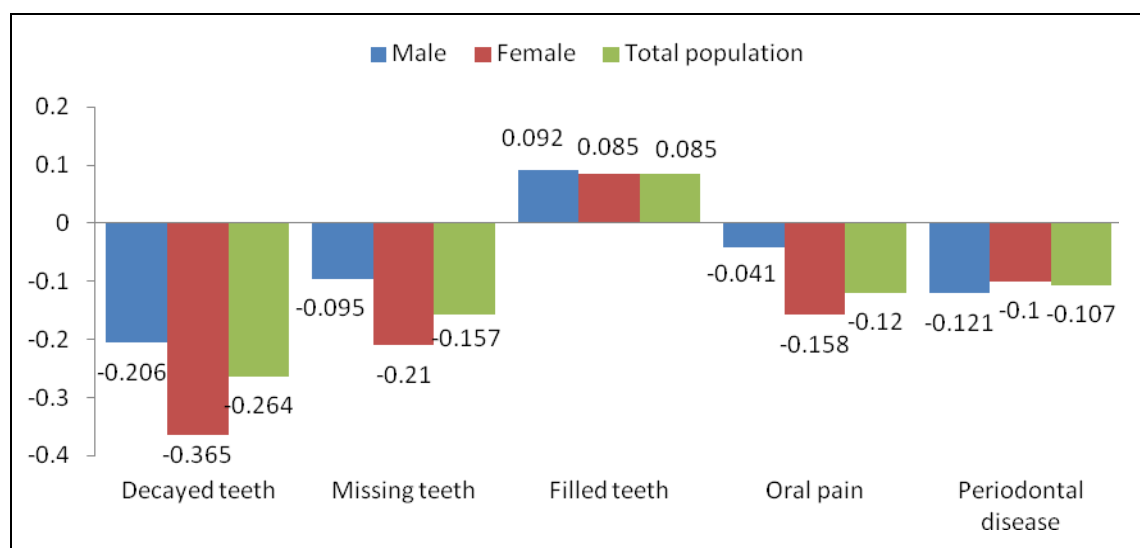


Figure 2.6 Indices de concentration pour des mesures de santé bucco-dentaire particulières chez les adultes*

* La plage de l'indice de concentration (IC) est comprise entre -1 et +1; 0 indiquant l'absence d'inégalité, les chiffres négatifs indiquant que le résultat est plus présent dans les ménages les plus pauvres et les chiffres positifs indiquant que le résultat est plus présent dans les ménages les plus riches.

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Tableau 2.1. Indices de concentration pour les indicateurs de l'état de santé général et bucco-dentaire chez les adultes

	Indicateur	Indice de concentration (IC)*
Indicateurs de l'état de santé général	Obésité	-0,05
	Hypertension artérielle	-0,04
Indicateurs de santé bucco-dentaire	Dents cariées	-0,26
	Dents manquantes	-0,15

* La plage de l'indice de concentration (IC) est comprise entre -1 et +1; 0 indiquant l'absence d'inégalité, les chiffres négatifs indiquant que le résultat est plus présent dans les ménages les plus pauvres et les chiffres positifs indiquant que le résultat est plus présent dans les ménages les plus riches.

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

2.2 Les inégalités en matière de soins de santé bucco-dentaire au Canada

Comme nous l'avons démontré à la section 3.1, il existe des inégalités systémiques en matière de santé bucco-dentaire au Canada, la mauvaise santé bucco-dentaire et ses impacts étant concentrés chez les groupes vulnérables et défavorisés. Par ailleurs, bien que les soins dentaires soient accessibles par la majorité des personnes vivant au Canada, d'importantes inégalités existent non seulement en ce qui concerne la santé

bucco-dentaire, mais aussi l'accès aux soins dentaires par les personnes vivant au Canada. En outre, les mêmes groupes souffrent à la fois du plus grand nombre de problèmes de santé bucco-dentaire et des plus importants obstacles en matière d'accès aux soins de santé bucco-dentaire. L'ECMS montre que 84,5 % des personnes vivant au Canada déclarent avoir une santé bucco-dentaire « bonne » à « excellente », et 74,3 % déclarent consulter un dentiste chaque année [7]. Toutefois, il existe une importante minorité de personnes vivant au Canada qui rapportent avoir de la difficulté à accéder aux soins. Cette minorité est composée de populations vulnérables sur le plan social et économique pour lesquelles les soins de santé bucco-dentaire privés traditionnels sont souvent inaccessibles [7]. Par exemple, 17,3 % de l'ensemble de la population (soit environ 6 millions de personnes) déclarent avoir évité de consulter un dentiste au cours de l'année précédente en raison des coûts, et les personnes qui vivent dans les familles aux plus faibles revenus rapportent ce problème beaucoup plus souvent que les familles aux revenus les plus élevés (34 % contre 9 %, respectivement, Figure 2.7) [7].

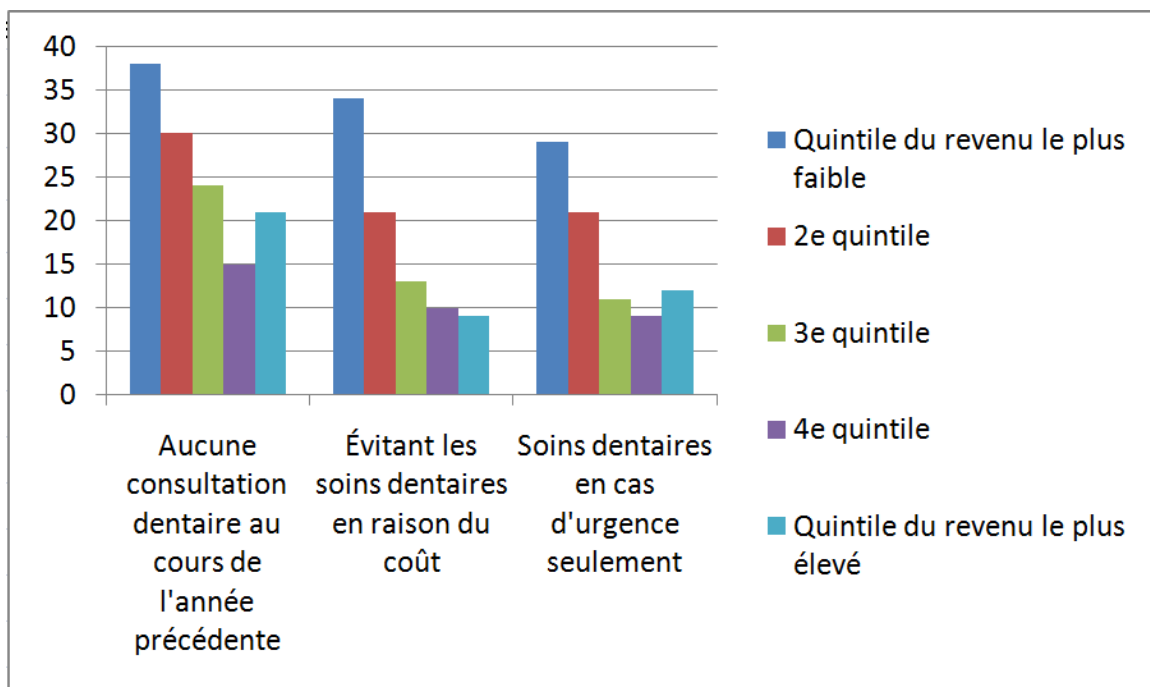


Figure 2.7 Indicateurs de l'accès aux soins dentaires selon le niveau de revenu familial au Canada

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

De plus, on constate une tendance uniforme pour tous les groupes d'âge : les personnes qui n'ont aucune assurance dentaire (publique ou privée) ne consultent pas le dentiste régulièrement et évitent les soins de santé bucco-dentaire en raison des coûts (Figure 2.8, Figure 2.9 et **Figure 2.10**). En outre, il existe des différences frappantes entre les personnes qui ont une assurance dentaire selon leur groupe d'âge et leur

groupe de revenu. En effet, les personnes faisant partie du groupe le plus âgé indiquent beaucoup plus souvent n'avoir aucune assurance que les groupes plus jeunes, et environ 50 % de la population faisant partie du groupe au revenu le plus bas déclare également n'avoir aucune assurance (Figure 2.11). Par ailleurs, lorsqu'on analyse davantage le cas des personnes âgées, on constate que les problèmes d'accès aux soins dentaires augmentent parmi tous les groupes de revenu, mais les inégalités demeurent identiques (Figure 2.12).

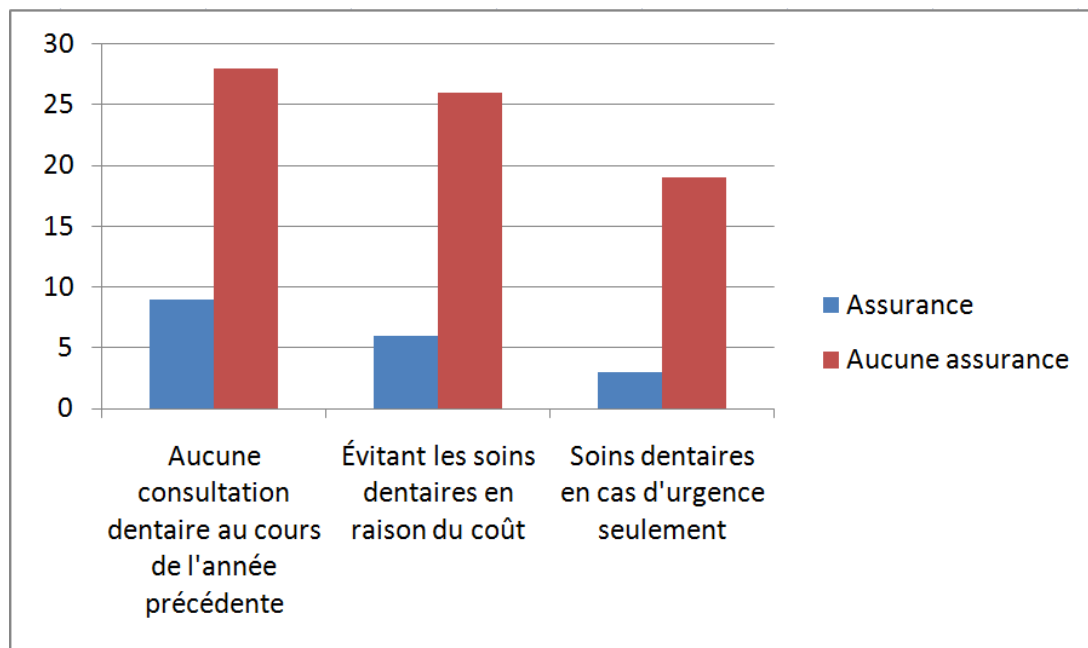


Figure 2.8 Assurance et accès aux soins de santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Ces données de l'ECMS mettent en évidence les importantes inégalités relatives à l'accès aux soins dentaires au Canada. De plus, le système de soins de santé bucco-dentaire du Canada a été décrit comme étant inéquitable sur plusieurs plans. À cet égard, Leake [8] a souligné que le système de soins de santé bucco-dentaire du Canada est un exemple clair de la « loi inverse des soins » [9], qui stipule que les personnes qui ont le plus besoin de soins sont celles qui en bénéficient le moins. Au Canada, les soins de santé généraux sont habituellement offerts aux personnes qui en ont besoin, quelle que soit leur capacité à payer. La *Loi canadienne sur la santé* stipule que « l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens » [10]. La question demeure de savoir pourquoi la politique qui consiste à tenter d'obtenir un « accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre » n'a pas été mise en place pour les soins de santé bucco-dentaire.

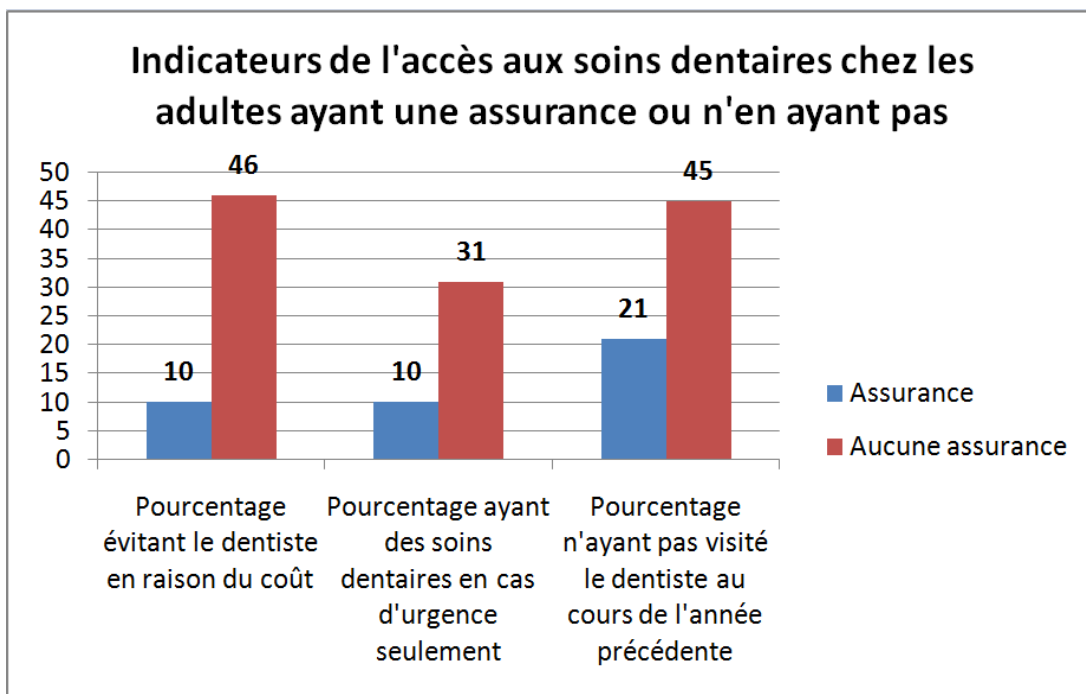


Figure 2.9 Assurance et accès aux soins de santé bucco-dentaire chez les adultes

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

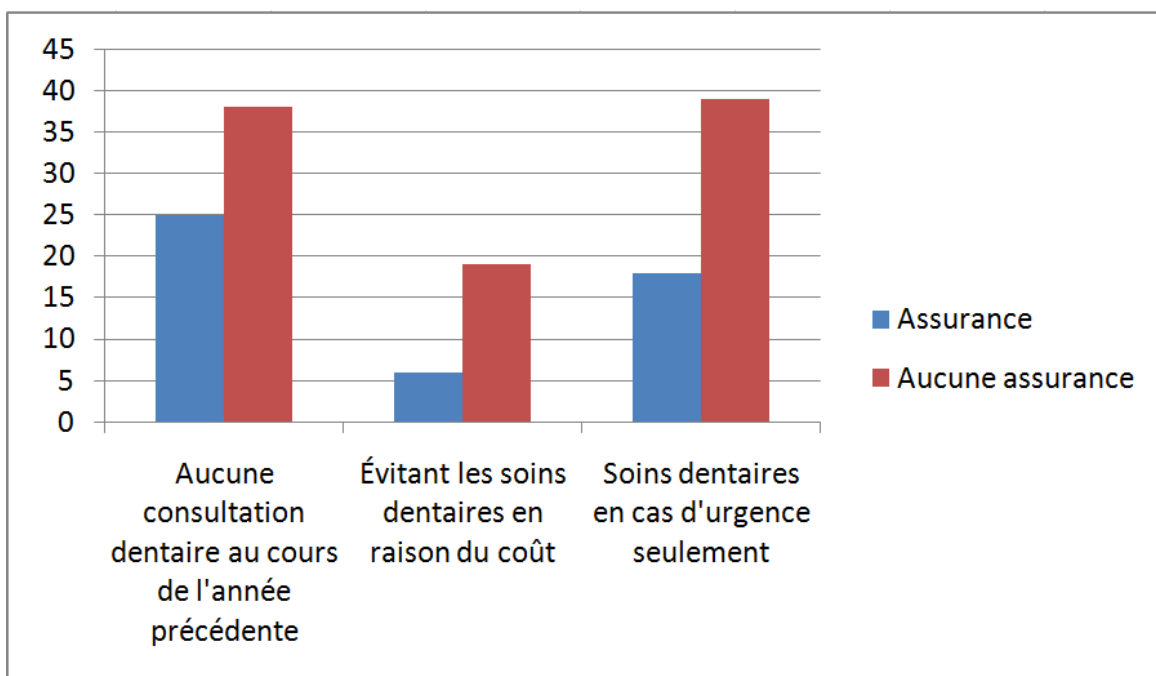


Figure 2.10 Assurance et accès aux soins de santé bucco-dentaire chez les personnes âgées

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

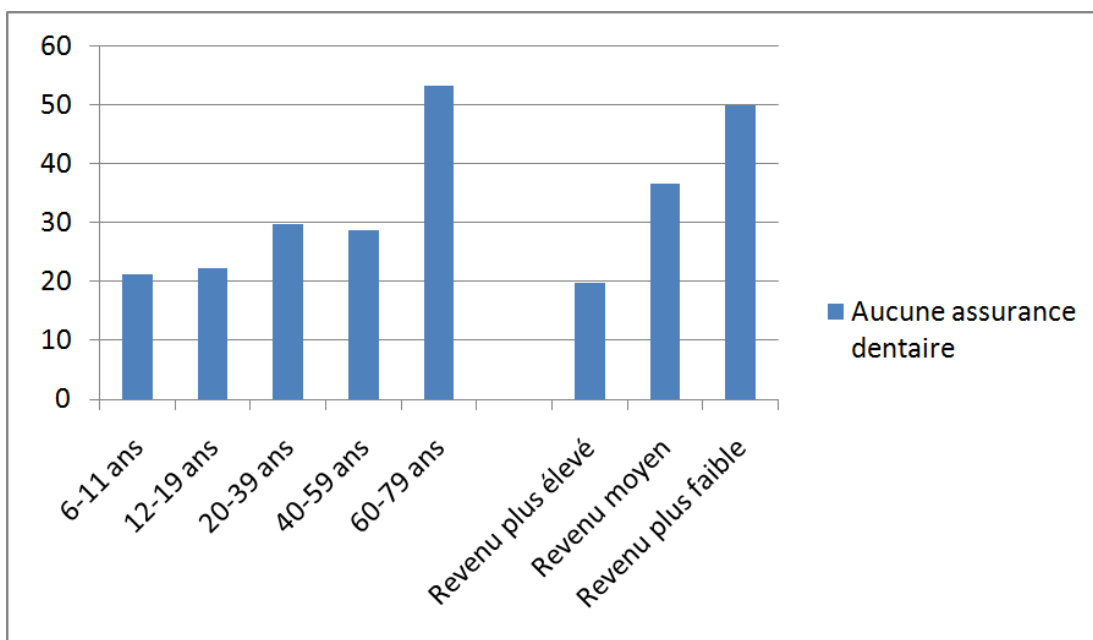


Figure 2.11 Prévalence de l'absence d'assurance dentaire selon le groupe d'âge et le niveau de revenu familial

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

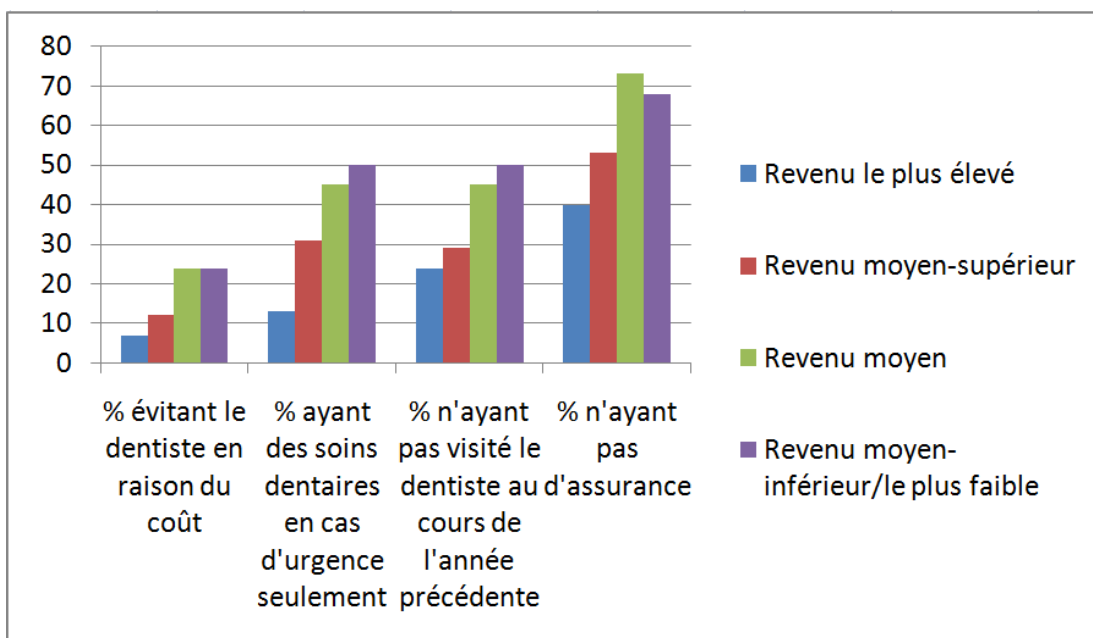


Figure 2.12 Indicateurs d'accès aux soins dentaires et revenu du ménage chez les personnes âgées vivant au Canada

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Par ailleurs, Allin [11], Grignon *et al.* [12] ont démontré que le système de soins de santé bucco-dentaire du Canada est favorable aux riches. Ils confirment que dans les 10 provinces du Canada, la probabilité de consulter un dentiste est beaucoup plus élevée pour les personnes qui ont le moins besoin de soins. Une étude similaire menée par van Doorslaer et Masseria montre que le Canada fait partie à cet égard des plus mauvais élèves par rapport aux autres pays membres de l'OCDE [13]. Allin note également que les principaux contributeurs à l'inégalité des soins de santé bucco-dentaire sont le revenu et la couverture par une assurance dentaire, ce qui signifie qu'un faible revenu et l'absence d'assurance sont les éléments qui limitent le plus la capacité des personnes d'accéder aux soins de santé bucco-dentaire. Mais surtout, ce sont les inégalités relatives à la fois au revenu et à la couverture par une assurance qui seront plus susceptibles d'être améliorées par une intervention politique [11].

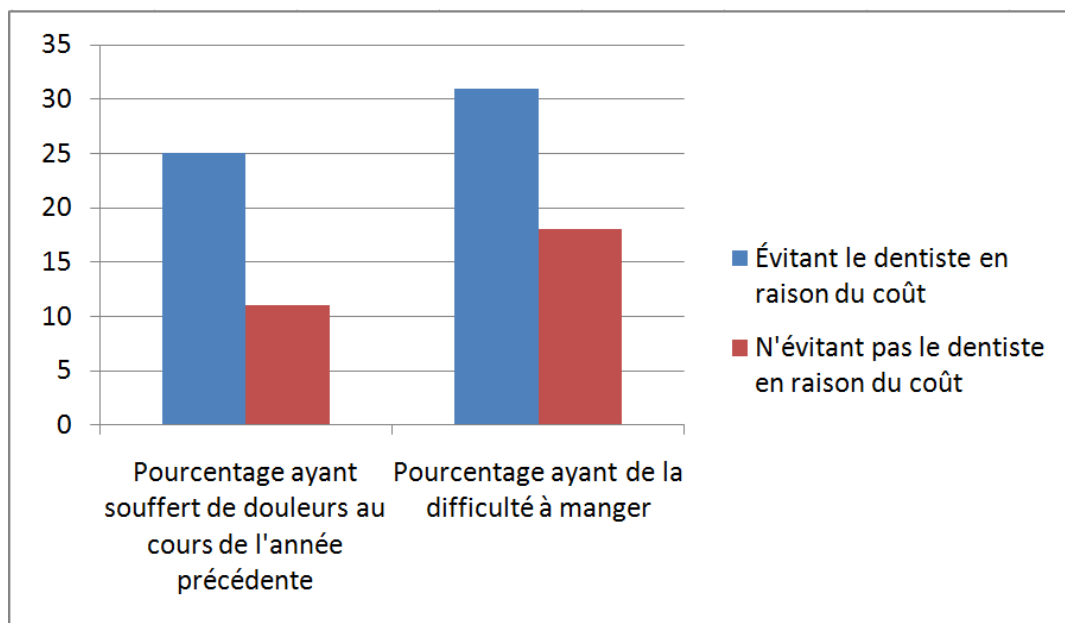


Figure 2.13 Prévalence des douleurs bucco-dentaires et de la difficulté à s'alimenter selon l'évitement ou non des soins dentaires en raison du coût

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Le financement des soins de santé bucco-dentaire au Canada a également été fortement critiqué pour ses lacunes en matière d'orientation favorisant l'équité des soins de santé [8]. En effet, les soins de santé bucco-dentaire sont principalement financés par des capitaux privés selon une entente employeur-employés; cependant, ces avantages sociaux sont exemptés de l'impôt sur le revenu. Il en résulte une situation où les personnes qui ont le moins besoin de soins et le moins d'obstacles économiques (autrement dit, les personnes qui ont un revenu élevé et qui bénéficient d'une assurance dentaire fournie par leur employeur) reçoivent des soins couverts par une

assurance payée avec de l'argent avant impôt (c.-à-d. avec le revenu avant déduction fiscale), tandis que les personnes qui ont le plus besoin de soins et les plus grands obstacles financiers (à savoir, les personnes qui ont un faible revenu et celles qui n'ont pas d'assurance dentaire fournie par l'employeur) payent tous les soins reçus de leur poche avec le revenu après impôt. Cela augmente donc les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et de soins de santé bucco-dentaire.

2.3 La relation entre les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins de santé bucco-dentaire au Canada

Les sections précédentes du présent rapport présentent des données probantes en ce qui concerne les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et de soins de santé bucco-dentaire au Canada. Cette section illustre les liens entre les deux phénomènes; nous verrons ainsi comment les personnes qui ont de la difficulté à accéder aux soins souffrent également plus souvent de maladies graves.

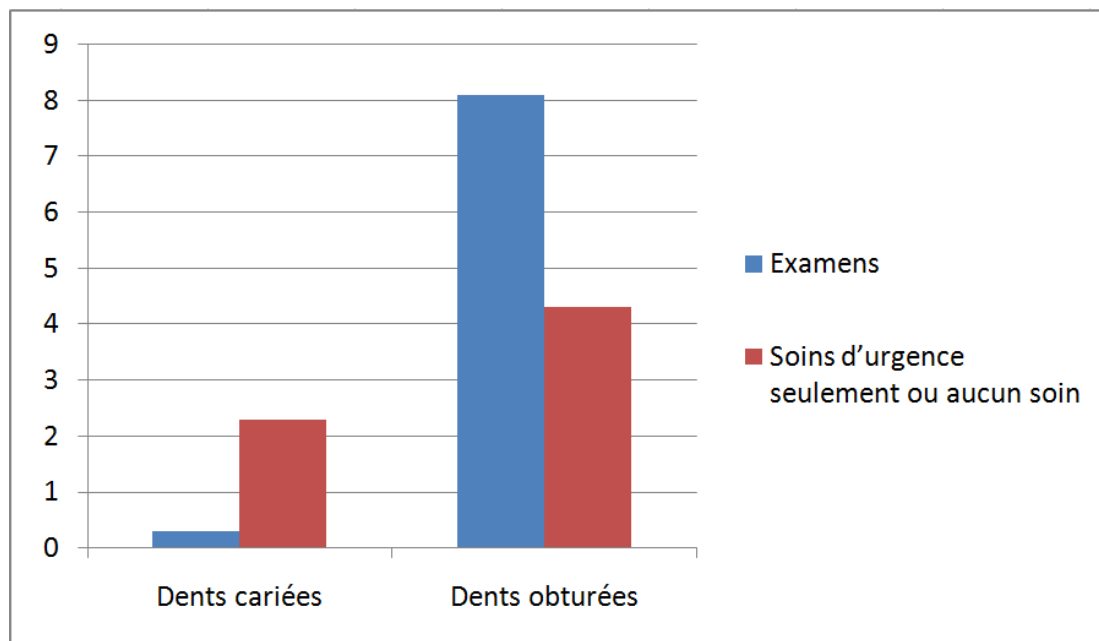


Figure 2.14 Utilisation des services dentaires selon le nombre moyen de dents cariées et de dents obturées chez les adultes

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009. Examens : personnes qui consultent régulièrement le dentiste pour un examen; Soins d'urgence seulement ou aucun soin : personnes qui ne consultent le dentiste que pour les soins d'urgence ou ne le consultent jamais.

La Figure 2.13 montre comment les douleurs bucco-dentaires et la difficulté à manger certains aliments au cours des 12 mois précédents sont liées à l'évitement des soins dentaires en raison du coût. Les personnes qui évitent de consulter le dentiste éprouvent beaucoup plus souvent des douleurs et de la difficulté à s'alimenter que

celles qui n'évitent pas de consulter le dentiste en raison du coût. De même, on voit à la Figure 2.14 que les adultes qui ne consultent un dentiste qu'en cas d'urgence ou qui n'en consultent jamais ont en moyenne près de huit fois plus de caries dentaires et ont la moitié moins d'obturations par rapport à ceux qui consultent régulièrement le dentiste pour un examen. Une situation similaire prévaut pour les personnes âgées (Figure 2.15); celles qui évitent de consulter un dentiste en raison du coût présentent un nombre moyen de dents cariées trois fois plus important que les personnes âgées qui consultent régulièrement le dentiste, et elles présentent plus de deux dents manquantes de plus que les personnes âgées qui consultent un dentiste régulièrement.

En résumé, ce sont les groupes vulnérables et défavorisés au Canada qui présentent le plus d'affections buccales et qui ont également le plus de difficulté à accéder aux soins de santé bucco-dentaire. Or, ces facteurs sont liés; les personnes qui ont de la difficulté à accéder aux soins de santé bucco-dentaire sont également celles qui souffrent le plus d'affections buccales, de douleur et d'inconfort.

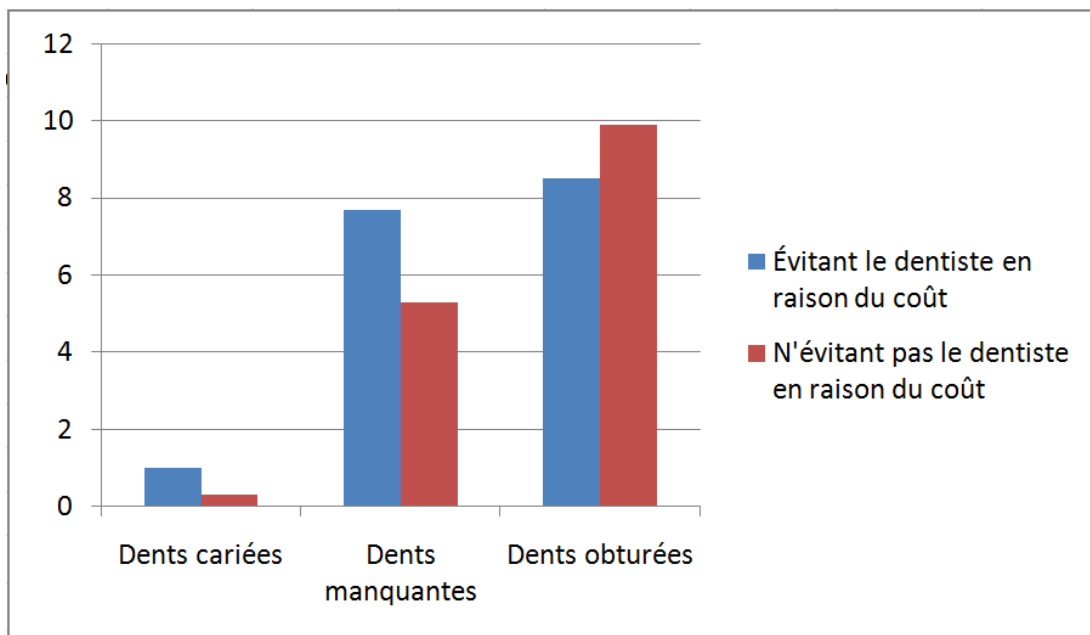


Figure 2.15 État bucco-dentaire et évitement des visites chez le dentiste en raison du coût chez les personnes âgées vivant au Canada

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

3 MODÈLE ACTUEL DE FINANCEMENT ET DE PRESTATION DES SOINS DENTAIRES AU CANADA

Le modèle actuel de prestation pour la vaste majorité des soins dentaires au Canada est simple : les soins sont offerts par des cabinets dentaires privés et sont financés presque exclusivement par la combinaison de l'assurance collective de l'employeur et de paiements directs par les clients. D'autre part, la petite minorité des soins dentaires fournis par divers organismes du secteur public est un mélange complexe et ad hoc de modèles de prestation, de prestataires et de financement. Ce chapitre aborde le deuxième mandat du Comité et met particulièrement en évidence les lacunes qui existent dans cette combinaison de systèmes. Compte tenu de la complexité globale de la situation, le présent chapitre fait un rappel historique de la politique canadienne des soins de santé bucco-dentaire et décrit les systèmes actuels en place ainsi que la main-d'œuvre actuellement utilisée; il effectue également des comparaisons à l'échelle internationale et met en évidence les problématiques.

3.1 Le développement historique des services canadiens de soins de santé bucco-dentaire

Au cours de la deuxième moitié du dix-neuvième siècle, la dentisterie canadienne était un mélange d'activités formelles et informelles. Dans certaines provinces comme l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, la dentisterie était contrôlée au moyen d'exigences scolaires et de la réglementation de la profession, tandis que dans d'autres provinces, les soins pouvaient être prodigués par n'importe quelle personne sous une surveillance minimale [14, 15]. C'est alors que John Adams, reconnu au Canada comme le père de la « santé dentaire publique », a ouvert un hôpital dentaire offrant des soins gratuits aux enfants pauvres et a publié du matériel éducatif sur la santé pour la population. Cet épisode est particulièrement important, car il reflète la plupart des éléments relatifs à la dentisterie canadienne dans sa réponse au besoin social, même aujourd'hui, à savoir l'aide publique pour le traitement des groupes vulnérables, en particulier les enfants, avec un fort accent sur la prévention.

En 1902, l'Association dentaire canadienne (ADC) a été formée et a très rapidement demandé la création d'une couverture publique régie par la loi pour les examens dentaires des enfants et la diffusion de matériel éducatif pour le public. Pendant les Années folles, la dentisterie avait établi son marché moderne et facilement reconnaissable par l'intermédiaire de médias imprimés de masse promouvant les avantages des dents propres et blanches pour la réussite sociale. Alors que la folie des années 1920 a cédé la place à la grande dépression, de la souffrance sociale répandue a germé l'idée que l'État devrait avoir un rôle à jouer dans la prestation généralisée des services de soins de santé. Cette évolution de la pensée sociale, ou de la responsabilité sociale, a mené en 1938 à la création de la Commission royale des relations entre le Dominion et les provinces, qui considérait en partie un système potentiel d'assurance maladie nationale incluant la dentisterie. Dans son mémoire, l'ADC définissait les soins

de santé bucco-dentaire selon les caractéristiques suivantes : « Les personnes en mesure de se procurer des services de soins dentaires adéquats (...). Les personnes seulement en mesure de se procurer des services dentaires partiels et inadéquats [et] les personnes non en mesure de se procurer des services dentaires » [16]. Tout en mettant clairement et fortement l'accent sur la responsabilité individuelle, la profession a continué à plaider en faveur d'une approche préventive axée sur les enfants et sur l'éducation pour la santé. La politique canadienne sur les soins de santé bucco-dentaire était alors essentiellement définie : une forte partialité envers les enfants, la prévention et la responsabilité individuelle.

La Deuxième Guerre mondiale a joué un rôle important dans l'établissement de la dentisterie en tant que priorité sociale, car une recrue sur cinq était déclarée inapte à l'enrôlement en raison de maladies bucco-dentaires [17]. Les soins de santé bucco-dentaire ont alors acquis une nouvelle importance, et les services de santé dentaire ont été incorporés aux ministères de la Santé partout au pays. Simultanément, des investissements sociaux majeurs ont été réalisés après la guerre. Ceux-ci incluaient pour les soins de santé des subventions fédérales en faveur d'investissements dans les services fournis par le gouvernement, y compris des services de santé bucco-dentaire. Le Canada a également commencé au même moment à adopter la fluoruration de l'eau potable des collectivités. Dans les années 1950, le Canada a créé des systèmes de remboursement des soins de santé publique, y compris les soins hospitaliers qui, dans quelques provinces, incluaient non officiellement certains services de chirurgie dentaire. En se basant sur le rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé déposé en 1964, le pays a nationalisé le paiement des services médicaux en 1968, donnant naissance au régime d'assurance maladie, qui excluait cependant la dentisterie. La Commission avait défini la dentisterie comme étant une responsabilité individuelle et ne soutenait de façon générale que le financement public des soins de santé bucco-dentaire pour les enfants et pour les personnes qui reçoivent de l'aide sociale, ou pour les personnes dont la responsabilité individuelle était considérée comme réduite. Le Canada garantissait ainsi une aide sociale minimum, mais qui était basée sur l'âge, sur l'emploi (ou sur l'absence d'emploi) et sur une conception particulière du besoin d'aide sociale.

Au même moment, l'assurance dentaire privée de l'employeur était sur le point de s'imposer au Canada, appuyée par de nouvelles incitations fiscales pour l'employeur et pour l'employé. L'assurance privée a alors subi une forte croissance, et dans de nombreux secteurs, les contributions de l'employeur aux régimes collectifs de soins de santé ont considérablement augmenté (Figure 3.1). Les investissements publics ont également augmenté, car presque toutes les provinces ont établi des programmes de bien-être social et à l'intention des enfants au cours de cette période (Figure 3.2). Dans les années 1980, les investissements publics ont ralenti, et avec les répercussions de la récession des années 1980 et de celle des années 1990, les gouvernements ont imposé d'importantes compressions budgétaires, et le financement public des soins de santé bucco-dentaire a alors amorcé un déclin constant.

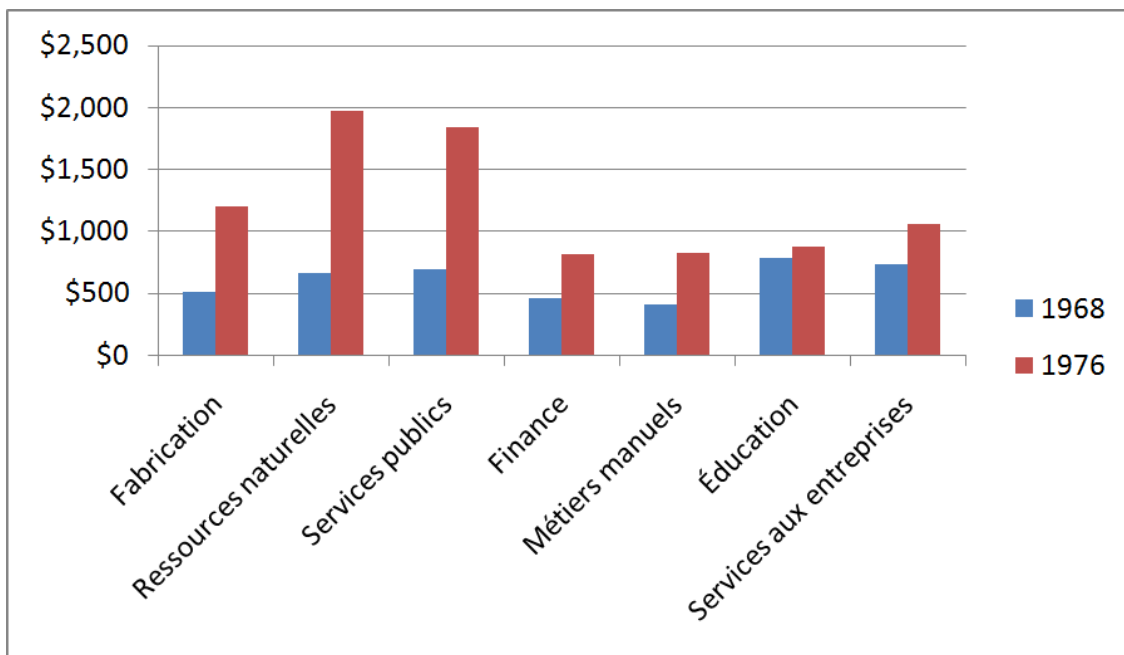


Figure 3.1 Contributions de l'employeur aux régimes d'avantages sociaux dans certains secteurs en 1968 et en 1976 (en dollars par employé)

Source : Quiñonez et al., (2010) [18].

3.2 Les systèmes de soins de santé bucco-dentaire du Canada tels qu'ils existent aujourd'hui

Comme c'est le cas pour les soins de santé généraux, le Canada présente apparemment 14 modalités différentes en ce qui concerne le financement et la prestation des soins de santé bucco-dentaire, à savoir une modalité pour chacune des dix provinces et pour chacun des trois territoires, en plus d'un système fédéral. Toutes les provinces et tous les territoires financent avec les fonds publics les soins dentaires pour divers groupes (

Tableau 3.1), essentiellement les populations à faible revenu. Quant au système fédéral, il cible les soins dentaires des populations des Premières nations et des Inuits [19], et comprend les services dentaires pour les forces armées, les Anciens Combattants, la GRC, les détenus, et Citoyenneté et Immigration Canada. En outre, des services sont fournis par certaines municipalités de façon ponctuelle. Par exemple, la fluoruration de l'approvisionnement en eau est une responsabilité municipale.

Décrits collectivement, les systèmes sont mixtes, ce qui signifie qu'ils sont constitués à la fois de financements et de modèles de prestation publics et privés. Pourtant, il est plus exact de dire que le Canada a *un* « système » de soins de santé bucco-dentaire. Sur une base nationale, la grande majorité de l'ensemble des soins est financée par le privé et est offerte dans des cabinets dentaires privés, quel que soit l'emplacement. En fait, bien qu'il existe certaines différences dans les territoires en raison du très grand nombre de

membres inscrits des Premières nations, dans chaque province, la structure des systèmes de soins de santé bucco-dentaire est très similaire :

- Des programmes de santé publique régis ou non par la loi, finançant avec les fonds publics les soins dispensés par le secteur privé;
- Un système privé qui dépasse largement en importance le système public, principalement financé par l'assurance collective de l'employeur et par les paiements directs des clients, et où les soins sont presque entièrement dispensés par les dentistes en fonction d'une rémunération à l'acte; et
- Des municipalités qui décident ou non de fluorer l'approvisionnement en eau de façon ponctuelle.

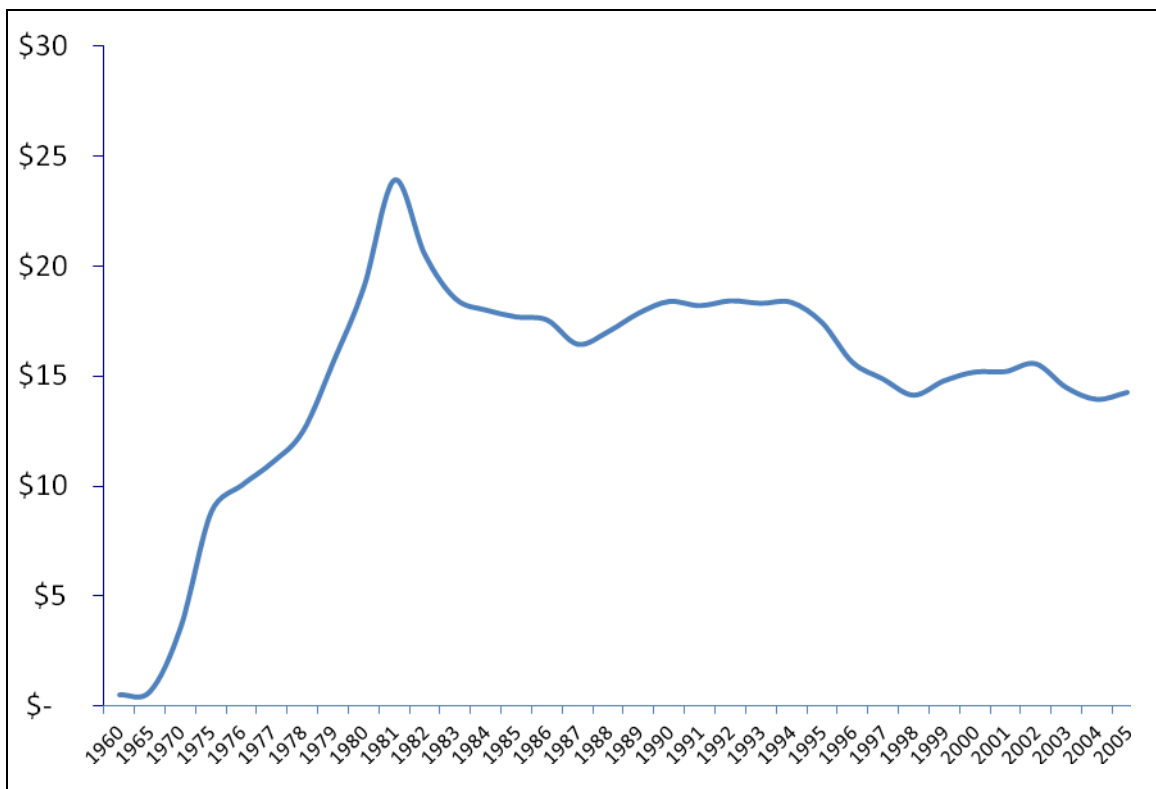


Figure 3.2 Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire par habitant au Canada, entre 1960 et 2005 (en dollars constants de 2005)

Source : Quiñonez C. et al., (2007) [19]

Tableau 3.1. Programmes publics provinciaux et territoriaux de soins de santé bucco-dentaire, et services municipaux et non gouvernementaux offerts au Canada en 2007

	Services de chirurgie dentaire offerts en milieu hospitalier	Services d'assistance sociale	Services d'aide à l'enfance	Services aux personnes âgées	Services aux personnes handicapées	Services municipaux		Services d'ONG	
						Traitement	Prévention	Services universitaires	Services communautaires
C.-B.	X	X				X	X	X	X
Alb.	X	X		X	X	X	X	X	X
Sask.	X	X				X	X	X	
Man.	X	X				X	X	X	X
Ont.	X	X	X		X	X	X	X	X
Qc	X	X	X			X	X	X	
N.-B.	X	X					X		
N.-É.	X	X	X			X	X	X	X
Î.-P.-É.	X	X	X			X	X		
T.-N.-L.	X	X	X						
Nun.	X	X		X		X	X	X	
T. N.-O.	X	X		X		X	X	X	
Yn	X	X	X	X		X	X		

Source : Quiñonez et al., (2008) [20].

Néanmoins, contrairement à la transférabilité de l'assurance maladie entre les provinces et les territoires canadiens, ces systèmes publics de soins dentaires ne sont pas liés entre eux, ce qui produit d'importantes lacunes en matière de politiques, de services et de couverture pour la population.

Pour bien comprendre l'équilibre entre les soins dentaires privés et les soins dentaires publics, il est plus simple d'en décomposer le financement. Les soins de santé bucco-dentaire sont presque entièrement financés par le secteur privé au Canada; environ 51 % de tous les soins sont payés par l'assurance collective de l'employeur et 44 % sont payés directement par les clients (Tableau 3.2) [21].

Tableau 3.2 Total des dépenses en soins de santé générale et bucco-dentaire selon la source de financement au Canada, en 2008 (en millions de dollars; excluant les dépenses du gouvernement fédéral)

Dépenses en soins de santé généraux/médicaux				
Secteur public		Secteur privé		Total
135 100 \$ (70,5 % du total)		56 600 \$ (28,5 % du total)		191 700 \$
Dépenses en soins de santé bucco-dentaire				
585 \$ (4,9 % du total)		11 256 \$ (95 % du total)		11 841 \$
Paiements directs par les clients			Assurance	
		5 218 \$ (44 % du total)	6 038 \$ (51 % du total)	

Source : ICIS, (2011) [21].

La quasi-totalité du financement public limité qui est proposé (environ 5 % du financement total des soins dentaires) est destinée aux groupes socialement marginalisés, et les soins sont offerts par le secteur privé et sont rémunérés sous des formes de paiements de fonds publics à des tiers (Tableaux 3.3 et 3.4) [19].

3.2.1 La division entre le secteur public et le secteur privé en matière de prestation des soins de santé bucco-dentaire

Il est important de comprendre les détails de la prestation et du financement public et privé des soins de santé bucco-dentaire au Canada, car le modèle a une incidence sur les types de lacunes créées en matière de services pour les groupes concernés et sur les options politiquement envisageables. Comme indiqué précédemment, la grande majorité de l'ensemble des soins de santé bucco-dentaire sont offerts par le secteur privé, et très peu de soins sont financés par les fonds publics (environ 5 % de toutes les dépenses en soins de santé bucco-dentaire). Or, cela n'a pas toujours le cas, puisqu'au début des années 1980, environ 20 % de tous les soins de santé bucco-dentaire étaient financés par les fonds publics, et une importante infrastructure publique de prestation des soins de santé bucco-dentaire existait dans de nombreuses collectivités publiques[19]. Cette infrastructure comprenait des cliniques dentaires publiques dont les dentistes ou les hygiénistes dentaires étaient salariés. Dans les provinces de la Saskatchewan et du Manitoba, dans certaines instances fédérales et dans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et dans le Labrador, les thérapeutes dentaires jouaient un rôle important. À la suite de la recommandation de la Commission royale d'enquête sur les services de santé de 1964 en faveur de la création d'une autre catégorie de professionnels des soins dentaires pour traiter les populations autochtones isolées qui étaient alors (et qui demeurent) particulièrement mal desservies, le modèle du

thérapeute dentaire a été importé de Nouvelle-Zélande, où les prestataires sont formés pendant deux ans en soins de prévention et de restauration pour les enfants et en soins d'urgence pour les adultes. Depuis ce temps, la politique provinciale sur les soins de santé bucco-dentaire a changé, et l'appui gouvernemental pour la prestation directe des services de soins de santé bucco-dentaire a subi un important repli, puisque les gouvernements ont transféré presque tout le financement public disponible vers une prestation indirecte des services par des cliniques privées (Tableau 3. Tableau 3.).

Tableau 3.3 Dépenses publiques en soins de santé dentaire au Canada, en 2007

	Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire ciblés (en milliers de dollars)	Dépenses en traitements de santé bucco-dentaire ciblés pour les personnes socialement marginalisées (en milliers de dollars)	Dépenses en soins chirurgicaux de santé bucco-dentaire (en milliers de dollars)	Total des dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire (en milliers de dollars)
C.-B.	3 500	44 809	1 539	49 848
Alb.	6 000 ^a	40 000 ^a	3 276	49 276
Sask.	1 200 ^a	7 247	1 511	9 958
Man.	1 800 ^a	4 300	985	7 085
Ont.	33 000 ^a	65 500 ^a	14 230	112 730
Qc	45 529	47 710	5 966	99 205
N.-B.	50	3 400	505	3 955
N.-É.	1 000	9 220 ^a	1 064	11 284
Î.-P.-É.	2 389	533	91	3 013
T.-N.-L.	0	5 740	313	6 053
Nun.			1 700	1 700
T. N.-O.	1 067		348	1 415
Yn	375	221 ^a	25	621
Gouvernement fédéral			247 687	247 687
Total				603 830

^a Estimation

Source : Quiñonez et al., (2008) [20].

Tableau 3.4 Dépenses fédérales publiques en soins de santé bucco-dentaire au Canada, en 2007

Organisation fédérale	Dépenses (en milliers de dollars)
Ministère de la Défense nationale	27 000
Ministère des Anciens Combattants	18 000
Gendarmerie royale du Canada	8 888
Service correctionnel Canada	2 800
Citoyenneté et Immigration Canada	999
Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits	190 000
Total des dépenses fédérales	247 687

Source : Quiñonez et al., (2008) [20].

Tableau 3.5 Comparaison de la distribution des ressources publiques de soins de santé dentaire, en 1986 et en 2005 (M = millions de dollars)

	1986	2005
Programmes des gouvernements provinciaux (essentiellement en prestation directe des services)	204 M\$	110 M\$
Programmes provinciaux d'assistance sociale (essentiellement en prestation indirecte des services)	56 M\$	212 M\$
Paielements pour traitements chirurgicaux et dentaires par le régime d'assurance maladie	14 M\$	31 M\$
Programmes du gouvernement fédéral	70 M\$ (45 % pour les Autochtones)	225 M\$ (77 % pour les Autochtones)
Total	344 M\$	578 M\$

Sources : Bedford (1986) et Quiñonez (2005) [19, 22].

Tableau 3.6 Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire, par objectif gouvernemental, dans certaines provinces, en 1980 et en 2005 (en milliers de dollars)

	Programmes de santé publique (essentiellement en prestation directe des services)		Programmes d'assistance sociale (essentiellement en prestation indirecte des services)		Services de chirurgie dentaire	
	1980	2005	1980	2005	1980	2005
C.-B.	29 131	3 500	14 843	40 270	1 843	5 269
Alb.	5 344	6 100	25 070	40 000	221	2 404
Sask.	13 416	2 468	1 224	7 088	507	1 499
Man.	3 997	1 800	1 826	4 300	746	750
Qc	77 255	45 529	22 935	47 710	3 784	5 966
N.-B.	927	50	1 600	2 980	50	189
N.-É.	9 320	7 655	139	4 000	1 309	1 707
Î.-P.-É.	1 555	2 600	100	250	41	91
Total	142 925	71 707	69 717	148 603	10 481	19 880

Note : L'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et les territoires sont exclus, car les données relatives aux dépenses ne sont pas claires.

Sources : Stamm et al., (1986) et Quiñonez (2005) [19, 23].

L'importance de ces facteurs est examinée ci-dessous. Toutefois, il est important de préciser que ce partage public/privé reflète également une tension majeure dans le milieu de la dentisterie : celle de la préférence du professionnel pour des soins privés et une prestation indirecte des services de soins dentaires dans des cliniques privées, par rapport à un besoin évident de soins directs, financés par les fonds publics et offerts dans des installations publiques faciles d'accès. À cet égard, il peut être étonnant de constater que seulement 5 % de toutes les dépenses en soins de santé bucco-dentaire attirent autant l'attention des professionnels et attisent autant les débats, ce qui n'est pas le cas du reste des dépenses. Pourtant, l'assurance collective de l'employeur, en tant que principale forme de financement des soins de santé bucco-dentaire au Canada, mérite également de l'attention en raison des nouveaux éléments qui menacent sa viabilité. Par exemple, la robustesse des régimes dentaires privés s'est lentement érodée au cours des 20 dernières années, et en raison des récents défis économiques, les principaux employeurs examinent désormais les avantages sociaux à la loupe [24]. Historiquement, ce mode de financement a été encouragé par des subventions publiques sous la forme de régimes de santé et dentaires privés non imposables, ce qui incite les employeurs à offrir ces avantages sociaux à leurs employés, améliorant ainsi la

nature globale des contrats d'embauche. En outre, dans le contexte de ce rapport, il est important de noter que les personnes qui possèdent une assurance dentaire de l'employeur bénéficient d'avantages fiscaux supplémentaires par rapport à celles qui n'ont pas de telles assurances. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les personnes sans assurance sont plus susceptibles de faire partie des groupes les plus pauvres (Figure 2.11 et Figure 2.12), d'avoir une moins bonne santé bucco-dentaire, d'avoir un moins bon accès aux soins de santé bucco-dentaire (Figure 2.8, Figure 2.9 et Figure 2.10), et de devoir payer pour les soins de santé bucco-dentaire avec leur revenu après impôt.

3.2.2 La division fédérale, provinciale et municipale en matière de prestation de soins de santé bucco-dentaire

Il est par ailleurs important de comprendre qui est engagé dans le financement public et la prestation des soins de santé bucco-dentaire. Le gouvernement fédéral, en finançant les soins des populations des Premières nations et des Inuits, contribue largement au pourcentage de toutes les dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire au Canada. En effet, les autorités fédérales, contrairement à la plupart des provinces, disposent encore d'un mode d'administration de soins de santé bucco-dentaire pour les communautés autochtones. À certains endroits, ces soins sont offerts par des thérapeutes dentaires; cependant, ils sont désormais principalement fournis par l'intermédiaire de dentistes salariés, à tarif journalier, ou rémunérés à l'acte, qui voyagent vers ces communautés largement isolées. Néanmoins, la majorité des soins financés par les autorités fédérales pour les populations autochtones sont encore offerts dans des cliniques dentaires privées en milieu urbain et en banlieue. Les provinces, d'autre part, financent les soins des groupes socialement marginalisés, mais de manière générale n'ont aucun mode d'administration particulier pour les soins de santé bucco-dentaire, sauf dans certains cas particuliers comme au Québec; où des hygiénistes dentaires offrent des soins préventifs.

Le scénario change également au niveau des municipalités. Dans la plupart des provinces du Canada, les grandes municipalités participent au financement des soins de santé bucco-dentaire, soit par des ententes de partage des coûts avec les provinces, soit par des programmes complètement indépendants. Elles assurent également la prestation des soins indirectement; cependant, les très grandes municipalités assurent un certain niveau de prestation directe de services grâce à de petits réseaux de cliniques publiques. On obtient donc un mélange flou et inégal de financement public et de prestation à l'échelle des provinces et des territoires, ainsi qu'une couverture différente et un accès aux soins dentaires inégal à l'échelle nationale. L'importance de cette situation est décrite plus en détail ci-dessous.

3.3 Les comparaisons du Canada à l'échelle internationale

À partir de données de 1999 et 2000, van Doorslaer et Masseria [13] ont montré que le Canada figure parmi les plus mauvais joueurs en matière d'équité pour les soins

dentaires par rapport à d'autres pays membres de l'OCDE. Lorsqu'elles ne prennent pas en compte des besoins et présentent simplement des renseignements descriptifs, les données de 2011 de l'OCDE montrent que le Canada présente certaines des plus grandes différences entre les riches et les pauvres en ce qui concerne le nombre de consultations annuelles chez le dentiste (Figure 3.3). Un peu moins de 80 % des personnes qui font partie des groupes les plus riches sont susceptibles d'avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédente, contre 47 % environ des personnes du groupe le plus pauvre.

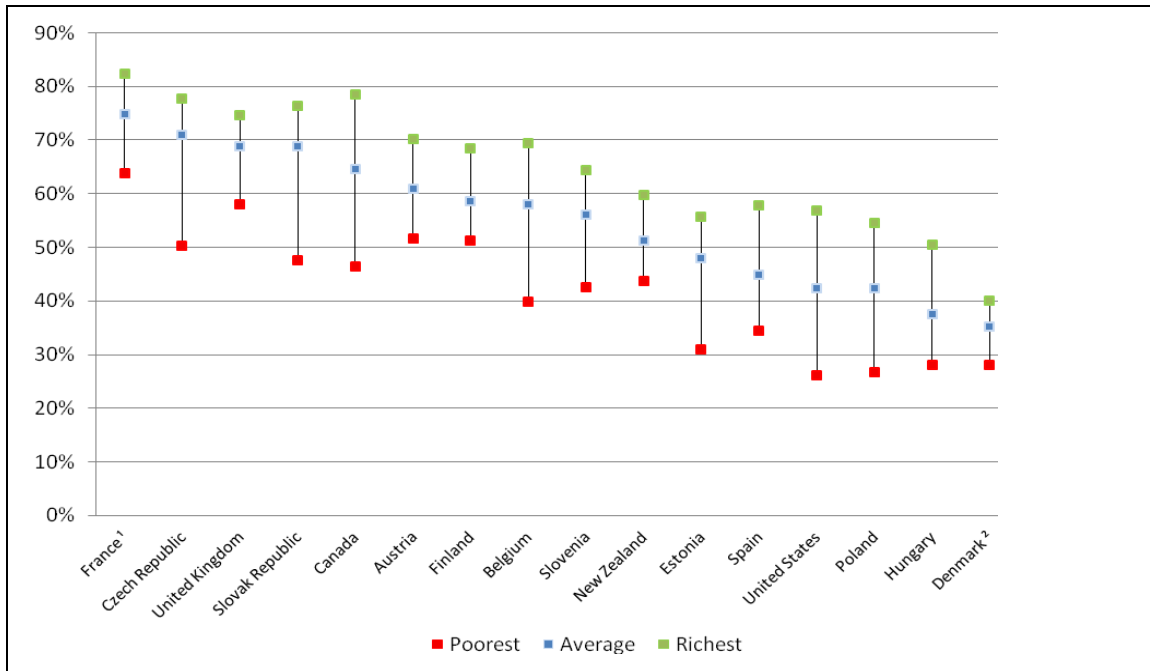


Figure 3.3 Probabilité d'une consultation dentaire au cours de l'année précédente selon le groupe de revenu dans 16 pays de l'OCDE (en 2009 ou l'année la plus proche)

¹ Consultations au cours des 2 années précédentes

² Consultations au cours des 3 mois précédents

Source : Adapté à partir de la figure 6.6.2 : Estimations de l'OCDE (2011) [25].

En outre, lorsque les données sont classées en fonction du montant de fonds publics alloués aux soins de santé bucco-dentaire, le Canada est proche de la dernière position [26] (Figure 3.4). Par ailleurs, si l'on observe les tendances de la proportion des dépenses de soins dentaires issues de fonds publics en 2001, en 2005 et en 2008, les États-Unis et d'autres pays membres de l'OCDE ont accru leur part du financement public des dépenses en soins de santé bucco-dentaire, tandis que la part du Canada a diminué. En bref, la plupart des pays membres de l'OCDE allouent beaucoup plus de fonds publics aux soins de santé bucco-dentaire que le Canada et, comme nous le

verrons plus en détail dans ce rapport, emploient des méthodes plus robustes et plus équitables pour fournir des soins de santé bucco-dentaire à leur population.

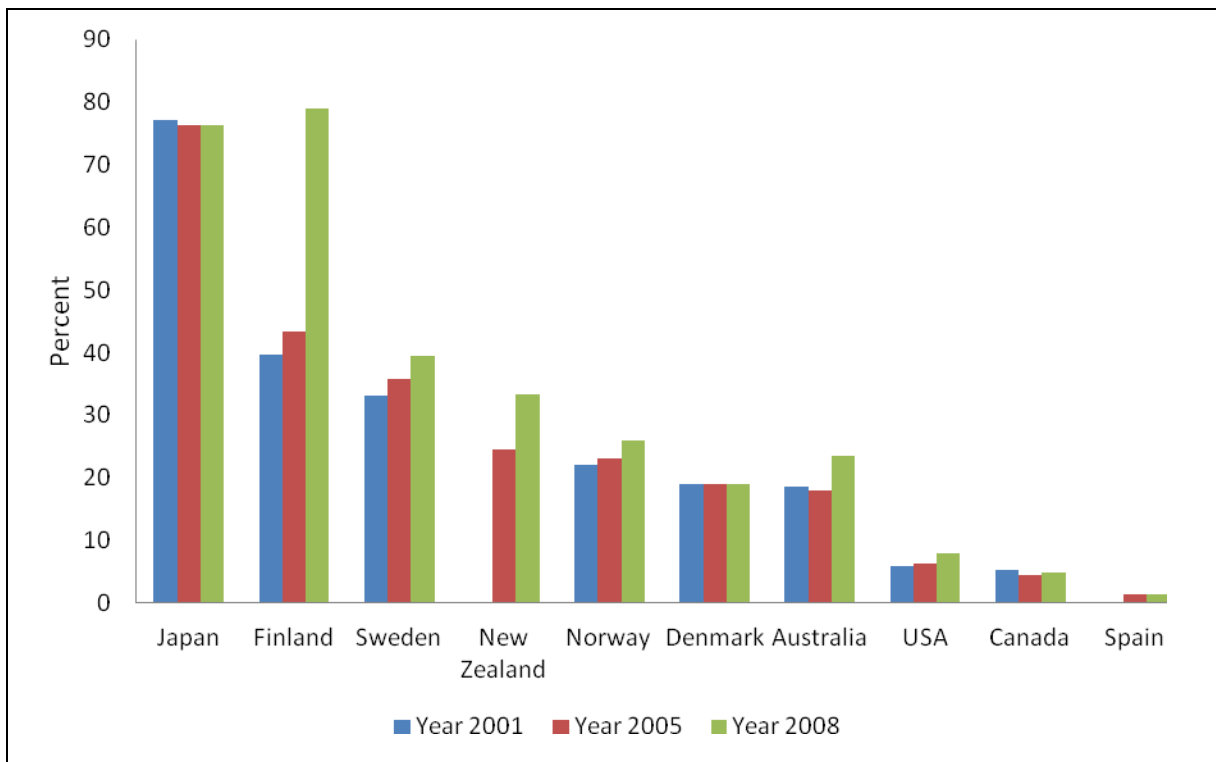


Figure 3.4 Part du secteur public par habitant pour les dépenses en soins dentaires dans les pays de l'OCDE au cours de la période 2001 à 2008

Source : Adapté de Parkin et Devlin (2003) [26].

Birch et Anderson ont décrit l'une des conséquences de la diminution des investissements publics du Canada dans les soins de santé bucco-dentaire [27] (Tableau 3.). En effet, ils montrent que, chez les personnes qui ne consultent pas de dentiste en raison des coûts, les différences entre celles qui gagnent un revenu élevé et celles qui gagnent un revenu faible sont nettement prononcées, mais pas dans les pays qui proposent un système public plus robuste pour le financement et la prestation des soins de santé bucco-dentaire, tels que le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Au Canada, alors que 15 % des personnes des groupes à revenu élevé ne consultent pas de dentiste en raison du coût, ce sont 42 % des personnes provenant de familles à faible revenu qui ne consultent pas de dentiste. Les données relatives aux familles à revenu élevé et à faible revenu qui ne consultent pas de médecin en raison du coût au Canada sont respectivement de trois et neuf pour cent. En résumé, bien que le Canada tente d'adopter une approche équitable pour le financement et la prestation des soins de santé générale, ce n'est de toute évidence pas le cas pour les soins de santé bucco-dentaire. Cette observation est soutenue par d'autres études montrant qu'au Canada, les personnes qui déclarent se sentir en moins bonne santé indiquent consulter

d'avantage leur médecin de famille. Or, il n'en est pas de même pour la santé bucco-dentaire [28] (Figure 3.5). En effet, en ce qui concerne les soins de santé bucco-dentaire au Canada, plus l'état de santé général d'une personne est faible, moins il est probable qu'elle consulte un dentiste.

Tableau 3.7 Proportion d'adultes ayant besoin de soins, mais ne consultant pas de médecin ou de dentiste en raison du coût (en 2001 et 2002)

Pays	% n'ayant pas consulté de médecin en raison du coût				% n'ayant pas consulté de dentiste en raison du coût			
	Tous				Tous			
	Adultes malades	les adultes	Revenu élevé	Revenu faible	Adultes malades	les adultes	Revenu élevé	Revenu faible
États-Unis	28	24	15	36	40	35	24	51
Nouvelle-Zélande	26	20	18	24	47	37	36	40
Australie	16	11	10	14	44	33	31	38
Canada	9	5	3	9	35	26	15	42
Royaume-Uni	4	3	2	4	21	19	19	20

Source : Adapté de Birch et Anderson (2005) [27].

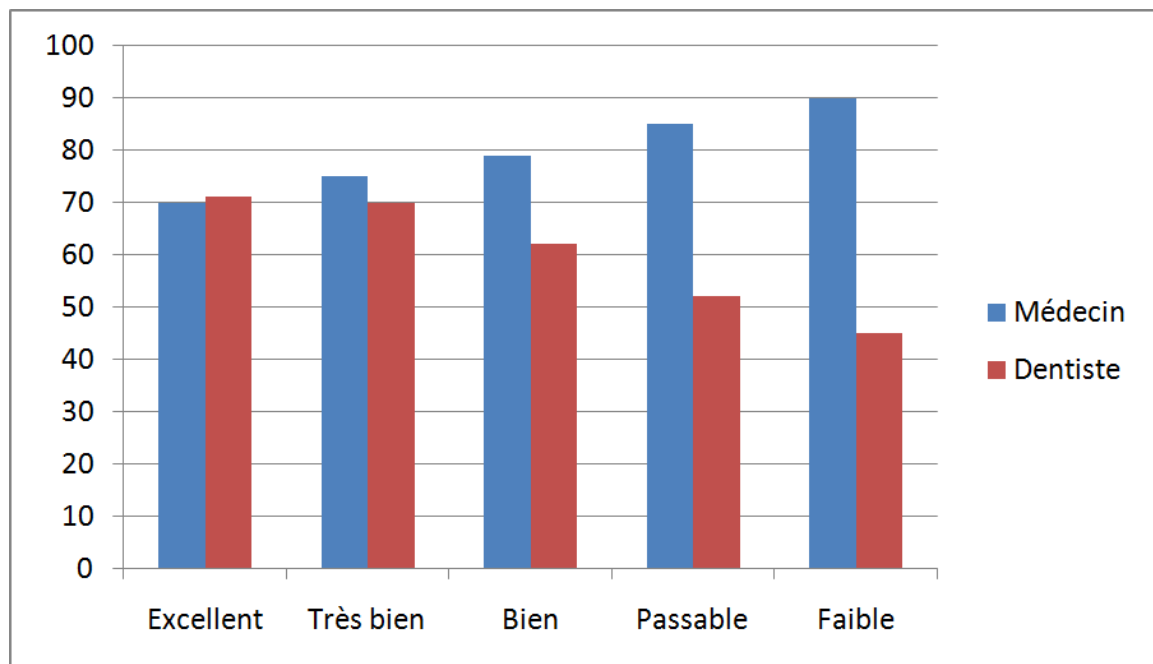


Figure 3.5 Consultation d'un dentiste ou d'un médecin de famille selon l'état de santé (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2010)

Source : Adapté de Sabbah et Leake (2000) [28].

3.4 Les problèmes liés au mode de prestation actuel des soins de santé bucco-dentaire au Canada

Nombreux sont ceux qui reconnaissent aujourd'hui les problèmes inhérents au système de soins de santé bucco-dentaire au Canada. En conséquence, l'accès aux soins de santé bucco-dentaire a gagné en importance dans les enjeux politiques relatifs à la santé [29-37]. Par exemple, les médias ont fait état des défis affrontés par les groupes à faible revenu en ce qui concerne l'accès aux soins [29-31]. Par ailleurs, les gouvernements provinciaux ont réagi en débloquant des fonds ciblés pour les enfants, les adultes et les personnes âgées issus de familles à faible revenu [32-36]. Le gouvernement fédéral a pour sa part ajouté un Bureau du dentiste en chef pour exercer un leadership politique et définir les orientations dans le domaine de la santé bucco-dentaire et des soins de santé bucco-dentaire au Canada (un tel bureau n'avait pas été mis en place depuis environ trente ans) [37]. Par ailleurs, l'un des derniers présidents de l'Association médicale canadienne (AMC) a suggéré une révision du régime d'assurance maladie pour inclure les soins de santé bucco-dentaire [29]. Enfin, l'Association dentaire canadienne recommande maintenant que les gouvernements mettent en place un « filet social pour les soins dentaires » pour tous les Canadiens défavorisés, changeant ainsi sa vision traditionnelle, qui consistait à cibler uniquement des groupes vulnérables précis, en particulier les enfants [38].

Plus récemment, des joueurs importants de la sphère publique et privée des soins de santé bucco-dentaire ont rédigé en collaboration avec le Centre canadien de politiques alternatives un rapport demandant ce que devrait être l'avenir des soins de santé bucco-dentaire au Canada [39]. Ils y ont remis en question « l'étrange vérité de la politique publique canadienne : les soins des lèvres, de la langue et de la gorge sont entièrement couverts par le financement public, mais pas les soins des dents et des gencives. » Toute cette activité représente le renouvellement de la politique dans le contexte de 30 années de diminution des dépenses publiques pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada [21] (Figure 3.6).

Comme nous l'avons déjà montré à la section 3.3, le Canada figure parmi les plus mauvais joueurs en matière de financement public des soins de santé bucco-dentaire par rapport aux autres pays membres de l'OCDE [26]. En effet, l'aspect *public* du système canadien de soins de santé bucco-dentaire a été mis au point pour fournir des services de prévention et de traitement aux personnes les plus à risque ou à celles qui n'ont pas régulièrement accès aux soins (p. ex., les enfants issus de familles à faible revenu, les bénéficiaires de l'aide sociale et les personnes handicapées). Malheureusement, ce système exclut des groupes qui devraient sans doute recevoir une aide publique pour les soins (p. ex., les adultes et les personnes âgées à faible revenu, ainsi que les travailleurs pauvres) [40-42]. Pour résumer, la quantité très limitée de ressources publiques consacrées aux soins de santé bucco-dentaire pourrait ne pas être suffisante pour répondre aux besoins existants et ne pas être ciblée vers les personnes qui en ont le plus besoin.

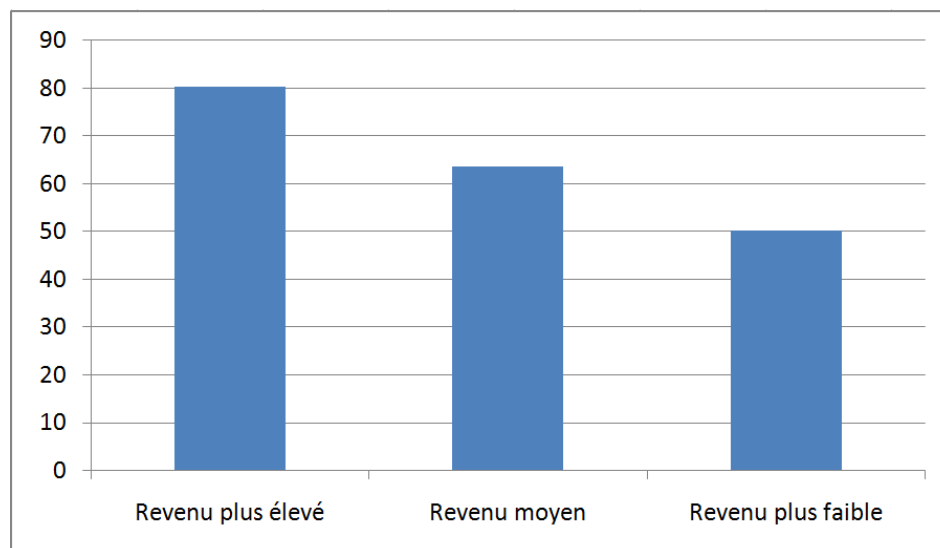


Figure 3.6 Adultes vivant au Canada et possédant une assurance dentaire publique ou privée selon le revenu

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

3.4.1 L'exclusion de populations particulières et les défis connexes

En dehors de quelques investissements publics sporadiques, la baisse de l'appui gouvernemental à l'égard des soins de santé bucco-dentaire s'est poursuivie, ce qui a entraîné de grandes lacunes dans notre système actuel. Dès le début, ces lacunes étaient inhérentes au système, précisément en raison de la partialité de la politique, qui se concentre là encore sur les enfants, sur la situation d'emploi et sur la responsabilité individuelle [43]. En ce qui concerne les enfants, la plupart des provinces, si ce n'est la totalité, assurent un soutien pour les enfants issus de familles à faible revenu en raison d'une perception accrue de responsabilité sociale à leur égard. Or, cela signifie que de nombreux groupes d'âge sont complètement exclus, y compris les populations vulnérables comme les adolescents, les adultes et les personnes âgées à faible revenu.

L'accent mis sur la situation d'emploi a également conduit à une lacune unique et plus discrète, mieux illustrée par le défi affronté par les personnes à faible salaire (celles qu'on appelle les « travailleurs pauvres ») et potentiellement par la classe moyenne depuis peu [43, 44]. Ces personnes ont un emploi, mais cet emploi ne leur offre généralement pas d'avantages sociaux, ou bien elles ont subi une dégradation du régime dentaire de leur employeur en général (Figure 3.3). Cette situation menace donc particulièrement l'accès à des soins dentaires pour ces groupes, puisqu'aucune option publique ne leur est proposée. De façon similaire, l'hypothèse selon laquelle l'emploi serait généralement associé à des avantages sociaux entraîne des difficultés pour

beaucoup de retraités (Figure 2.11 et Figure 2.12) dont les revenus sont limités, puisque les avantages sociaux disparaissent très souvent au moment de la retraite.

En ce qui concerne la question de la responsabilité individuelle en matière de santé bucco-dentaire, on constate une lacune puisque la responsabilité individuelle ne permet pas de couvrir et de gérer entièrement la complexité des obstacles à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire. Là encore, travailler pour un revenu limité est l'exemple le plus flagrant de ce problème, puisque dans ce cas, les personnes sont entièrement responsables si l'on suit la logique actuelle (puisqu'elles ont un emploi), et pourtant, elles sont marginalisées par le même système qui les privilégie implicitement. Pour appuyer ce point avec certitude, la littérature relative à l'éthique des soins de santé a déterminé que la responsabilité individuelle est une approche inadéquate et potentiellement dangereuse en matière de politique de répartition [45].

Les résultats de ces lacunes sont considérables. Au minimum, les gens n'ont pas d'accès raisonnable aux soins de santé bucco-dentaire; au pire, les répercussions peuvent être extrêmes, par exemple des douleurs chroniques, la perte de l'estime de soi, voire des incapacités physiques. En outre, la notion de contexte public pour les soins de santé bucco-dentaire a dans l'ensemble grandement diminué. En effet, la plupart des mesures incitatives publiques qui faisaient partie de l'approche des soins de santé bucco-dentaire financés à même les fonds publics ont été oubliées. Par exemple, il existe peu de soutien sous la forme de subventions publiques pour les collectivités rurales et celles mal desservies qui veulent attirer des dentistes. Les mesures incitatives qui étaient alors proposées par plusieurs provinces n'existent plus [19].

Le caractère unique des populations autochtones est également pertinent dans ce cas. Ces populations souffrent en effet de certains des pires taux d'affections buccales au Canada. En conséquence, en raison de leur lien historique avec le gouvernement fédéral, certaines populations autochtones ont accès à un ensemble bien établi de services par l'entremise du Programme des services de santé non assurés de Santé Canada. Néanmoins, en raison de l'isolement rural, les soins ne sont souvent pas proposés malgré la gratuité des services. En outre, en raison de leur relation particulière avec le gouvernement fédéral, d'autres problèmes apparaissent. Par exemple, nombreux sont les débats entre les autorités provinciales et fédérales en ce qui concerne la responsabilité des populations des Premières nations qui ne vivent pas dans une réserve. Les autorités des deux paliers se considèrent en effet comme les assureurs de dernier recours, qui par définition ne peuvent pas exister simultanément. Il y a aussi le problème venant du fait que l'État peut être incohérent en ce qui concerne la reconnaissance du statut d'autochtone, ce qui signifie que ce statut peut être perdu. On observe alors des situations délicates où les membres d'une même famille, au sein de la même communauté, perdent l'accès aux soins de santé bucco-dentaire, tandis que d'autres le conservent.

Des défis similaires existent également pour les personnes handicapées, les réfugiés et les populations récemment immigrées. Ces groupes portent en effet un fardeau démesuré en ce qui concerne les affections buccales par rapport à leurs homologues

canadiens. Ils ont souvent des revenus limités, et bien qu'ils aient parfois accès à certaines aides publiques (en particulier les personnes handicapées et les réfugiés), ils font également face à d'importants obstacles pour obtenir des soins dentaires. Par exemple, le gouvernement fédéral a traditionnellement appuyé certains réfugiés, mais le remboursement est limité et réduit à une courte période (souvent une seule année à compter de l'entrée au pays). Ce soutien pourrait être aboli dans un proche avenir, car le gouvernement fédéral a proposé l'annulation de ce programme important [46]. En outre, aucune autre province que le Québec n'offre la prise en charge des réfugiés. Par ailleurs, les nouveaux immigrants n'ont aucune aide publique pour les soins de santé bucco-dentaire à moins qu'ils ne soient admissibles au programme d'assistance sociale, et, dans ce cas aussi, les défis de la pauvreté sont prééminents. Enfin, en ce qui concerne les personnes handicapées, leur incapacité physique et cognitive potentielle à accéder aux soins de santé bucco-dentaire dans des installations traditionnelles limite la disponibilité et la pertinence des soins. En bref, il n'existe aucune approche générale intégrée en matière de politique sur les soins de santé bucco-dentaire qui tente de régler les problèmes vécus par ces différentes populations.

3.4.2 Le manque de normes relatives aux soins de santé bucco-dentaire à l'échelle du pays

L'absence de politique claire sur les soins de santé bucco-dentaire à l'échelle du pays, combinée à la nature de la gouvernance canadienne, selon laquelle la santé est régie en grande partie à l'échelle provinciale ou territoriale, ou parfois à l'échelle municipale en ce qui a trait aux soins de santé bucco-dentaire, a fait en sorte d'entraîner d'importantes lacunes en matière de services de même que l'absence de normes de service. Étant donné qu'il n'y a aucune législation globale pour les soins de santé bucco-dentaire, contrairement à ce qui se fait pour les soins prodigués par un médecin ou en milieu hospitalier en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, chaque province ou territoire a abordé le financement des services de soins de santé bucco-dentaire à sa manière. En conséquence, la même personne assurée par l'État pourrait être assurée pour des services différents selon la province où elle vit et, dans certaines circonstances, selon la municipalité où elle vit dans une même province. Dans certains cas, l'appui offert aux groupes tels que les adultes et les personnes âgées à faible revenu est extrêmement limité voire exclusivement discrétionnaire. Dans une conjoncture économique difficile, l'absence de protection législative pour de tels programmes permet aux gouvernements de cesser le financement sans aucune résistance importante, peu importe les répercussions négatives que cela peut avoir sur la vie de nombreuses personnes.

Or, cette situation dans son ensemble a des répercussions sur la pertinence des soins qui sont financés par les fonds publics et sur l'efficacité et l'efficience des soins offerts. Par exemple, en privilégiant l'assurance en tant que mécanisme de paiement des soins, les programmes de soins de santé bucco-dentaire du gouvernement se sont presque inconsciemment structurés comme des régimes d'avantages sociaux privés pour les soins dentaires, tentant de fournir sensiblement les mêmes services que ceux offerts par les régimes d'assurance collective. Le vérificateur général du Canada a été critique

envers le financement fédéral des soins de santé bucco-dentaire pour les populations autochtones pour cette même raison, déclarant qu'il n'est pas évident de savoir si le gouvernement fédéral finance un programme public ou un mécanisme d'assurance [47]. Le fait de structurer un système de soins public sous forme de mécanisme d'assurance crée un véritable borborygme en ce qui concerne les questions auxquelles les décideurs sont sommés de répondre, ce qui signifie que les débats d'orientation de politique reflètent davantage les problèmes d'assurance que les défis associés à un authentique programme de santé publique. À cet égard, il y a eu une inversion des priorités dans les programmes publics. Comme nous l'avons mentionné précédemment, au cours des 30 dernières années, alors que la profession dentaire (privée) exerçait des pressions sur les gouvernements en rapport aux lacunes perçues des programmes de santé publique, les gouvernements ont commencé à réorienter le financement de la prestation directe vers la prestation indirecte des services (Tableau 3.). Cela signifie que le système de soins public fonctionne désormais principalement sous la forme d'un mécanisme de financement par un tiers, ce qui tend à marginaliser les besoins et les préférences des assurés du régime public par rapport à la clientèle en général desservie dans la grande majorité par des cliniques dentaires privées. Par ailleurs, il existe un grand écart entre les préférences des praticiens du secteur privé, qui veulent que les programmes publics fonctionnent comme des mécanismes d'assurance privée (à savoir, avec peu d'arbitrage et de surveillance), et celles des groupes marginalisés, qui, selon les données disponibles, sont plus susceptibles de préférer des soins dispensés dans un contexte public que privé [48].

3.4.3 L'offre de traitements dentaires non soutenus par des données scientifiques

La logique floue de la politique susmentionnée a des ramifications jusque dans les traitements fournis. Par exemple, au début des années 1980, alors que les gouvernements cherchaient des moyens de réduire les coûts, ils ont commencé à limiter les barèmes des régimes publics. Ainsi, les premiers services qui ont alors été limités ou coupés ont été les services cliniques de prévention tels que l'apprentissage et l'éducation propres à l'hygiène bucco-dentaire; les gouvernements constatant que le changement de comportement était beaucoup plus complexe à gérer que de, par exemple, simplement dire et montrer à quelqu'un comment se brosser les dents. Au fil du temps, ces réductions ont touché le nombre d'unités disponibles pour le détartrage parodontal (nettoyage), ainsi que des services tels que les traitements de canal sur une molaire. En guise de compromis, les gouvernements ont commencé à financer d'autres services, dont le plus important concerne les restaurations en composite (obturations en « plastique » blanc) à la place des obturations à l'amalgame (obturations métalliques argentées), dont l'intégration aux barèmes des régimes publics date des années 1990.

Une telle approche incite le prestataire à effectuer des restaurations en composite, puisque les barèmes des régimes publics payent davantage pour ces restaurations que pour celles à l'amalgame. L'incitation est d'autant plus forte que les barèmes des régimes publics remboursent toujours moins que les barèmes des régimes

d'employeurs. Deuxièmement, l'incitation vise également le patient puisqu'elle favorise des produits dentaires qui ont la couleur des dents par rapport à l'emploi de produits de restauration contenant du mercure, rendant l'utilisation de ces derniers de plus en plus controversée, même en l'absence de données probantes sur des effets nocifs liés au mercure dans les restaurations à l'amalgame. Du point de vue des programmes publics, cette situation est problématique en matière de coûts et de soins étayés par des données probantes. En effet, la recherche a démontré que les restaurations composites ne sont pas le choix idéal chez les populations qui présentent un grand nombre de caries, car ces restaurations sont plus susceptibles de s'abîmer et d'entraîner la nécessité d'un nouveau traitement. Or, ce sont précisément ces mêmes populations qui sont souvent du ressort des programmes publics [49]. Comme l'illustre le Tableau 3., dans deux des plus importants programmes publics canadiens de soins de santé bucco-dentaire, sur une période de 10 ans, les restaurations à l'amalgame ont été significativement moins nombreuses, et le nombre de restaurations en composite a augmenté de façon concomitante. Dans le Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE), qui finance en Ontario les soins pour les enfants de familles à faible revenu, et dans le Programme des services de santé non assurés (SSNA) du gouvernement fédéral, qui finance les soins pour les groupes autochtones reconnus par l'État, l'influence sur les dépenses est évidente et a des conséquences majeures sur la durabilité des programmes.

Tableau 3.8 Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE) de l'Ontario (de 0 à 13 ans) et Programme des services de santé non assurés (SSNA) du fédéral (pour tous les âges) : nombre de restaurations et dépenses (en milliers de dollars) pour les restaurations à l'amalgame et en composite au cours des exercices financiers de 1999/2000 et de 2009/2010

	Exercice financier de 1999/2000		Exercice financier de 2009/2010		Différence de pourcentage entre 1999/2000 et 2009/2010	
	Nombre	Dépenses	Nombre	Dépenses	Nombre	Dépenses
PSDE	39 145	1 695 \$	18 972	956 \$	-51,53 %	-43,58 %
Amalgame						
PSDE	25 590	1 706 \$	64 258	5 091 \$	151,10 %	198,36 %
Composite						
SSNA	151 258	9 310 \$	70 724	6 470 \$	-53,24 %	-30,51 %
Amalgame						
SSNA	128 470	9 664 \$	297 369	39 079 \$	131,47 %	304,37 %
Composite						

Sources : Nicolae et al., (2011) et Al-Rudainy (2010) [50, 51].

L'absence d'une approche cohérente et étayée par des données probantes pour l'attribution des services de soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics est clairement problématique. Comme le décrit la section 6.6, il y a des leçons à tirer des politiques d'autres pays, où les soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics sont basés sur des valeurs explicites d'universalité, de ciblage, d'âge ou de nécessité, et où des objectifs clairs ont été définis pour la prestation des soins (soit la prévention et le soulagement de la douleur et de l'infection). En outre, en fournissant des soins financés par les fonds publics de façon fragmentée et désordonnée, les provinces et territoires du Canada ont créé des programmes qui sont sans aucun doute insoutenables en raison des pressions budgétaires associées aux attentes des prestataires et des patients. En effet, si l'objectif est d'améliorer l'accès à des soins de santé bucco-dentaire de qualité qui sont sensibles aux populations vulnérables, qui sont efficaces et efficaces, et qui peuvent aider à réaliser des gains sociaux et économiques, il faut alors se concentrer sur le manque de rigueur et de cohérence dont font part les provinces et territoires canadiens quant à la prestation de cet important service de santé fondamental.

3.4.4 Une main-d'œuvre et des établissements non diversifiés en soins de santé bucco-dentaire

L'approche ad hoc canadienne relative aux soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics entraîne également un soutien sans réserve en faveur du statu quo. Au Canada, il existe très peu d'options en ce qui concerne les établissements et les prestataires de services. Il existe pourtant de nombreuses méthodes bien établies de prestation des soins de santé bucco-dentaire au-delà du contexte des services traditionnels canadiens, et de nouvelles expériences en cours aux États-Unis montrent que le succès est possible si l'on fait preuve de créativité.

Aux États-Unis, des programmes permettent en effet l'offre de soins préventifs par des prestataires de soins autres que dentaires, comme les médecins, les infirmières et les travailleurs de la santé communautaire [52, 53]. Les résultats de ces programmes, qui se sont révélés bénéfiques, à la fois par l'amélioration de la santé et la diminution de la consommation des ressources, seront examinés à la section 6.2. Ce qu'il faut souligner est que le Canada ne considère que dans une faible mesure la possibilité d'avoir recours pour ces soins à des professionnels autres que ceux travaillant traditionnellement dans le domaine de la santé bucco-dentaire. En fait, l'un des programmes pour lesquels le Canada est reconnu à l'échelle internationale est celui de la thérapie dentaire. Alors que certains États américains forment actuellement ce type de prestataires, le rôle et la formation des thérapeutes dentaires au Canada sont actuellement à haut risque. En raison des pressions du milieu professionnel et des récessions des trente dernières années, le seul programme de formation en thérapie dentaire au Canada est maintenant fermé. En résumé, alors que les États-Unis diversifient la main-d'œuvre des soins de santé bucco-dentaire pour répondre aux besoins des groupes mal desservis, le Canada se dirige dans la direction opposée.

Nous assistons toutefois à certains développements uniques. En effet, le gouvernement fédéral a récemment fait appel, pour les soins en faveur des Premières nations, à l'Initiative en santé bucco-dentaire des enfants pour l'offre de conseils de prévention par des prestataires de soins autres que dentaires. Par ailleurs, quelques provinces (p. ex. l'Ontario et la Nouvelle-Écosse) ont récemment adopté une pratique de l'hygiène dentaire indépendante régie par la loi, donnant aux hygiénistes dentaires la possibilité d'offrir des services sans la supervision d'un dentiste. L'un des arguments avancés par les représentants de la profession de l'hygiène dentaire est que des hygiénistes dentaires indépendants se déplaceront dans les environnements mal desservis, comme les établissements de soins de longue durée. Par ailleurs, il a été avancé que cette situation ouvrira le marché des soins de santé bucco-dentaire à la concurrence en donnant aux consommateurs un choix plus vaste, ce qui diminuerait potentiellement les tarifs des services dentaires. Malheureusement, aucune recherche n'a été menée pour confirmer l'exactitude de ces arguments. Après tout, il n'est pas garanti qu'une clinique d'hygiène dentaire privée soit plus susceptible d'être ouverte qu'une clinique dentaire privée dans une région où la population est pauvre et mal desservie, en particulier dans les conditions du système de rémunération actuel.

Dans le contexte de l'exploration d'un engagement plus diversifié et plus souple des professionnels des soins dentaires et d'autres professionnels de la santé pour améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les inégalités connexes, il est important de faire la lumière sur les différents types de professionnels des soins dentaires qui existent au Canada (chaque province propose des définitions différentes des champs d'exercice, mais les définitions ci-dessous décrivent les caractéristiques communes à chaque profession) :

- Un dentiste peut effectuer tous les actes nécessaires pour diagnostiquer, traiter, prévenir et gérer tous les états de santé liés aux dents, à la bouche et aux mâchoires;
- Un thérapeute dentaire peut effectuer certaines activités, comme diagnostiquer des caries et des abcès dentaires, exécuter des restaurations, effectuer de simples extractions, administrer une anesthésie locale, appliquer du vernis au fluorure et de la résine pour sceller des puits et fissures, et prendre des radiographies;
- Un hygiéniste dentaire peut communiquer les plans de traitement et l'information relative à la prévention des maladies, effectuer un détartrage sous-gingival et supra-gingival, prendre des radiographies, et (selon la province ou le territoire) administrer une anesthésie locale;
- Un denturologiste peut concevoir, fabriquer, poser et réparer des prothèses dentaires amovibles (le denturologiste travaille directement avec les patients);
- Un technicien dentaire peut fabriquer et réparer des prothèses dentaires (le technicien dentaire travaille dans un laboratoire); et
- Un assistant dentaire peut assister un dentiste au cours des soins dispensés à un patient, ce qui comprend la prise de radiographies.

3.4.5 La non-taxation des régimes dentaires

Une autre lacune illogique de la politique canadienne sur les soins de santé bucco-dentaire concerne les régimes dentaires de l'employeur et la nature de l'imposition [8, 24, 39]. Au Canada, ces dépenses ne sont pas considérées comme un revenu de l'employé et ne peuvent donc pas être imposées comme telles, ce qui est une incitation directe pour l'employeur et pour l'employé. Pourtant, cette forme de financement est complètement inéquitable quant au principe du transfert de la richesse au sein d'un État providence. En effet, les assurés paient des primes d'assurance dentaire avec le revenu avant impôt, tandis que les non-assurés paient de leur poche les soins dentaires avec le revenu après impôt. Certains ont fait valoir que cela est hautement irresponsable et injuste [8]. En plus de pénaliser plusieurs groupes de la population, cela contribue aux mauvais classements internationaux en ce qui concerne les mesures d'équité et d'accès aux soins de santé bucco-dentaire [13]. De plus, cela entraîne également un important manque à gagner qui pourrait, du moins en théorie, être utilisé pour financer les soins des groupes mal desservis [8]. Comme l'a signalé en 2002 la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, en 1994, le manque à gagner qui provenait d'un allègement fiscal offert aux employeurs et aux employés en faveur des régimes de santé et dentaires privés a été estimé à environ 1,5 milliard de dollars pour tous les gouvernements [54]. Finkelstein a estimé le manque à gagner à 1,6 milliard de dollars en 1998 uniquement pour le gouvernement fédéral. Il soutient par ailleurs que ce montant comprend uniquement le manque à gagner provenant des subventions à caractère fiscal pour les personnes qui gagnent au-dessus d'un certain revenu, et que la perte totale de revenu pourrait bien être beaucoup plus élevée si l'on considérait le manque à gagner provenant des taxes provinciales et des cotisations sociales [55]. Pour résumer ce point, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a évalué le manque à gagner associé à toutes les couvertures des soins de santé, y compris à l'assurance dentaire, à environ 4 milliards de dollars pour tous les gouvernements.

3.4.6 Le nouveau contexte

Une variété de facteurs font aujourd'hui de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire par les groupes vulnérables un important enjeu de santé publique. Par exemple, la nature inégale de la répartition des affections buccales au sein de la population, comme l'indique l'indice de concentration (section 2.1), permet de suggérer que les gouvernements et les professions dentaires devraient reconsidérer sérieusement leur méthode de gestion actuelle et à venir de la santé bucco-dentaire de la population. Ainsi, la Figure 3.7 indique qu'environ 60 % des dents cariées sont concentrées chez 36 % des personnes les plus pauvres de la population canadienne.

Aujourd'hui, plus que jamais, l'importante minorité de la population qui souffre le plus d'affections buccales est également celle qui a le moins de recours aux soins, car les soins de santé bucco-dentaire deviennent de plus en plus chers et, comme nous l'avons décrit précédemment, de moins en moins d'options permettent de recevoir des soins financés par les fonds publics. Cette situation a d'importantes répercussions sur le bien-

être de ces populations vulnérables sur le plan de la santé, de la productivité et de la qualité de vie, qui ont donc des conséquences pour la société canadienne en général.

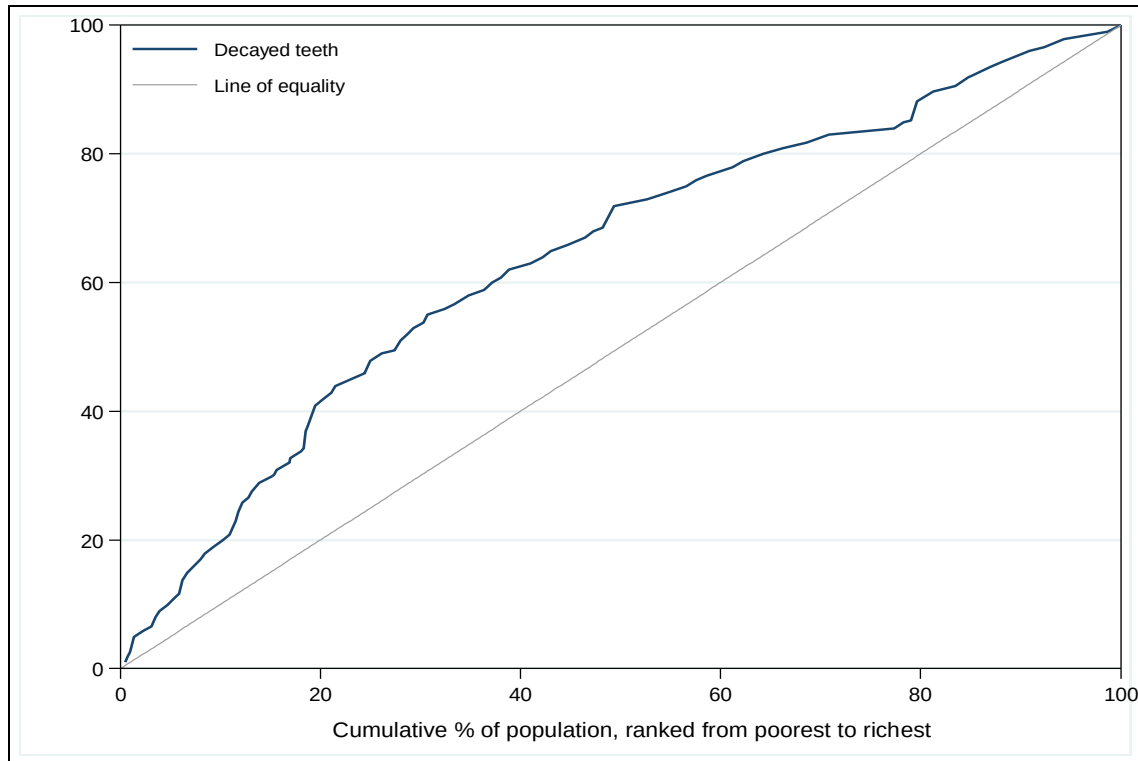


Figure 3.7 Indice de concentration des dents cariées au sein de la population canadienne

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Un autre point important à prendre en compte depuis peu est le vieillissement de la population. Le nombre croissant de personnes qui conservent leurs dents jusqu'à un âge avancé, associé au besoin accru de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie, entraîne l'apparition d'un fardeau accru de maladies et de nouveaux défis quant à la prestation des soins. Cependant, il ne semble y avoir actuellement aux niveaux professionnel ou politique aucune mobilisation intégrée ou organisée autour de cette question.

Il faut également considérer les nouveaux enjeux plus subtils liés à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire. Par exemple, on sait maintenant que la question de l'accès s'étend aux « travailleurs pauvres », ou aux personnes à faible salaire, mais dont l'emploi ne procure aucune assurance dentaire. Dans certains cas, les travailleurs pauvres ont maintenant moins d'accès aux soins de santé bucco-dentaire que les personnes qui gagnent le salaire le plus bas, car ces dernières ont accès à l'assurance

publique, contrairement aux travailleurs pauvres [43, 57] (Figure 3.8). De même, les données probantes suggèrent que les problèmes d'accès aux soins de santé bucco-dentaire concernent désormais les familles à revenu moyen, qui se plaignent de plus en plus des obstacles liés aux coûts des soins de santé bucco-dentaire, et qui subissent une dégradation de la quantité et de la qualité des prestations du régime dentaire de leur employeur [44] (Figure 3.9, Figure 3.10 et Figure 3.11).

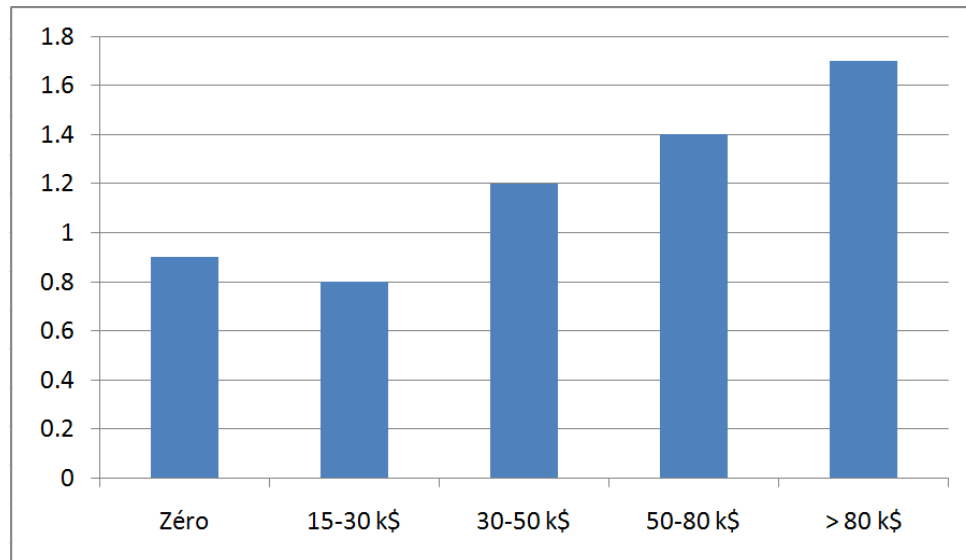


Figure 3.8 Nombre moyen de consultations annuelles chez le dentiste

Source : Adapté de Bhatti et Grootendorst 2007 [56].

Les facteurs environnementaux doivent également être considérés. Par exemple, la fluoruration de l'eau potable des collectivités, l'élément caractéristique de l'approche sociétale et des professionnels des soins dentaires pour la prévention des caries dentaires, est remise en question dans un nombre croissant de collectivités canadiennes. Même si les données probantes démontrent l'efficacité et l'innocuité du fluorure et sa capacité à réduire l'écart du nombre de caries dentaires entre les riches et les pauvres [58], certaines municipalités canadiennes ont choisi d'abandonner la pratique de fluoruration de l'eau. Ce changement est dû à la combinaison de pressions politiques par des groupes contre la fluoruration et de municipalités désireuses de réduire les coûts d'entretien associés. Ce qui est important ici est que, malgré ses avantages, la fluoruration de l'eau est mise de côté sans que les conséquences potentielles ni la manière dont seront mises en application les options de prévention des caries dentaires de remplacement (par ex. des traitements au fluorure ciblés) ne soient sérieusement prises en compte. De plus, les fonds qui ont été utilisés pour la fluoruration de l'approvisionnement en eau pourraient être réinvestis dans d'autres programmes de prévention des affections buccales (p. ex. des subventions accordées

pour les brosses à dents et les dentifrices fluorés), mais cela n'a fait l'objet de pour ainsi dire aucune discussion.

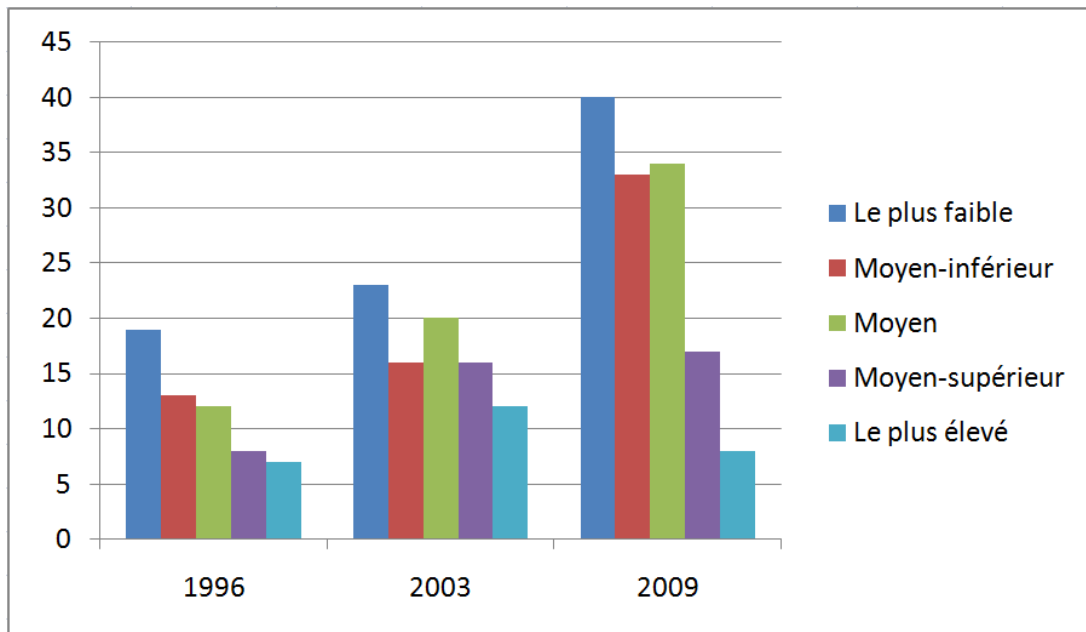


Figure 3.9 Obstacles relatifs au coût des soins dentaires perçus par les Canadiens selon leur niveau de revenu, de 1996 à 2009

Source : Adapté de Sadeghi (2012) [44].

Toutes ces questions sont également influencées par la concurrence croissante pour les ressources au sein des gouvernements, en particulier à la lumière des défis économiques actuels. Où peut-on trouver l'argent pour financer davantage l'accès aux soins de santé bucco-dentaire? Comme l'explique le présent rapport, alors que ce point demeure largement inexploré, il est probable qu'il ne soit pas nécessaire d'ajouter un volume important de nouveaux fonds, car les décideurs n'ont pas encore pleinement pris en considération la question de l'optimisation des ressources de soins de santé bucco-dentaire actuellement financées par le gouvernement. Comme nous l'avons indiqué précédemment, il n'existe aucune logique politique claire à ce sujet. Il se peut que l'on puisse en faire plus avec les ressources actuellement investies. De plus, la question reste de savoir si le Canada est préparé à continuer de renoncer au traitement des affections buccales pour les groupes vulnérables, compte tenu des conséquences potentielles pour leur état de santé général et pour le système de soins de santé. Par exemple, quelles sont les conséquences sur le plan économique du choix d'offrir des soins d'urgence financés par les fonds publics plutôt que de ne pas traiter ces maladies avant qu'elles n'imposent leur fardeau sur les personnes et sur la société canadienne?

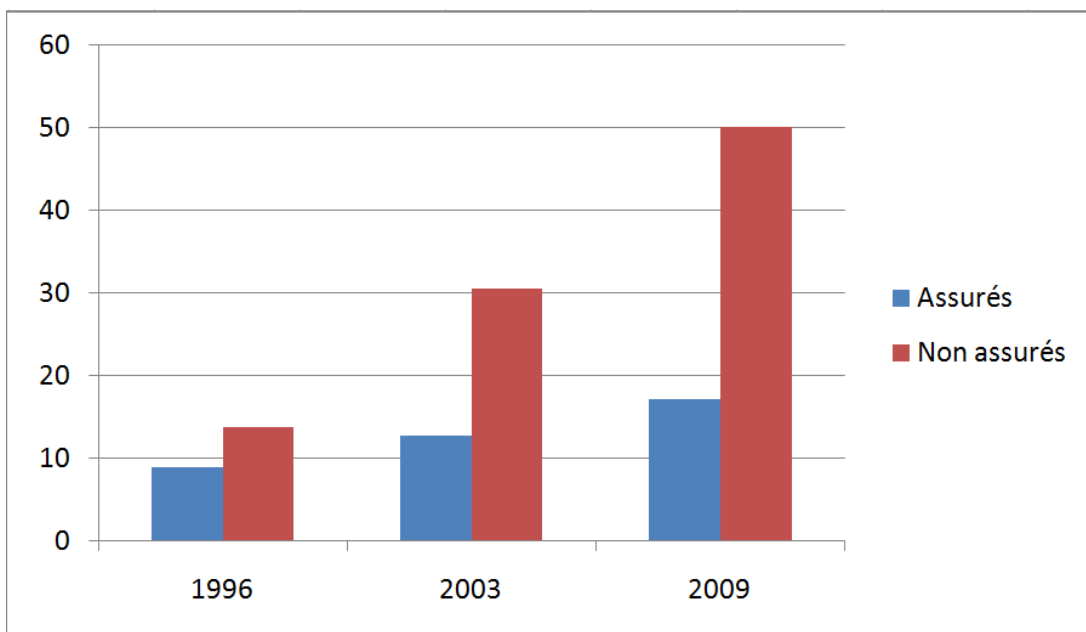


Figure 3.10 Obstacles relatifs au coût des soins dentaires perçus par les Canadiens à revenu moyen avec et sans assurance dentaire, de 1996 à 2009

Source : Adapté de Sadeghi (2012) [18].

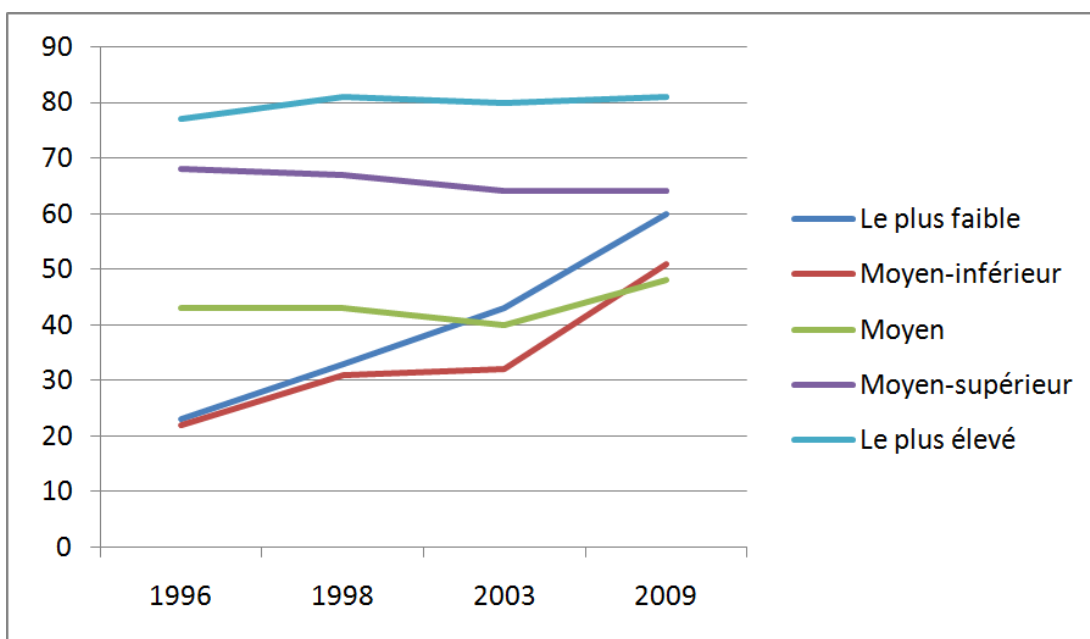


Figure 3.11 Prévalence de l'assurance dentaire chez les Canadiens selon leur niveau de revenu, de 1996 à 2009

Source : Adapté de Sadeghi (2012) [18].

3.4.7 Les variations quant à l'utilisation des ressources, normes et principes de soins de santé bucco-dentaire partout au Canada

Comme nous l'avons déjà mentionné, le Canada présente actuellement une importante variation sur le plan de l'utilisation des ressources publiques liées aux soins de santé bucco-dentaire. Selon la personne (p. ex., enfant ou adulte, à faible revenu ou sans revenu, ou souffrant d'une certaine incapacité) et selon l'endroit (p. ex., selon la province ou le territoire et, dans certains cas, selon la municipalité), les populations vulnérables ont accès à un ensemble variable et souvent très limité de biens et de services de soins de santé bucco-dentaire. Contrairement à ce qui se fait pour les services hospitaliers et médicaux avec la *Loi canadienne sur la santé*, il n'existe aucune législation globale qui guide le financement et la prestation des soins de santé bucco-dentaire au Canada. Ainsi, il n'y a aucune norme nationale et aucun principe que les provinces ou territoires du Canada peuvent consulter pour orienter l'allocation des soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics. Cette situation entraîne de graves lacunes et d'importantes variations en ce qui concerne les populations desservies et les services financés. Cela signifie également que la logique de la politique des soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics n'est pas claire. Contrairement à d'autres collectivités publiques de par le monde où les soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics sont basés sur des valeurs explicites d'universalité, de ciblage, d'âge ou de nécessité, et où des objectifs clairs ont été définis pour la prestation des soins (soit la prévention ou le soulagement de la douleur et de l'infection) [59-61], le Canada a une approche plutôt implicite et floue. Par conséquent, les soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics sont offerts de façon fragmentée et désordonnée. En effet, si l'objectif est d'améliorer l'accès à des soins de santé bucco-dentaire de qualité qui sont sensibles aux populations vulnérables, qui sont efficaces et efficients, et qui peuvent aider à réaliser des gains sociaux et économiques, il faut alors se concentrer sur le manque de rigueur et de cohérence en ce qui concerne la prestation des soins de santé bucco-dentaire.

4 DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Les maladies et problèmes bucco-dentaires les plus courants (p. ex. les caries dentaires, les maladies des gencives et la perte de dents) sont chroniques. Ainsi, ils ont dans une large mesure les mêmes déterminants que de nombreuses autres maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardiaques ou que bon nombre de problèmes de santé comme l'obésité et l'hypertension artérielle. On a beaucoup écrit sur ce sujet, mais il est généralement bien accepté que les déterminants de ces maladies chroniques constituent un ensemble complexe de facteurs, comme l'illustre la Figure 4.1.

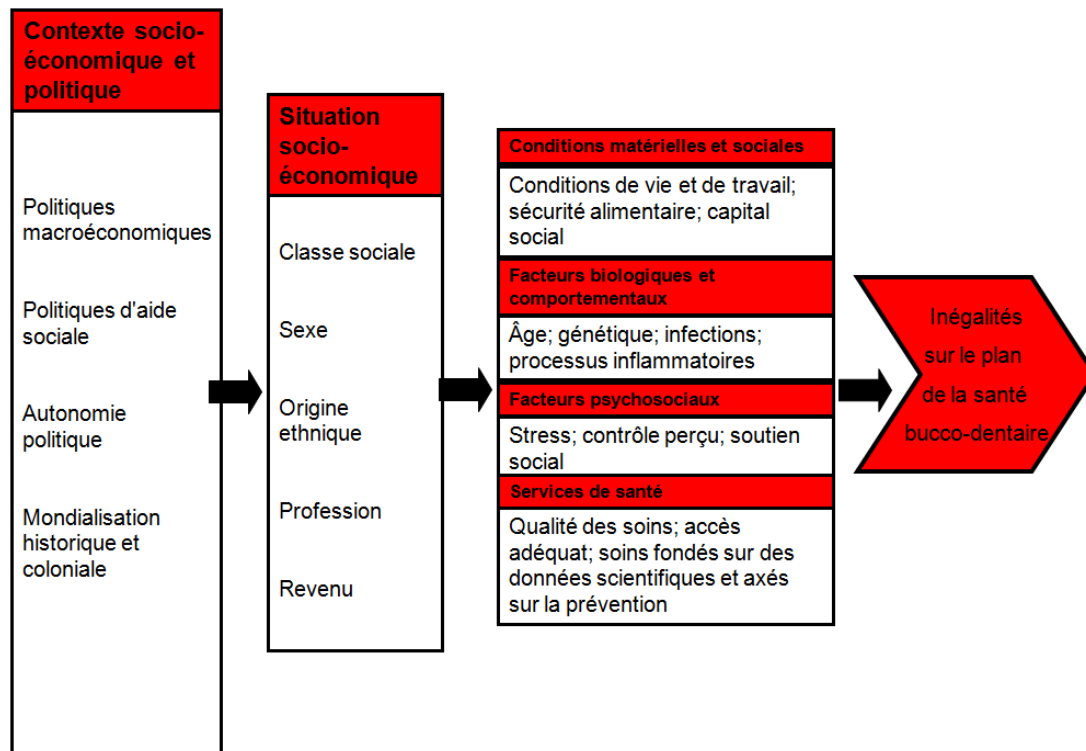


Figure 4.1 Intégration de l'approche du facteur de risque commun dans un cadre de déterminants sociaux

Source : Adapté de Watt et Sheiham (2012) [62].

Une *analyse sur la décomposition* peut être exécutée à partir de l'indice de concentration (IC) pour trouver les facteurs qui expliquent les inégalités en matière de santé bucco-dentaire. Le Tableau 4.1 illustre la contribution des facteurs socio-économiques, de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et des comportements liés à la santé bucco-dentaire aux inégalités selon divers indicateurs d'affections buccales et de santé bucco-dentaire.

Tableau 4.1 Décomposition des facteurs expliquant la concentration des problèmes de santé bucco-dentaire chez les adultes vivant en situation de pauvreté au Canada

	Statut socio-économique	Accès aux soins de santé bucco-dentaire	Comportements liés à la santé bucco-dentaire	Inégalité totale^a
	% de contribution à l'indice de concentration	% de contribution à l'indice de concentration	% de contribution à l'indice de concentration	Indice de concentration
Dents cariées	32 % ^b	45,1 %	4,1 %	-0,248
Dents manquantes	51,4 %	18,4 %	4,1 %	-0,158
Douleurs bucco-dentaires	49,6 %	38,2 %	5,3 %	-0,131
Dents obturées	37,3 %	12,6 %	6,4 %	0,069

^a L'inégalité (l'indice de concentration) est ajustée en fonction de l'âge, du sexe, des origines raciales et du pays de naissance.

^b Le pourcentage dans chaque cellule indique la mesure selon laquelle les facteurs socio-économiques, l'accès et les facteurs comportementaux contribuent à l'inégalité totale pour cette affection ou de cet indicateur de santé. L'addition des pourcentages d'une même rangée ne donne pas un total de 100 %, ce qui signifie que ces facteurs expliquent moins de 100 % des inégalités. Le reste des inégalités est dû à d'autres facteurs qui n'ont pas été mesurés et abordés dans les analyses.

Source : Figure créée par les auteurs des analyses des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009.

Le Tableau 4.1 Décomposition des facteurs expliquant la concentration des problèmes de santé bucco-dentaire chez les adultes vivant en situation de pauvreté au Canada fournit des renseignements qui permettent de faire plusieurs observations très importantes concernant les inégalités en matière de santé bucco-dentaire au Canada :

- On observe une concentration de problèmes de santé chez les personnes à faible revenu (ce qui est indiqué par les signes négatifs), alors que l'indicateur de traitement (dents obturées) est concentré chez les groupes à revenu élevé.
- Le mauvais accès aux soins représente 45 % de l'inégalité constatée pour les caries dentaires et 38 % de l'inégalité constatée pour les douleurs bucco-dentaires.
- Les comportements liés à la santé bucco-dentaire comme le brossage des dents, l'utilisation de soie dentaire et le tabagisme ne contribuent que faiblement aux inégalités en matière de santé.
- Les facteurs socio-économiques sont d'importants déterminants des inégalités en matière de santé bucco-dentaire et de soins de santé bucco-dentaire.

Jumelées, ces observations suggèrent que les décideurs, les administrateurs de soins de santé, les professionnels de la santé publique, ainsi que les professionnels de la santé dentaire et d'autres professionnels de la santé, devraient aborder la question des facteurs socio-économiques et de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire s'ils veulent réduire les inégalités constatées relativement à ces indicateurs. Bien que ces données soient de nature transversale, elles suggèrent également que les interventions qui encouragent un changement de comportement, comme le brossage des dents, ne contribuent que peu à la réduction des inégalités en matière de santé bucco-dentaire au Canada. Cela ne veut pas dire que ces comportements ne sont pas importants pour déterminer l'état de santé des dents et des gencives de la population, mais un important volume de recherches documentées démontre que les facteurs sociaux et environnementaux et ceux inhérents au système de santé sont des déterminants plus importants de nombreux indicateurs de santé et d'inégalités en matière de santé. En d'autres termes, les interventions visant à réduire les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et de soins de santé bucco-dentaire au Canada devraient cibler le mode d'administration des soins de santé bucco-dentaire et les principaux facteurs socio-économiques, plutôt qu'un changement du comportement individuel.

5 RÉPERCUSSIONS DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE, DES AFFECTIONS BUCCO-DENTAIRES ET DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Le présent rapport a jusqu'à présent décrit les inégalités qui existent au Canada en matière de santé bucco-dentaire et de soins de santé bucco-dentaire; il a par ailleurs démontré les liens entre ces phénomènes et les indicateurs de l'accès aux soins dentaires. Enfin, le rapport a décrit les systèmes de soins de santé qui existent au Canada. Le Comité a établi les liens entre les inégalités en matière de santé bucco-dentaire et l'accès aux soins dentaires, puis il a décrit les lacunes et les problèmes qui existent dans le système de soins de santé bucco-dentaire actuel. Avant d'en arriver aux conclusions concernant la meilleure façon d'aborder ces questions, il est important d'établir les répercussions de ces problèmes sur les personnes et sur l'ensemble de la population, ainsi que les avantages potentiels engendrés par la prestation des soins de santé bucco-dentaire. Ce chapitre décrit ces répercussions.

5.1 Les répercussions d'une mauvaise santé bucco-dentaire

Chez les enfants, Jürgensen *et al.* ont démontré que les caries dentaires actives et les caries dentaires totales sont associées à des maux de dents, à l'absentéisme scolaire et à la dégradation des activités de la vie quotidienne (manger, sourire et dormir) [63]. Blumenshine *et al.* ont démontré que les enfants qui ont une mauvaise santé bucco-dentaire et un mauvais état général de santé sont plus de deux fois plus susceptibles que les autres d'avoir de mauvais résultats scolaires [64]. De même, Jackson *et al.* ont démontré que les enfants qui ont une mauvaise santé bucco-dentaire sont près de trois fois plus susceptibles de manquer l'école à cause de douleurs aux dents que les enfants qui présentent une bonne santé bucco-dentaire [65]. Et surtout, ces auteurs ont constaté que l'état de santé bucco-dentaire est associé à la performance, qu'il y ait présence ou non de douleur bucco-dentaire. Cela signifie que la douleur est de loin l'indicateur extrême, et que le seuil d'impact se situe bien avant l'apparition de douleur en cas de problèmes de santé bucco-dentaire.

Agou *et al.* ont démontré que même une malocclusion (c.-à.-d. une mauvaise position entre les dents supérieures et inférieures) a une répercussion sur la qualité de vie des enfants et plus particulièrement chez les enfants qui ont une faible estime d'eux [66]. Leur étude a démontré que le statut socio-économique est un médiateur significatif des répercussions sur la qualité de vie pour ces enfants. En utilisant les mêmes données, Locker a par ailleurs démontré que plus les répercussions sur la qualité de vie sont graves, plus l'effet est important sur les enfants de statut socio-économique moindre [67]. De même, chez les adultes, Locker a constaté que les disparités liées au revenu en ce qui concerne la qualité de vie associée à la santé bucco-dentaire demeurent les mêmes après avoir pris en compte les différents degrés d'affection buccale [68]. Tout cela signifie que le traitement des affections buccales, en particulier chez les populations socio-économiquement vulnérables, a le potentiel de réduire l'absentéisme

scolaire et ainsi d'améliorer l'apprentissage par les enfants, en plus de procurer aux personnes une meilleure santé physique et psychologique.

Les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire et les avantages de l'accès à des soins de santé bucco-dentaire de qualité se poursuivent également à l'âge adulte. Par exemple, en matière de productivité, McGrath *et al.* ont constaté que parmi les personnes ayant une infection dentaire, un adulte sur cinq a indiqué s'être absenté du travail ou de ses cours en raison de ce problème [69]. Quiñonez *et al.* ont découvert que les petits salariés Canadiens ayant déclaré souffrir de douleurs chroniques à la bouche étaient plus susceptibles que les personnes qui ne souffrent pas de telles douleurs d'avoir pris un congé de maladie (ce qui signifie qu'ils sont restés au lit, sans travailler ou réaliser leurs activités normales) en raison d'un problème dentaire au cours des deux semaines précédentes [70].

Ces résultats confirment que le système subit également des répercussions. Les gouvernements et les systèmes de soins de santé sont touchés par l'allocation inefficace et inefficace des ressources lorsqu'il est question des populations qui souffrent d'une mauvaise santé bucco-dentaire. Une récente étude canadienne a démontré l'influence d'un mauvais accès aux soins de santé bucco-dentaire sur le système de soins de santé. En effet, le mauvais accès mène à l'utilisation des services d'urgence des hôpitaux pour des conditions dentaires qui sont mieux traitées par des établissements de soins de santé bucco-dentaire [71]. Il s'agit d'un problème d'allocation, qui s'étend également à l'utilisation des cabinets de médecins [72]. Ultimement, en cas d'hospitalisation, les coûts peuvent être extrêmes, et le cheminement associé consomme des ressources sociétales non conçues pour les soins de santé bucco-dentaire et qui pourraient être utilisées pour d'autres maladies mieux traitées en milieu hospitalier.

5.2 Les avantages de soins de santé bucco-dentaire de qualité

Les avantages de soins de santé bucco-dentaire de qualité peuvent se manifester très tôt. Par exemple, dans une étude menée auprès d'enfants couverts par le programme Medicaid aux États-Unis, les enfants qui ont eu leur première consultation dentaire préventive avant l'âge de deux ans étaient plus susceptibles de recevoir d'autres consultations préventives par la suite. De plus, ils étaient moins susceptibles d'effectuer une visite d'urgence ou de restauration que les enfants qui avaient eu leur première consultation préventive à l'âge de deux ou trois ans. Les coûts moyens associés aux soins dentaires pour les enfants qui avaient reçu des soins préventifs avant l'âge de deux ans représentaient environ la moitié des coûts associés aux enfants qui avaient reçu leurs premiers soins préventifs à l'âge de trois à quatre ans [73].

En ce qui concerne les adultes plus âgés, Locker a démontré que les traitements dentaires ont un effet marqué sur la perception de leur propre santé bucco-dentaire [74]. Après avoir suivi environ 900 adultes d'âge avancé sur une période de trois ans, Locker a constaté que les personnes qui déclaraient voir une amélioration de leur santé bucco-dentaire étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir consulté un dentiste et reçu des services dentaires. D'autres avantages engendrés par les traitements incluent une

amélioration rapportée par les patients de leur capacité à mâcher les aliments, à maintenir un régime alimentaire nutritif, à socialiser, à vivre sans douleur, et, finalement, à fonctionner normalement dans la vie de tous les jours [74].

5.3 La santé bucco-dentaire et l'état de santé général

À l'heure actuelle, beaucoup de recherches ciblent les liens entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général, couvrant des domaines tels que la relation entre les maladies parodontales (des gencives) et le diabète, entre les maladies des gencives et les maladies cardiovasculaires, entre les maladies des gencives et l'issue de la grossesse, et entre les maladies des gencives et la pneumonie. La nature de bon nombre de ces relations reste à clarifier, bien que les données sur les relations de cause à effet soient probantes entre les maladies des gencives et le contrôle du diabète, et entre les maladies des gencives et la pneumonie par aspiration chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

Par exemple, Yoneyama *et al.* ont démontré qu'en fournissant des soins bucco-dentaires dans les établissements de soins de longue durée, le risque de développer une pneumonie par aspiration est réduit [75]. Ils ont constaté que les patients recevant des soins bucco-dentaires présentaient moins de journées caractérisées par des symptômes de fièvre que les patients qui ne recevaient aucun soin bucco-dentaire, et que la suppression d'infections bucco-dentaires latentes pouvait réduire l'incidence d'une infection des voies respiratoires inférieures [75]. Les conclusions de cette étude ont été confirmées par celles d'une revue systématique des avantages procurés par des soins bucco-dentaires réguliers pour la prévention de la pneumonie par aspiration chez les personnes âgées en perte d'autonomie [76].

Dans un autre domaine important, une revue systématique Cochrane menée en 2010 a évalué sept essais contrôlés randomisés sur le traitement des maladies parodontales pour le contrôle de la glycémie. Les auteurs de cette revue ont conclu qu'un traitement parodontal chez les personnes diabétiques contribuait à améliorer le contrôle de la glycémie ainsi que la gestion subséquente du diabète [77]. Les auteurs ont en outre recommandé que le traitement parodontal fasse partie de la gestion régulière du diabète.

En 2004, D'Aiuto *et al.* ont étudié l'impact du traitement parodontal sur les changements de risque de maladies cardiovasculaires [78]. Un total de 94 participants souffrant de graves maladies parodontales ont reçu un traitement parodontal non chirurgical, dont les résultats démontrent que les participants qui ont bien répondu au traitement parodontal étaient quatre fois plus susceptibles de réduire leur risque cardiovasculaire. Elter *et al.* ont aussi découvert une diminution des biomarqueurs de l'inflammation et une amélioration du flux sanguin dans l'artère brachiale chez 22 patients souffrant de maladies parodontales qui ont bénéficié d'un détartrage, d'un surfaçage radiculaire et d'une chirurgie parodontale [79]. Enfin, Seinost *et al.* ont comparé 30 personnes souffrant de maladies parodontales graves et 31 témoins en santé avant et après un traitement parodontal non chirurgical [80]. Les résultats ont

démontré que les patients souffrant de parodontite ayant montré une réaction clinique favorable au traitement présentaient des améliorations notables de la dilatation induite par le flux sanguin de l'artère brachiale et une réduction des biomarqueurs de l'inflammation. Plus récemment, en utilisant les données d'enquête associées de manière prospective à des données de gestion, de Oliveira *et al.* ont indiqué que les personnes qui ont déclaré avoir une mauvaise hygiène bucco-dentaire (c.-à.-d. qui ne se brossaient jamais ou rarement les dents) présentaient un risque cardiovasculaire 1,7 fois plus élevé [81].

Une mauvaise santé bucco-dentaire est également liée par une relation de cause à effet à la douleur chronique, à une alimentation inadéquate, à des troubles de l'apprentissage et à de l'infection persistante, et elle est fortement associée à l'arthrite et à la démence [77, 81-87]. Les personnes en mauvaise santé bucco-dentaire souffrent également d'une perte de dignité et du respect de soi, d'une réduction de l'employabilité et du sentiment d'appartenance à la société, des facteurs qui ont d'importantes répercussions sur la santé [88-90]. En bref, les arguments sont si solides qu'il n'y a vraiment pas de raison d'envisager la santé bucco-dentaire et l'état de santé général séparément : la santé c'est la santé.

En définitive, cette étude est basée sur trois observations :

- Les déterminants des problèmes de santé bucco-dentaire sont identiques ou semblables à ceux d'autres problèmes de santé (p. ex., le tabagisme cause le cancer de la bouche, les maladies des gencives et plusieurs autres problèmes de santé; une consommation excessive de glucides raffinés contribue aux caries dentaires, au diabète, aux maladies cardiovasculaires, etc.; la pauvreté augmente la probabilité de caries dentaires, de perte de dents, de maladies des gencives et de plusieurs autres problèmes de santé).
- La santé bucco-dentaire (en particulier la santé parodontale) est liée par une relation de cause à effet à un certain nombre de maladies.
- Les deux principales affections buccales (caries dentaires et maladies des gencives) sont des infections chroniques qui profiteraient d'une approche non chirurgicale utilisée en médecine pour traiter d'autres maladies chroniques.

Tout cela signifie que la « santé bucco-dentaire » est simplement une expression utilisée par les professionnels des soins dentaires pour décrire leur domaine de compétence en matière de soins de santé, tout comme les psychiatres parlent de « santé mentale », et d'autres professionnels de la santé utilisent des expressions similaires pour définir leurs compétences. Bien que cette séparation soit légitime dans certains contextes, elle met l'accent sur une approche axée sur les domaines d'expertise plutôt que sur une approche exhaustive qui favorise la compréhension de la santé et de la maladie. Fondamentalement, toutefois, les maladies bucco-dentaires des Canadiens et des Canadiennes sont une manifestation de l'exposition chronique à un certain nombre de facteurs malsains, comme le tabagisme, une mauvaise alimentation, la consommation excessive d'alcool, le stress chronique lié à la pauvreté et à la précarité, au travail, à la

famille et à la communauté. Finalement, selon une perspective étiologique et en matière de prévention, la santé bucco-dentaire fait partie de l'état de santé général et nécessite les mêmes approches.

6 QUE PEUT-ON FAIRE POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET DE SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AU CANADA?

Étant donné le contexte politique et économique du nouveau millénaire, il est nécessaire que les politiques de soins de santé, y compris celles de soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics, soient étayées par des données probantes. Des données probantes relatives aux services de soins de santé bucco-dentaire existent, notamment en ce qui concerne les services de prévention, mais étonnamment, peu de données démontrant les avantages d'un environnement de service sur un autre. Néanmoins, ce chapitre décrit les données probantes existantes avec l'objectif de promouvoir l'optimisation des ressources pour améliorer la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins de santé bucco-dentaire au Canada.

6.1 La prévention chez les enfants et les répercussions potentielles chez les adultes

Il existe une importante quantité de données probantes relatives aux avantages de la prévention en matière de santé bucco-dentaire. Par exemple, les données en faveur de la fluoruration de l'eau potable des collectivités et des traitements cliniques de prévention tels que le vernis au fluorure sont particulièrement probantes. Depuis 1997, 18 importantes revues ont examiné la question de la fluoruration de l'eau potable des collectivités, dont celle d'un comité d'experts réunis par Santé Canada en 2007. Ces revues ont toutes permis de constater que la fluoruration est efficace pour réduire le risque de carie dentaire, et qu'il s'agit du moyen le plus rentable d'offrir les avantages du fluorure aux collectivités. Les auteurs d'une revue systématique de la littérature menée en 2000 ont conclu que la « fluoruration de l'eau a un effet supérieur à celui de l'usage de dentifrices fluorés (et d'autres sources de fluorure) » [91].

Sept revues systématiques Cochrane sur les fluorures topiques ont également permis de synthétiser un vaste ensemble de connaissances et ont démontré que les quatre modalités de fluorure topique (dentifrices fluorés, rince-bouche, gels et vernis) sont efficaces, quelle que soit l'exposition à la fluoruration de l'eau de la collectivité. Les fractions évitées (c.-à-d. le pourcentage de réduction des caries comparativement à ce qu'on observait chez les personnes qui n'utilisent pas ces interventions) étaient de 24 % pour les dentifrices fluorés, de 26 % pour les rince-bouche, de 28 % pour les gels, et de 46 % pour les vernis. Un nombre initial plus important de caries entraînait également un effet supérieur du traitement, tout comme une fréquence ou une concentration accrues de l'application [92].

L'usage de résine de scellement sur les molaires permanentes des enfants et des adolescents a également montré son efficacité pour réduire l'incidence des caries. Cette réduction varie en effet de 86 % après un an à 78,6 % après deux ans et à 58,6 % après quatre ans [93, 94]. Une réduction de 65,4 % des caries a été observée neuf ans après le

traitement initial, sans aucune autre application de résine de scellement au cours des cinq dernières années [95].

Ces modalités sont également rentables. Les revues systématiques ont démontré que, malgré des coûts de mise en œuvre et de maintien variables, la fluoruration de l'eau potable des collectivités est rentable et permet de réaliser des économies d'un point de vue sociétal en plus de réduire les caries [96]. Pour la plupart des villes, un investissement de 1 000 \$ dans la fluoruration de l'eau pourrait permettre une économie de 38 000 \$ en frais de traitement dentaire [97]. En ce qui concerne le vernis au fluorure (une forme de thérapie par le fluorure appliquée par un professionnel), pour les enfants de trois à six ans, le coût de l'application, incluant la main-d'œuvre, est inférieur à celui des autres applications topiques de fluorure par un professionnel et cette pratique est généralement mieux acceptée par les patients [98]. Pour les scellants, le rapport coût-efficacité dépend du risque; ainsi, les scellants ont principalement fait leurs preuves auprès des groupes à haut risque, surtout lorsqu'ils sont offerts dans les écoles [96].

Il faut également effectuer une analyse de rentabilité de la prévention réalisée hors d'un contexte de soins dentaires [99, 100]. En Caroline du Nord (États-Unis), deux modèles novateurs de financement et de prestation des services de soins de santé bucco-dentaire ont démontré des résultats particulièrement intéressants. Premièrement, le programme de sécurité alimentaire a intégré l'éducation de la santé bucco-dentaire et l'orientation des familles à faible revenu et de leurs enfants vers des soins dentaires. Mais surtout, lorsqu'on effectue une comparaison avec les enfants qui ne profitent pas de ce service, on constate que les enfants qui participent au programme consultent un dentiste plus souvent et finissent par avoir besoin de soins de santé bucco-dentaire moins coûteux à long terme. L'intervention a également réduit le nombre d'anesthésies générales chez les enfants, une intervention très coûteuse. Le deuxième programme concerne le financement de l'éducation sur la santé bucco-dentaire, du dépistage ainsi que de l'aiguillage vers les services et l'application de vernis au fluorure par les aides-médecins et les aides-infirmières en cabinets publics et privés. Une évaluation rigoureuse a démontré des résultats similaires à ceux obtenus grâce au programme de sécurité alimentaire mentionné ci-dessus, confirmant les répercussions sur l'usage des soins de santé bucco-dentaire à long terme.

Cibler les enfants a également des répercussions à l'âge adulte et sur les personnes qui prodiguent des soins. Par exemple, dans le contexte des affections buccales chez l'enfant, les habitudes de santé bucco-dentaire des parents affectent de manière considérable la santé bucco-dentaire de l'enfant [101-103]. De plus, les habitudes liées aux caries établies pendant l'enfance sont généralement maintenues tout au long de l'enfance [104, 105] et de l'adolescence [106]. Dans un même ordre d'idées, étant donné que de mauvaises habitudes de santé bucco-dentaire peuvent se poursuivre jusqu'à l'âge adulte, il semble raisonnable de croire que les traitements préventifs et l'éducation de la famille en matière de santé bucco-dentaire, et en particulier des personnes qui prodiguent principalement les soins, procure des avantages.

Voilà qui est important, car l'opinion générale entourant l'éducation sur la santé bucco-dentaire à l'échelle individuelle et de la population indique que, de manière générale, l'éducation n'est ni efficiente, ni efficace [107-109]. Cela dit, pour les populations à haut risque en particulier, l'efficacité clinique de l'éducation précoce sur la santé bucco-dentaire a été démontrée au Royaume-Uni dans les districts de Leeds et de Glasgow, qui éprouvent des difficultés socio-économiques et présentent un taux élevé de caries [110, 111]. Dans ce contexte, un programme de prévention lancé auprès de femmes enceintes, puis poursuivi jusqu'à ce que les enfants aient atteint l'âge de six ans, a démontré des effets bénéfiques sur la santé bucco-dentaire des enfants [112]. Des avantages prolongés ont également été constatés lorsque les enfants ont atteint l'âge de dix ans [113]. Par ailleurs, Kowash *et al.* ont observé que les mères de nourrissons participant au programme d'éducation axé sur la santé dentaire ont également amélioré leurs propres habitudes en matière de santé bucco-dentaire [110].

Globalement, les soins préventifs précoces semblent être une bonne stratégie de prévention des affections buccales et de promotion de la santé bucco-dentaire. Comme le décrit la section 6.2, dans une étude menée auprès d'enfants couverts par le programme Medicaid aux États-Unis, les enfants qui ont eu leur première consultation dentaire préventive avant l'âge de deux ans étaient plus susceptibles d'avoir d'autres consultations préventives par la suite. De plus, ils étaient moins susceptibles d'effectuer une visite d'urgence ou de restauration que les enfants qui avaient eu leur première consultation préventive à l'âge de deux ou trois ans. Les coûts moyens associés aux soins dentaires pour les enfants qui avaient reçu des soins préventifs avant l'âge de un an représentaient environ la moitié des coûts associés aux enfants qui avaient reçu leurs premiers soins préventifs à l'âge de trois à quatre ans [73]. Certaines études dans les pays nordiques révèlent en outre que pour les populations qui présentent un faible niveau d'incidence des caries, la prévention précoce basée sur le risque peut être efficace pour réduire à la fois les coûts et les caries dentaires chez les enfants d'âge préscolaire, à condition que le dépistage et les mesures de prévention soient délégués à des assistants dentaires formés en prévention [114-117].

6.2 Le contexte résidentiel ou de soins de longue durée

Comme précédemment déterminé, la prestation de soins de santé bucco-dentaire dans un établissement de soins de longue durée entraîne des effets bénéfiques sur la santé bucco-dentaire et la santé générale des résidents. Nous avons vu que Yoneyama *et al.* ont démontré qu'en fournissant des soins bucco-dentaires dans les établissements de soins de longue durée, le risque de développer une pneumonie par aspiration peut être réduit [75]. Néanmoins, il est difficile de fournir des soins bucco-dentaires professionnels et personnels dans de tels environnements. En effet, rares sont les prestataires qui fournissent des soins dentaires mobiles ou qui assurent les soins dans des établissements de soins de longue durée; par ailleurs, les politiques et processus organisationnels sont difficiles à mettre en place et à maintenir [118, 119].

Certains font valoir qu'une approche interdisciplinaire qui comprend des infirmières, des médecins, des ergothérapeutes et des orthophonistes en plus des hygiénistes dentaires,

des denturologistes et des dentistes améliorera les connaissances et la sensibilisation, et rapprochera les pratiques de santé bucco-dentaire des meilleures pratiques [120]. On reconnaît également que les professionnels de la santé ne faisant pas partie d'une profession réglementée, les amis, la famille et les clients apportent également une contribution favorable à cette approche d'équipe et devraient donc y être inclus [120]. À cet égard, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [120] et l'Association dentaire canadienne [121] suggèrent des stratégies similaires à court et à long terme pour améliorer la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins pour les personnes âgées. Ces stratégies comprennent :

- L'éducation des personnes âgées, des familles et des personnes qui prodiguent des soins sur l'importance du maintien d'une bonne santé bucco-dentaire.
- La mise en œuvre obligatoire de normes de santé bucco-dentaire dans les établissements de soins de longue durée pour les soins bucco-dentaires quotidiens et pour un accès annuel à un professionnel de la santé bucco-dentaire.
- La collaboration des professionnels de la santé en faveur de la santé bucco-dentaire comme composante de l'état de santé global.
- La création d'instruments d'évaluation à guichet unique qui incluent la santé bucco-dentaire lors de l'établissement des besoins en matière de service de soins continus.
- Le soutien de régimes dentaires sous forme d'avantages fiscaux (en fonction du revenu) pour les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée et celles à faible revenu.
- Le soutien à la formation du personnel des établissements sur la dentisterie gériatrique.
- L'allocation sur le site d'un espace doté du matériel dentaire approprié pour offrir des soins de prévention, de restauration et des soins chirurgicaux.

6.3 La pauvreté et les options publiques

Historiquement, les gouvernements canadiens ont pris en charge les soins de santé bucco-dentaire pour les personnes à faible revenu par le financement de prestations directes et indirectes, et par l'octroi de subventions aux personnes à revenu élevé et moyen sous la forme d'une aide fiscale pour les avantages sociaux. Mais, malheureusement, comme il a été démontré dans les sections précédentes de ce rapport, ces mesures sont insuffisantes pour répondre aux besoins de chacun, ce qui entraîne d'importantes lacunes dans le domaine des soins.

On peut donc faire valoir qu'il est nécessaire de fournir une option publique plus adéquate pour les personnes qui ne peuvent pas se permettre de payer les soins dispensés par les cliniques dentaires privées. Il n'existe actuellement que peu d'options publiques, voire aucune, même si la recherche récente a démontré que plus le revenu d'une personne est faible, plus celle-ci favorise les soins du secteur public en centre de santé communautaire [48]. Cette constatation est également étayée par le fait que les

dentistes en général ne sont pas satisfaits des honoraires qui leur sont versés par les programmes publics. Ils sont donc parfois peu disposés à recevoir des patients couverts par le régime public en raison de ces honoraires et de leur administration, et de la clientèle des régimes publics, qu'ils considèrent problématique (p. ex. le manque de soins personnels, les rendez-vous régulièrement manqués, etc.) [48, 122]. À cet égard, il est sans doute justifié de remettre l'accent sur la prestation directe des services.

Les subventions fiscales pour des régimes collectifs privés de soins de santé et dentaires existent déjà au Canada pour les travailleurs indépendants non constitués en société. Pourtant, cette option n'est pas promue à grande échelle. Cela dit, les soins de santé bucco-dentaire peuvent malgré tout rester hors de la portée de nombreuses familles de travailleurs pauvres, et comme nous venons de l'indiquer, il est également important d'étendre la base de l'aide publique à ces familles.

La question du financement équitable conduit également à examiner la possibilité de taxer les régimes de soins de santé et dentaires supplémentaires, comme cela se fait au Québec. Cette taxe crée une source potentielle pour le financement des programmes publics élargis conçus pour les personnes sans assurance et celles qui éprouvent des difficultés à obtenir des soins de santé bucco-dentaire. Comme l'a indiqué en 2002 la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, le manque à gagner estimé pour tous les gouvernements est globalement d'environ 4 milliards de dollars [54]. Cette approche comporte donc des risques. Les coûts politiques risquent d'être importants, car la classe supérieure et la classe moyenne, qui sont les principales bénéficiaires des régimes collectifs de soins de santé et dentaires supplémentaires, pourraient mal accepter le fait de perdre ces avantages fiscaux. Par ailleurs, la profession dentaire pourrait rejeter cette proposition en raison du risque de réduction des avantages sociaux par les employeurs et du rejet de ces avantages par les employés en échange d'avantages pécuniaires. Par exemple, Finkelstein [55] a démontré que lorsque le Québec a réduit les subventions fiscales octroyées pour les régimes collectifs de soins de santé et dentaires supplémentaires offerts par l'employeur de près de 60 %, il y a eu une diminution d'environ un cinquième de toutes les couvertures supplémentaires, dont la principale répercussion a été subie par les petites entreprises. En ce qui concerne la dentisterie en particulier, cette baisse a varié de six à huit pour cent. Finkelstein a également examiné une petite réforme menée en 1993 par le gouvernement de l'Ontario, qui a imposé une taxe de vente de huit pour cent sur les régimes collectifs de soins de santé et dentaires. Dans ce cas, la baisse a varié de quatre à huit pour cent. En fin de compte, de ce que l'on connaît au sujet des nouveaux défis propres à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire par la classe moyenne, les répercussions de ces réformes devraient être soigneusement étudiées. En effet, elles méritent au minimum une attention sérieuse et un débat de fond.

6.4 L'administration et les modalités de paiement des programmes publics

Avec une telle insatisfaction des professionnels concernant les procédures administratives et les honoraires payés par les programmes publics, les gouvernements pourraient explorer l'amélioration potentielle de cet aspect de leurs programmes. La

recherche suggère que l'augmentation des taux pour les prestataires améliore l'accès aux soins de santé bucco-dentaire, mais chose importante, cette solution n'est pas suffisante en soi. L'allègement des procédures administratives et la collaboration des patients et des dentistes offrant des services au privé dans un partenariat visant l'amélioration du programme sont également des éléments essentiels à réformer. Au début des années 2000, quelques États comme l'Alabama, le Michigan, la Caroline du Sud, le Tennessee, la Virginie, l'Indiana et Washington ont introduit une augmentation des remboursements aux prestataires, allant parfois jusqu'à doubler les honoraires payés aux prestataires dans certains cas, ce qui a engendré une augmentation d'au moins un tiers de la participation des dentistes et du nombre de patients traités dans les deux premières années. Les augmentations d'honoraires ont cependant eu lieu dans le contexte d'autres modifications administratives qui incluaient l'amélioration des services de soutien et de l'éducation et la formation de partenariats avec des organismes publics de soins dentaires [123, 124]. Voilà donc un domaine où une collaboration mutuelle sur un terrain souvent miné entre les organismes gouvernementaux et les associations professionnelles des soins dentaires pourrait entraîner une amélioration des services pour tous les intervenants.

6.5 Des soins de santé bucco-dentaire universels

L'accès à une assurance dentaire ou à une couverture pour les frais de soins dentaires constitue le plus important prédicteur d'utilisation des soins de santé bucco-dentaire et d'accès à de tels soins [7]. La recherche a démontré que fournir une couverture aux personnes à faible revenu ou sans revenu a des répercussions considérables. Par exemple, Long a démontré que, dans un État états-unien qui a rétabli la couverture des soins dentaires et d'autres soins de santé par le régime Medicaid, le pourcentage d'adultes qui indiquaient avoir d'importants frais directs et des difficultés à payer les factures médicales et dentaires a diminué, le pourcentage des adultes qui déclaraient ne pas consulter pour obtenir des soins de santé bucco-dentaire en raison des coûts a diminué, et le nombre d'adultes à faible revenu qui ont consulté pour des soins dentaires a augmenté [125]. Dans le cas de la Thaïlande, qui a récemment mis en place un financement universel des soins de santé bucco-dentaire, Somkotra et Detsomboonrat ont démontré que le financement a engendré chez les pauvres une hausse de la probabilité d'obtenir et de bénéficier des services de soins de santé bucco-dentaire offerts en établissements publics et privés [126].

Au Canada, le principe de couverture universelle pourrait être appliqué aux soins de santé bucco-dentaire, ce qui l'intégrerait au système national d'assurance maladie. Cela pourrait être accompli entièrement ou partiellement. Ainsi, une couverture pour le même « panier de services » ou pour un « petit panier de soins de santé bucco-dentaire » pourrait être proposée à tout le monde, et les personnes qui sont considérées à risque bénéficieraient d'un ensemble de services plus complet. Néanmoins, bien qu'elle soit possible, cette approche présente des obstacles en matière de droit international, car des ententes telles que l'*Accord de libre-échange nord-américain* imposent des sanctions pécuniaires pour l'intégration aux services publics de

services existants offerts par le privé (une compensation devrait alors être versée aux sociétés privées). Au minimum, cela pourrait stimuler le Canada à réfléchir à l'établissement de normes nationales pour la prestation des soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics, un enjeu examiné ci-dessous.

6.6 L'allocation des services de soins de santé bucco-dentaire

Les résultats pourraient être améliorés par une méthode plus logique d'offrir les soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics aux populations vulnérables. Les soins dentaires sont actuellement fournis de façon fragmentée et désordonnée. Si des normes et des principes nationaux étaient acceptés par les provinces et les territoires, un « panier de soins de santé bucco-dentaire » similaire couvrant les nécessités médicales liées aux affections buccales pourrait être offert à l'échelle du pays. Or, cette stratégie pourrait être difficile à réaliser en raison de la nature de la gouvernance canadienne et parce que peu de tentatives, voire aucune, ont été entreprises pour déterminer les services à couvrir. Toutefois, à titre de suggestion, un tel ensemble de services et d'interventions proposant des soins minimums pourrait inclure des mesures visant à :

- Soulager la douleur et l'infection;
- Prévenir les affections buccales chez les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées vivant dans un établissement; et
- Rétablir la fonction bucco-dentaire.

Une étude des pays de l'Union européenne démontre que bon nombre de ces pays financent un système universel pour les soins de santé (y compris les soins de santé bucco-dentaire) par l'imposition générale ou par les cotisations obligatoires des employeurs et des employés au régime d'assurance maladie national ou aux « caisses maladie ». Les programmes de soins de santé bucco-dentaire sont universels ou ils priorisent certaines populations (Figure 6.1), en nommant souvent ces populations de façon explicite, et en offrant des options fiables pour la prestation des services publics. Au Canada, rien de tout cela n'est fait. Dans certaines situations, ces pays ont également déterminé les cas que ces services sont censés aborder (Figure 6.2), définissant ainsi les principes pour lesquels ils financent par les fonds publics les soins de santé bucco-dentaire (p. ex., pour la prévention, ou le soulagement de la douleur et de l'infection). Sur ce point, le Canada présente également des lacunes par son approche implicite. Au bout du compte, en disposant d'un ensemble de services et d'interventions pour les soins minimums acceptables, et en déterminant précisément qui est admissible à ces services, les provinces et les territoires canadiens se dirigeraient vers des normes pour les soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics, minimisant ainsi le manque d'uniformité entre les provinces et les territoires.

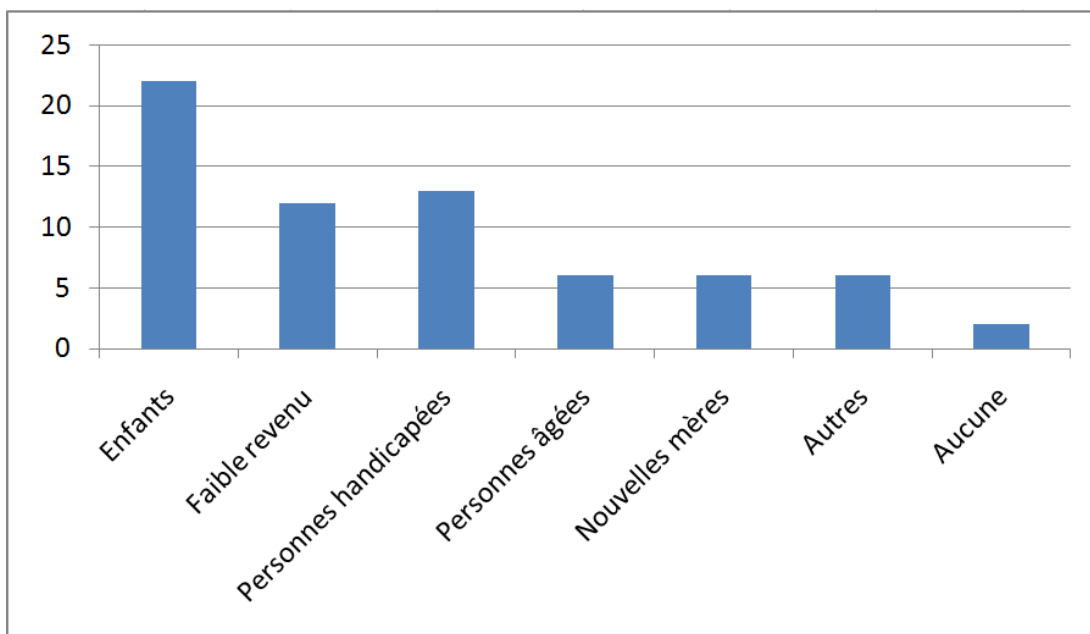


Figure 6.1 Populations prioritaires selon le nombre de pays qui les distinguent

Note : * La catégorie Autres inclut les toxicomanes, les sans-abri, les chômeurs, les personnes incarcérées et les militaires. Sources : Don et Andersen (2007), Kravitz et Treasure (2009), Widström et Eaton (2004), Vanobbergen (2007), Holst (2007), et Steele (2009) [59-61, 127, 128].

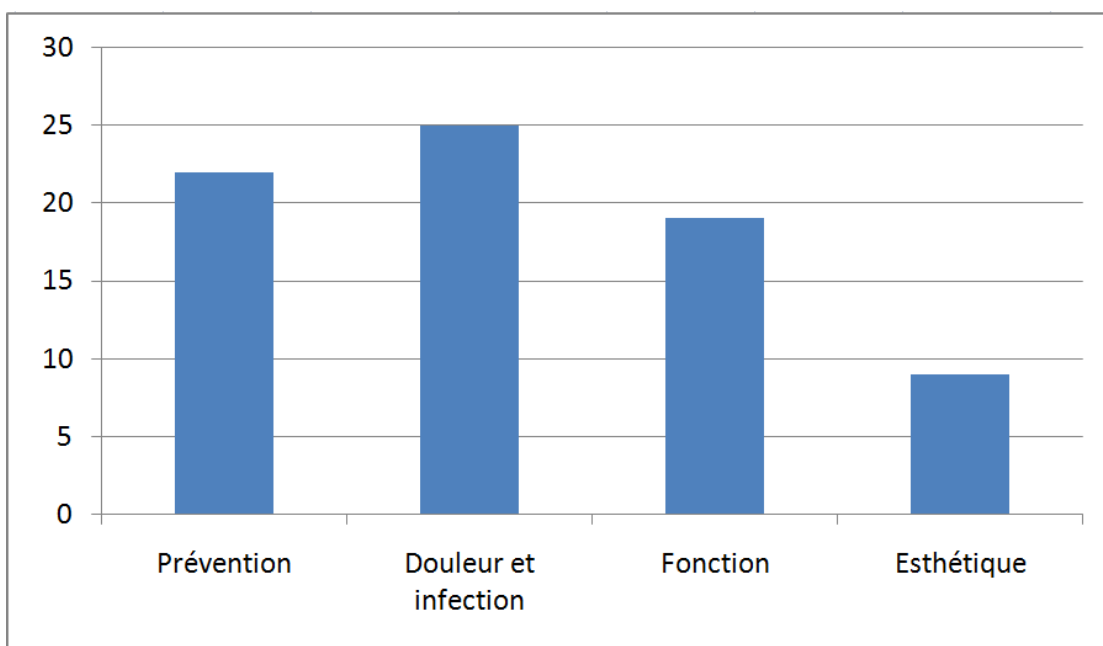


Figure 6.2 Services fournis selon le nombre de pays qui les distinguent (dans la plupart des cas, les services d'aide et de maintien de la fonction et les services esthétiques sont pris en charge de manière limitée uniquement)

Sources : Don et Andersen (2007), Kravitz et Treasure (2009), Widström et Eaton (2004), Vanobbergen (2007), Holst (2007), et Steele (2009) [59-61, 127, 128].

6.7 La diversification de la main-d'œuvre en soins de santé bucco-dentaire

D'autres moyens de prestation de services dentaires se sont révélés bénéfiques, comme nous l'avons indiqué précédemment dans ce rapport. Le modèle de la thérapie dentaire au Canada en est le meilleur exemple. Cependant, ce modèle de soins est presque aboli [129]. Cette situation est d'autant plus regrettable que le modèle de la thérapie dentaire, qui vise à fournir des soins de santé bucco-dentaire de base aux enfants et des soins d'urgence aux adultes, a déjà fait ses preuves. Il pourrait donc être employé pour améliorer l'accès à de nombreuses populations d'enfants au-delà du ressort limité où il est actuellement autorisé (c.-à.-d. les réserves autochtones, les trois territoires, la Saskatchewan et le Manitoba) [129, 130].

En effet, l'efficacité des thérapeutes dentaires est depuis longtemps documentée, stoppant ainsi les critiques des professionnels sur la productivité et la qualité. Par exemple, en prenant en compte la formation, le coût de l'emploi et la valeur annuelle des services fournis par les thérapeutes dentaires, un poste de thérapeute dentaire serait rentabilisé au minimum en 2,2 ans [131]. En fait, une cohorte de quatre classes consécutives de finissants s'est rentabilisée en 3,5 ans [132]. En outre, lorsqu'on les a comparés aux dentistes de la même région, les thérapeutes dentaires ont présenté des niveaux de qualité moyens significativement plus élevés pour les services de restauration de base [133]. Même pour les soins plus complexes, les thérapeutes dentaires gardaient l'avantage [132]. Enfin, de 1974 à 1980, le régime de soins dentaires de la Saskatchewan a été reconnu pour avoir réussi à contrôler les caries dentaires chez les jeunes de la province en réduisant leur incidence d'environ 25 % [134]. Aux États-Unis, des données probantes similaires ont indiqué plus récemment que le travail des « assistants dentaires spécialisés en restauration » est aussi bon que celui des dentistes [135]. En plus du travail des thérapeutes dentaires, il serait intéressant d'étudier la participation des hygiénistes dentaires aux travaux d'application de vernis au fluorure et de résine pour le scellement des puits et fissures, par exemple.

La participation d'autres prestataires de services sociaux et de santé est également bénéfique du point de vue de l'approche du facteur de risque commun [136]. Le regroupement de facteurs de risque de maladies chroniques se produit fréquemment chez les mêmes personnes. Par exemple, les personnes qui fument sont plus susceptibles de suivre un régime alimentaire riche en gras et en sucres, mais faible en fibres, en acides gras polyinsaturés, en fruits et en aliments riches en nutriments. Elles sont également plus susceptibles de consommer de l'alcool que les non-fumeurs. Or, tous ces facteurs contribuent aux maladies bucco-dentaires et à plusieurs autres maladies chroniques. Ce regroupement de comportements sains ou malsains suggère que les approches préventives devraient cibler à la fois les groupes de facteurs de risque communs à un certain nombre de maladies et les structures sociales qui influent sur la santé des personnes. Néanmoins, au Canada, l'intégration de la santé bucco-dentaire (et des soins de santé bucco-dentaire) aux soins de santé a été lente, pour ne pas dire absente. Aux États-Unis, les facteurs qui font en sorte que les services de santé bucco-dentaire sont inadéquats et mal intégrés dans les soins primaires ont été identifiés et

incluent : l'assurance privée et à tiers payant pour ces services, un financement public inadéquat, des contraintes liées à la capacité de la main-d'œuvre pour les populations mal desservies, et une croyance historique que la santé bucco-dentaire est secondaire par rapport à l'état de santé général [137].

En réalité, peu de recherches ont été menées pour évaluer les avantages et les résultats sur la santé de la prestation de soins selon une approche collaborative [138]. Une seule étude a été trouvée sur l'intégration des soins médicaux et dentaires primaires et celle-ci a démontré que cette approche peut augmenter la quantité de soins dispensés aux patients, éviter les divergences relatives à l'information sur le patient, et réduire la nécessité de soins de deuxième recours [139]. En prenant un peu de recul, il est cependant important de noter que la santé bucco-dentaire n'est intégrée que de façon limitée dans l'enseignement médical général [140]. En effet, il existe très peu de programmes d'enseignement médical et de résidence formels liés à la santé bucco-dentaire. De nombreux diplômés en médecine ont donc une formation insuffisante quant aux affections buccales et à leurs risques, et ne sont pas en mesure de procéder à un examen adéquat des tissus buccaux [141]. Par ailleurs, les auteurs d'une revue systématique [52] ont rapporté qu'il n'existait aucune étude sur l'exactitude avec laquelle les prestataires de soins primaires identifient les enfants âgés de zéro à cinq ans qui présentent un risque élevé de développer des caries dentaires. Cependant, trois études [142-144] ont montré qu'après deux à cinq heures de formation, les médecins et les infirmières étaient en mesure d'effectuer un dépistage des maladies bucco-dentaires avec une précision similaire à celle des dentistes, et ces dépistages permettaient d'aiguiller au besoin les patients vers un dentiste pour une évaluation complète. Il est important de noter que les programmes de dépistage et de traitement dans les écoles ont l'avantage d'offrir des approches novatrices et intégrées en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants. Par exemple, offrir des services à un endroit où les enfants sont regroupés et qu'ils fréquentent régulièrement (comme la garderie) peut éliminer de nombreux obstacles auxquels font face les enfants et parents issus de familles à faible revenu [130, 145, 146].

6.8 Le rôle de l'éducation dentaire

Le défi lié à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire est en partie un enjeu culturel [130, 147]. En effet, comme d'autres professions, les professions dentaires présentent une culture et des modèles de soins qui privilégient les personnes qui ont une assurance et celles qui peuvent se payer les soins sans difficulté majeure. À cet égard, des efforts sont nécessaires pour améliorer la volonté des dentistes de traiter les populations à faible revenu en leur enseignant les méthodes qui répondent aux défis particuliers de ces groupes, et les encourager à repenser la nature de leur endoctrinement culturel.

Chose importante, dans les compétences établies pour le premier cycle universitaire de médecine dentaire, on reconnaît les besoins des groupes défavorisés et le lien entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général. Le Bureau national d'examen dentaire du Canada, l'organisme responsable de l'établissement et du maintien d'une norme

nationale de compétence pour les dentistes au Canada, reconnaît ceci (entre autres compétences) : « Un dentiste nouvellement diplômé au Canada doit être capable de :

- Reconnaître les déterminants en santé bucco-dentaire chez les individus et les populations ainsi que le rôle du dentiste dans la promotion de la santé, y compris chez les démunis;
- Reconnaître les relations entre la santé générale et la santé bucco-dentaire; et
- Afficher un comportement professionnel basé sur l'éthique et qui se place au-dessus de l'intérêt personnel, qui vise l'excellence, qui est engagé à maintenir un développement professionnel soutenu et qui agit de façon responsable face aux patients, à la société et la profession. »

Néanmoins, il n'y a aucune mention relative à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire, et l'équité en matière d'accès ne peut pas dépendre exclusivement des bonnes actions des professionnels des soins dentaires. Il faut donc introduire des changements structurels à l'enseignement dentaire et au système de soins de santé bucco-dentaire.

Dans les facultés dentaires à l'échelle mondiale, il a fallu mettre davantage l'accent sur la santé publique et sur l'éducation communautaire, contexte où l'équité a une plus grande importance, et continuer de former les étudiants en médecine dentaire dans des « cliniques d'enseignement de médecine dentaire » traditionnelles, mais en tournant de plus en plus l'enseignement vers la communauté, habituellement dans les zones sous-desservies. Il n'est pour le moment pas encore déterminé si cette approche prépare davantage les professionnels à être plus conscients des inégalités en matière de santé et de soins de santé et plus enclins à contribuer à leur réduction. Cependant, une étude comparant les étudiants ayant l'expérience d'un travail de proximité à ceux qui ne connaissent que l'environnement d'une clinique traditionnelle suggère que les expériences de proximité améliorent la confiance des étudiants dans les situations cliniques [148]. Une étude a suggéré que le travail de proximité aide les étudiants à développer une compréhension plus nuancée de la complexité des déterminants de la santé bucco-dentaire [149]. Une autre étude a révélé que les jeunes cliniciens qui ont effectué un travail de proximité pendant leurs études ont estimé que ce travail avait été bénéfique pour leurs carrières [150]. Quoi qu'il en soit, ultimement, l'effort visant à changer les prérogatives culturelles de la profession dentaire devra s'amorcer dans ses racines éducatives.

En outre, il est évident que si les dentistes doivent fournir des soins dentaires aux populations mal desservies dans des environnements non traditionnels en faisant appel à des techniques de remplacement, les écoles dentaires ont alors d'importantes responsabilités. Elles devront en effet fournir une formation pertinente, tant au premier cycle qu'aux cycles supérieurs. Il leur faudra également collaborer avec les organismes d'attribution des permis par l'octroi d'une formation continue dûment accréditée dans ces domaines.

7 VISION, PROBLÈMES DE FOND ET RECOMMANDATIONS

Étant donné le contenu de ce rapport, le Comité a décidé de présenter une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada, d'exposer les problèmes de fond mis en lumière par le rapport et de proposer un ensemble de recommandations qui visent à fournir une structure permettant de les résoudre. Les intervenants visés par ce rapport, et ceux que le Comité souhaite voir agir en fonction de ses recommandations incluent :

- Les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et les organismes gouvernementaux;
- Les professions dentaires, y compris les organismes de réglementation des professions dentaires, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement et de recherche sur les soins dentaires et d'autres formes de « dentisterie organisée »;
- Les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé qui prennent régulièrement soin des groupes vulnérables; et
- Les organismes ou groupes de défense qui représentent les groupes vulnérables au Canada.

7.1 Une vision pour les soins de santé bucco-dentaire au Canada

Le Comité envisage l'équité¹ d'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour toute personne vivant au Canada.

¹ Pour le Comité, l'équité d'accès signifie un accès raisonnable, fondé sur la nécessité de soins, à des normes convenues de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration.

7.2 Les problèmes de fond mis en lumière dans ce rapport

Les principaux points suivants ont émergé de l'enquête du Comité relativement à la santé bucco-dentaire et aux soins de santé bucco-dentaire au Canada :

- Un grand nombre de Canadiennes et Canadiens à faible revenu, voire à revenu moyen, souffrent de douleurs, d'inconfort, d'incapacité et de perte d'occasion en raison d'une mauvaise santé bucco-dentaire.
- Environ six millions de Canadiens évitent de consulter un dentiste chaque année en raison du coût.
- Il existe d'importantes inégalités liées au revenu en ce qui concerne la santé bucco-dentaire, en plus d'une iniquité en matière d'accès aux soins de santé bucco-dentaire.
- Les personnes qui souffrent des problèmes de santé bucco-dentaire les plus importants sont également celles qui ont le plus de difficulté à accéder aux soins de santé bucco-dentaire.

- Les inégalités liées au revenu sont plus importantes pour les indicateurs de santé bucco-dentaire que pour les indicateurs de l'état de santé général.
- En ce qui a trait à la santé bucco-dentaire, les inégalités liées au revenu sont plus importantes chez les femmes que chez les hommes.
- Les inégalités d'accès aux soins dentaires contribuent aux inégalités sur le plan de la santé bucco-dentaire.
- La santé bucco-dentaire fait partie de l'état de santé général et elle est associée aux mêmes déterminants sociaux, économiques et comportementaux; de plus, il existe des liens directs entre une mauvaise santé bucco-dentaire et un mauvais état général de santé.
- La vaste majorité des soins dentaires sont offerts par le secteur privé; seulement environ six pour cent des dépenses de soins dentaires sont couvertes par le secteur public.
- La dentisterie du secteur privé offre des soins de santé bucco-dentaire de bonne qualité pour la majorité des personnes vivant au Canada, mais il ne s'agit pas d'un bon modèle de prestation de soins de santé pour les groupes vulnérables qui souffrent des problèmes de santé bucco-dentaire les plus importants.
- Aucun consensus n'existe sur les normes de prestations de soins de santé bucco-dentaire entre les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal au Canada. La faible proportion de services de soins de santé bucco-dentaire financés par les fonds publics au pays varie énormément d'une collectivité publique à l'autre.
- Il n'existe aucun consensus entre les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal à l'échelle du Canada quant à l'utilisation d'une gamme de soins dentaires ou de services fournis par d'autres professionnels de la santé qui pourraient améliorer l'accès aux services de soins de santé bucco-dentaire, en particulier pour les groupes qui souffrent le plus des affections buccales.
- Au Canada, la législation fiscale permet de réduire le fardeau financier associé aux soins dentaires pour les personnes qui possèdent une assurance dentaire privée. Or, les personnes qui n'ont pas d'assurance privée ne bénéficient pas de cet avantage. Pourtant, il s'agit des groupes les plus atteints de maladies et qui ont le plus de difficulté à accéder aux soins dentaires.

Ces questions peuvent être résumées par les problèmes de fond suivants :

- Les groupes vulnérables vivant au Canada sont à la fois ceux qui ont le plus de problèmes de santé bucco-dentaire et le plus de difficulté à accéder à des soins de santé bucco-dentaire; et
- Les systèmes de soins de santé bucco-dentaire publics et privés au Canada ne parviennent pas à offrir efficacement un accès raisonnable aux soins de santé bucco-dentaire à toutes les personnes vulnérables vivant au Canada.

7.3 Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond et à réaliser la vision

Les recommandations visant à résoudre les problèmes de fond présentés dans le rapport sont regroupées dans une structure qui propose l'ordre logique de priorité suivant :

- A. Communiquer avec les intervenants pertinents concernant les problèmes de fond soulevés dans le rapport.
- B. Établir des normes appropriées de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration auxquels toute personne vivant au Canada devrait avoir un accès raisonnable.
- C. Définir les modes d'administration des soins de santé et le personnel qui permettront d'offrir ces normes de soins de santé bucco-dentaire.
- D. Déterminer comment la mise en œuvre de ces normes de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration sera financée.
- E. Déterminer les modes de recherche et d'évaluation qui permettront de contrôler les effets de la mise en œuvre de ces recommandations.

Pour faciliter les progrès, le Comité a également défini les groupes d'intervenants qui devraient mettre les recommandations en pratique, soit dans le libellé des recommandations ou à la fin de chacune d'elles. Voici le détail des recommandations :

- A. Communiquer les problèmes de fond aux intervenants pertinents afin de s'assurer de la compréhension mutuelle des constatations du rapport et d'entamer des discussions visant à donner suite aux recommandations.**
 - i. Communiquer les constatations de ce rapport aux représentants des groupes vulnérables concernés et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
 - ii. Communiquer les constatations de ce rapport aux groupes des professions des soins dentaires et des autres professions de la santé concernés et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
 - iii. Communiquer les constatations de ce rapport aux organismes gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
 - iv. Communiquer les constatations de ce rapport avec les intervenants du secteur privé concernés (p. ex. les compagnies d'assurance maladie) et recueillir leurs commentaires en vue de les contextualiser.
- B. Engager un dialogue avec les groupes ayant un pouvoir décisionnel, les groupes de professionnels et les groupes de clients et de patients en vue d'établir des normes de soins de santé bucco-dentaire de prévention et de restauration fondées sur des**

données probantes auxquels toute personne vivant au Canada devrait avoir un accès raisonnable.

- i. Engager les groupes vulnérables et leurs représentants dans un partenariat afin de déterminer leurs besoins en matière de normes de soins de santé bucco-dentaire.
- ii. Engager un dialogue avec les professions dentaires pour connaître leur point de vue sur ce que devraient être les normes de soins de santé bucco-dentaire fondées sur des données probantes.
- iii. Engager un dialogue avec les gouvernements aux niveaux fédéral, provincial, territorial et municipal et avec d'autres organismes publics pour connaître leur point de vue sur ce que devraient être les normes convenues de soins de santé bucco-dentaire.

C. Prévoir le personnel et les modes d'administration requis pour fournir ces normes de soins de santé bucco-dentaire à divers groupes, dans divers contextes, en portant une attention particulière aux groupes vulnérables.

- i. Créer des options publiques ou améliorer les options existantes de soins de santé bucco-dentaire dans des établissements de services de remplacement tels que les centres de santé communautaires, les établissements pour personnes âgées non autonomes et semi-autonomes, les établissements de soins de longue durée pour les personnes atteintes d'incapacités, etc. (*Public cible : centres de santé communautaires; centres pour personnes âgées et centres pour les personnes atteintes d'incapacités.*)
- ii. Procurer aux enfants des soins de santé bucco-dentaire simples et préventifs en dehors des contextes de soins dentaires et dans des cabinets dentaires pour leur offrir un bon départ dans la vie. (*Public cible : dentistes pédiatriques, médecins, infirmières et autres professionnels de la santé spécialisés dans les soins pédiatriques; hygiénistes dentaires; établissements préscolaires; écoles primaires.*)
- iii. Proposer des soins à domicile et d'autres stratégies de soins de santé bucco-dentaire « de proximité » pour les personnes ayant de la difficulté à accéder à un cabinet dentaire privé ou aux services communautaires; on pourrait par exemple envisager d'offrir des services sur place dans les établissements pour personnes âgées. (*Public cible : gériatres, dentistes et autres professionnels de la santé soignant les personnes âgées; hygiénistes dentaires; établissements pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.*)
- iv. Renouveler le rôle de la thérapie dentaire, examiner l'apport des hygiénistes dentaires et étudier la possibilité de recourir à d'autres prestataires de soins de santé bucco-dentaire afin de s'assurer que des soins rentables sont fournis dans les contextes non actuellement desservis par les professionnels

des soins dentaires. *(Public cible : gouvernements provinciaux; organismes de réglementation des professions dentaires; thérapeutes dentaires; hygiénistes dentaires.)*

- v. Fournir aux professionnels des soins de santé bucco-dentaire une formation explicite sur les approches polyvalentes en matière de prestation des soins de santé bucco-dentaire à divers groupes vulnérables. *(Public cible : Association des facultés dentaires du Canada [AFDC]; écoles dentaires; écoles d'hygiénistes dentaires; Commission de l'agrément dentaire du Canada.)*
- vi. Promouvoir et assurer la formation continue pour enseigner aux professionnels en exercice les connaissances et les compétences nécessaires pour comprendre et traiter les besoins des groupes vulnérables en matière de soins de santé bucco-dentaire. *(Public cible : écoles dentaires; écoles d'hygiénistes dentaires, Fédération canadienne des organismes de réglementation dentaire; organismes provinciaux de réglementation des professions dentaires.)*
- vii. Promouvoir l'intégration d'une formation pertinente en santé bucco-dentaire et en soins de santé bucco-dentaire aux programmes de formation qui ne sont pas en lien avec les soins dentaires, tels que la médecine et les soins infirmiers. *(Public cible : Association canadienne des écoles de sciences infirmières; Association des facultés de médecine du Canada.)*

D. Examiner et assurer le financement du personnel et des modes d'administration nécessaires, et créer des mécanismes pour assurer la disponibilité et la hiérarchisation des fonds destinés à la prestation des normes convenues de soins de santé bucco-dentaire.

- i. Établir une meilleure équité dans le financement des soins de santé bucco-dentaire par la mise en œuvre de politiques d'assurance dentaire qui favorisent une pratique fondée sur les données probantes par tous les employeurs, les employés et les travailleurs autonomes, y compris ceux qui occupent des emplois non traditionnels. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; compagnies d'assurance; associations d'employeurs, associations de travailleurs; syndicats.)*
- ii. Examiner la législation relative au traitement fiscal de l'assurance dentaire des employeurs afin de remédier à l'absence d'avantages fiscaux pour les personnes sans assurance. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; associations d'employeurs; associations de travailleurs; syndicats.)*
- iii. Revoir les frais payés pour les soins de santé bucco-dentaire pour en garantir l'équité, à la fois pour le prestataire et pour le patient, et stimuler la prestation de soins basés sur les données probantes. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; profession dentaire.)*

- iv. Prioriser le financement des interventions pour lesquelles les données relatives à l'effet thérapeutique et à l'apport à la collectivité sont probantes (p. ex. la fluoruration de l'eau potable des collectivités et l'utilisation de vernis au fluorure), et cesser de financer les interventions pour lesquelles les données d'efficacité sont peu concluantes ou inexistantes (p. ex. le détartrage régulier des dents chez les individus en santé) ou lorsque d'autres solutions sont associées à une meilleure efficacité et à une plus grande efficience. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; profession dentaire; AFDC; écoles dentaires.)*

E. Surveiller et évaluer les systèmes de soins de santé bucco-dentaire financés à même les fonds publics conçus pour améliorer l'accès aux normes convenues de soins pour toutes les personnes vivant au Canada.

- i. Créer des systèmes de collecte des données et d'information efficaces pour répondre aux questions liées aux politiques à l'aide des indicateurs de résultats appropriés. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC]; AFDC; écoles dentaires; profession dentaire.)*
- ii. Développer une approche mieux intégrée pour générer des connaissances et les traduire en données probantes dans le but de fournir des soins de santé bucco-dentaire plus efficaces aux groupes vulnérables. Les organismes gouvernementaux, les professionnels de la santé, les chercheurs, les éducateurs, et les représentants des groupes de clients et des organismes qui participent aux soins doivent créer des réseaux afin de permettre l'établissement, la mise en œuvre et l'évaluation des normes de soins. *(Public cible : gouvernements aux niveaux fédéral, provincial et territorial; IRSC; AFDC; professions dentaires; représentants des groupes de clients; compagnies d'assurance.)*

8 RÉFÉRENCES

1. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
2. Mechanic D, Tanner J. Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(5):1220-30.
3. World Health Organization. *Health Impact Assessment (HIA): Glossary of terms used*, [En ligne]. [<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>].
4. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*. 1991;33(5):545-557.
5. Clarke PM, Gerdtham UG, Connelly LB. A note on the decomposition of the health concentration index. *Health Econ*. 2003;12(6):511-6.
6. Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *J Econometrics*. 2003;112(1):207-223.
7. Santé Canada. *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, [En ligne], 2010. [http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H34-221-2010-fra.pdf].
8. Leake JL. Why do we need an oral health care policy in Canada? *J Can Dent Assoc*. 2006;72(4):317.
9. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.
10. Ministère de la Justice. *Loi canadienne sur la santé (L.R.C. (1985), ch. C-6)*. [<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/index.html>].
11. Allin S. Does equity in healthcare use vary across Canadian provinces? *Healthc Policy*. 2008;3(4):83-99.
12. Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S. Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector. *Health Policy*. 2010;98(1):81-90.
13. van Doorslaer, E., C. Masseria. "L'inégalité de l'utilisation des services de santé en fonction du revenu dans 21 pays de l'OCDE ", *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques, 2004*, p. 117.
14. Adams, Tracy L. *A Dentist and a Gentleman: Gender and the Rise of Dentistry in Ontario*, Toronto, University of Toronto Press, 2000, ix, 235 p.
15. Gullett DW, A history of dentistry in Canada. *J Can Dent Assoc (Tor)*. 1971; 37(6):210-1.
16. Canadian Dental Association. *Submission to the Royal Commission on Dominion-Provincial Relations*, Ottawa, Canadian Dental Association, 1938.

17. Canadian Dental Association. Presentation on the subject of National Health Insurance for dentistry in Canada. *Journal of the Canadian Dental Association*. 1942;8:430-32.
18. Quiñonez, C., et al. *An environmental scan of provincial/territorial dental public health programs*, Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto (Téléchargé le 26 février 2010).
19. Quiñonez, C., et al. *An environmental scan of publicly financed dental care in Canada*. Toronto, Ontario, Community Dental Health Services Research Unit and Office of the Chief Dental Officer, Health Canada, [En ligne], 2005. [<http://www.fptdwg.ca/English/e-environmental.html>] (Téléchargé en février 2012).
20. Quiñonez, C., et al. *Public dental care in Canada: Current status of programs, community water fluoridation, and outreach activities in dental faculties*. Office of the Chief Dental Officer, Health Canada, 2008.
21. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2011*, [En ligne], 2011. [https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf].
22. Bedford WR. The role of government. *J Can Dent Assoc*. 1986;52(1):68.
23. Stamm, J., et al. *Les régimes d'assurance dentaire au Canada : historique, situation présente et orientations futures / rapport préparé sous contrat à l'intention du Ministère de la santé nationale et du bien-être social*. Ottawa, Ontario, Centre d'édition du gouvernement du Canada, 1986.
24. Quiñonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian households. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):14.
25. « Accès aux soins », dans OECD. *Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, 2011.
26. Parkin, D., N. Devlin. "Measuring efficiency in dental care", in Scott, A., A. Maynard, R. Elliott (Eds.). *Advances in Health Economics*, London, John Wiley & Sons Ltd., 2003, p. 143-66.
27. Birch S, Anderson R. Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc*. 2005;71(4):243, 243a-243d.
28. Sabbah W, Leake JL. Comparing characteristics of Canadians who visited dentists and physicians during 1993/94: a secondary analysis. *J Can Dent Assoc*. 2000;66(2):90-5.
29. Blackwell, T. "Extend dental coverage, doctors urge", *National Post*, 2007.
30. Welsh, M. "Health minister silent on dental care", *Toronto Star*, [En ligne], 23 février 2007. [<http://www.thestar.com/News/article/184960>] (Consulté en février 2012).
31. Welsh, M. "Plunged into darkness", *Toronto Star*, [En ligne], 28 avril 2007. [<http://www.thestar.com/News/article/208344>] (Consulté en février 2012).

32. Government of Alberta. *Enhanced package benefits all seniors*, [En ligne], 11 août 2004. [<http://www.gov.ab.ca/acn/200408/1691214888E74-8CDC-4F8B-A67FA592A32300BB.html>] (Consulté en février 2012).
33. Ontario Liberal Party of Canada. *The Ontario Liberal Plan 2007 – costing summary*. Toronto, Speech from the Throne, Government of Ontario, [En ligne], 2007. [<http://www.ontarioliberal.ca/upload/dir/CostingMovingForwardTogetherEnglish.pdf>] (Téléchargé en février 2012).
34. Government of British Columbia. *Enhanced dental program benefits British Columbians*, news release, [En ligne], 14 mars 2005, 2005HSER0027-000290, Vancouver, Ministry of Health Services, Ministry of Human Resources. [http://www2.news.gov.bc.ca/nrm_news_releases/2005HSER0027-000290.htm] (Téléchargé en février 2012).
35. Government of Newfoundland and Labrador. *Government announces improvements to children's dental health program*, [En ligne], 23 août 2006, St. John's, Health and Community Services. [<http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2006/health/0823n01.htm>] (Téléchargé en février 2012).
36. Gouvernement du Manitoba. *Le ministre de la santé annonce de nouvelles initiatives pour diminuer la carie dentaire et raccourcir les délais en chirurgie dentaire pédiatrique*, communiqué de presse, 10 novembre 2005, Winnipeg, Santé Manitoba. [<http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2005/11/2005-11-10-02.html.fr>] (Téléchargé en février 2012).
37. Dentiste en chef du Canada. communiqué de presse, [En ligne], 28 octobre 2005, Ottawa, gouvernement du Canada. [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_dent_e.html] (Téléchargé en février 2012).
38. Association dentaire canadienne. *Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2001*.
39. Canadian Centre for Policy Alternatives. *Putting our money where our mouth is: The future of dental care in Canada*, 2011.
40. Canadian Dental Hygienists Association. *Access angst: A CDHA position paper on access to oral health services*, 2003.
41. Toronto Dental Coalition. *Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada*, 2002.
42. Federal/Provincial/Territorial Dental Directors. *Oral health: Its place in a sustainable health care system for Canadians, Brief to the Commission on the Future of Health Care in Canada*, 2002.
43. Quiñonez C, Figueiredo R. Sorry doctor, I can't afford the root canal, I have a job: Canadian dental care policy and the working poor. *Can J Public Health*. 2010;101(6):481-5.

44. Sadeghi, L. *Trends in Access to Dental Care among Middle-Class Canadians* Master of Science thesis, Faculty of Dentistry, University of Toronto, [En ligne], 2012. [<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/32276>].
45. Wikler D. Personal and social responsibility for health. *Ethics Int Aff*. 2002;16(2):47-55.
46. Association dentaire canadienne. *Des organismes nationaux de la santé demandent au ministre Kenney de révoquer l'annulation prévue de la couverture complémentaire en matière de santé offerte aux demandeurs d'asile*, Ottawa, [En ligne], 18 mai 2012. [http://www.cda-adc.ca/fr/about/media_room/news_releases/2012/051812.asp].
47. Quiñonez CR, Lavoie JG. Existing on a Boundary: The Delivery of Socially Uninsured Health Services to Aboriginal Groups in Canada. *Humanity & Society*. 2009;33(1-2):35-55.
48. Quiñonez C, Figueiredo R, Azarpazhooh A, Locker D. Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(2):152-8.
49. Bernardo M, Luis H, Martin MD, Leroux BG, Rue T, Leitão J, et al. Survival and reasons for failure of amalgam versus composite posterior restorations placed in a randomized clinical trial. *J Am Dent Assoc*. 2007;138(6):775-83.
50. Al-Rudainy, O., C. Quiñonez, S. Bennett. *A look at the Children In Need of Treatment Program from 1990 to 2009*, Ministry of Health Promotion and Sport, Government of Ontario, 2010.
51. Nicolae, A., et al. *An analysis of the relationship between urinary mercury levels and the number of dental amalgam restoration surfaces in the Canadian population*, Office of the Chief Dental Officer, Health Canada.
52. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2004;26(4):315-325.
53. Rozier RG, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. *J Dent Educ*. 2003;67(8):876-85.
54. Romanow, R.J. *Building on Values [electronic Resource]: the Future of Health Care in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
55. Finkelstein, A. *The effect of tax subsidies to employer-provided supplementary health insurance: evidence from Canada*. *J Public Econ*. 2002;84(3):305-339.
56. Bhatti, T, Rana Z, Grootendorst P. Dental insurance, income and the use of dental care in Canada. *J Can Dent Assoc*. 2007;73(1):57.
57. Muirhead VE, Quiñonez C, Figueiredo R, Locker D. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(3):199-208.

58. Riley JC, Lennon MA, Ellwood RP. The effect of water fluoridation and social inequalities on dental caries in 5-year-old children. *Int J Epidemiol*. 1999;28(2):300-305.
59. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(3):155-94.
60. Holst, D. "Varieties of Oral Health Care Systems-Public Dental Services: Organisation and financing of Oral Care Services in the Nordic countries", Chapter 18b in Pine, C. (Ed.), *Community Oral Health*, 2nd Ed., London, Quintessence Publishing Ltd., 2007.
61. Kravitz, A., E. Treasure. *EU Manual of Dental Practice, Council of European Dentists*, [En ligne], 2009. [<http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918&>].
62. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):289-296.
63. Jürgensen N, Petersen PE. Oral health and the impact of socio-behavioural factors in a cross sectional survey of 12-year old school children in Laos. *BMC Oral Health*. 2009;9:29.
64. Blumenshine SL, Vann WF Jr, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: Impact of general and oral health. *J Public Health Dent*. 2008;68(2):82-87.
65. Jackson SL, Vann WF Jr, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY. Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health*. 2011;101(10):1900-6.
66. Agou S, Locker D, Streiner DL, Tompson B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008;134(4):484-489.
67. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):348-356.
68. Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *J Public Health Dent*. 2009;69(1):1-8.
69. McGrath C, Comfort MB, Lo EC, Luo Y. Changes in life quality following third molar surgery--the immediate postoperative period. *Br Dent J*. 2003;194(5):265-8; discussion 261.
70. Quiñonez C, Figueiredo R, Locker D. Disability days in Canada associated with dental problems: a pilot study. *Int J Dent Hyg*. 2011;9(2):132-5.
71. Quiñonez C, Gibson D, Jokovic A, Locker D. Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(4):366-371.
72. Quiñonez C, Ieraci L, Guttman A. Potentially preventable hospital use for dental conditions: implications for expanding dental coverage for low income populations. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(3):1048-58.

73. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF Jr. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics*. 2004;114(4):e418-23.
74. Locker D. Does dental care improve the oral health of older adults? *Community Dent Health*. 2001;18(1):7-15.
75. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):430-3.
76. van der Maarel-Wierink CD, Vanobbergen JN, Bronkhorst EM, Schols JM, de Baat C. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review. *Gerodontology*. 2013;30(1):3-9.
77. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(5):CD004714.
78. D'Aiuto F, Ready D, Tonetti MS. Periodontal disease and C-reactive protein-associated cardiovascular risk. *J Periodontal Res*. 2004;39(4):236-241.
79. Elter JR, Hinderliter AL, Offenbacher S, Beck JD, Caughey M, Brodala N, et al. The effects of periodontal therapy on vascular endothelial function: A pilot trial. *Am Heart J*. 2006;151(1):47.
80. Seinost G, Wimmer G, Skerget M, Thaller E, Brodmann M, Gasser R, et al. Periodontal treatment improves endothelial dysfunction in patients with severe periodontitis. *Am Heart J*. 2005;149(6):1050-4.
81. de Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ*. 2010;340:c2451.
82. Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K. Professional oral health care by dental hygienists reduced respiratory infections in elderly persons requiring nursing care. *Int J Dent Hyg*. 2007;5(2):69-74.
83. Joshipura, K., T. Dietrich, "Nutrition and oral health: a two-way relationship", *Handbook of Clinical Nutrition and Aging*, 2009, p. 1-16.
84. Michalowicz BS, Hodges JS, DiAngelis AJ, Lupo VR, Novak MJ, Ferguson JE, et al. Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth. *N Engl J Med*. 2006;355(18):1885-1894.
85. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. A life course approach to assessing causes of dental caries experience: the relationship between biological, behavioural, socio-economic and psychological conditions and caries in adolescents. *Caries Res*. 2003;37(5):319-26.
86. Noble JM, Borrell LN, Papapanou PN, Elkind MS, Scarmeas N, Wright CB. Periodontitis is associated with cognitive impairment among older adults: analysis of NHANES-III. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80(11):1206-11.

87. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J*. 2006;201(10):625-6.
88. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med*. 2004;59(5):1109-1116.
89. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health. *J Dent Res*. 2009;88(7):653-657.
90. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):1-11.
91. McDonagh MS, Whiting PF, Wilson PM, Sutton AJ, Chestnutt I, Cooper J, et al. Systematic review of water fluoridation. *BMJ*. 2000;321(7265):855-859.
92. Marinho VC. Evidence-based effectiveness of topical fluorides. *Adv Dent Res*. 2008;20(1):3-7.
93. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Pit and fissure sealants for preventing dental decay in the permanent teeth of children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD001830.
94. Llodra JC, Bravo M, Delgado-Rodriguez M, Baca P, Galvez R. Factors influencing the effectiveness of sealants--a meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(5):261-268.
95. Bravo M, Montero J, Bravo JJ, Baca P, Llodra JC. Sealant and fluoride varnish in caries: a randomized trial. *J Dent Res*. 2005;84(12):1138-1143.
96. Truman BI, Gooch BF, Sulemana I, Gift HC, Horowitz AM, Evans CA, et al. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. *Am J Prev Med*. 2002;23(1 Suppl):21-54.
97. Griffin SO, Jones K, Tomar SL. An economic evaluation of community water fluoridation. *J Public Health Dent*. 2001;61(2):78-86.
98. Hawkins R, Noble J, Locker D, Wiebe D, Murray H, Wiebe P, et al. A comparison of the costs and patient acceptability of professionally applied topical fluoride foam and varnish. *J Public Health Dent*. 2004;64(2):106-110.
99. Lee JY, Rozier RG, Norton EC, Kotch JB, Vann WF Jr. The effects of the Women, Infants, and Children's Supplemental Food Program on dentally related Medicaid expenditures. *J Public Health Dent*. 2004;64(2):76-81.
100. Lee JY, Rozier RG, Norton EC, Kotch JB, Vann WF Jr. Effects of WIC participation on children's use of oral health services. *Am J Public Health*. 2004;94(5):772-7.
101. Kinnby CG, Palm L, Widenheim J. Evaluation of information on dental health care at child health centers. Differences in educational level, attitudes, and

- knowledge among parents of preschool children with different caries experience. *Acta Odontol Scand.* 1991;49(5):289-95.
102. Poutanen R, Lahti S, Seppä L, Tolvanen M, Hausen H. Oral health-related knowledge, attitudes, behavior, and family characteristics among Finnish schoolchildren with and without active initial caries lesions. *Acta Odontol Scand.* 2007;65(2):87-96.
 103. Mattila ML, Rautava P, Aromaa M, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, et al. Behavioural and demographic factors during early childhood and poor dental health at 10 years of age. *Caries Res.* 2005;39(2):85-91.
 104. Wendt LK, Hallonsten AL, Koch G, Birkhed D. Analysis of caries-related factors in infants and toddlers living in Sweden. *Acta Odontol Scand.* 1996;54(2):131-7.
 105. Mattila ML, Rautava P, Ojanlatva A, Paunio P, Hyssälä L, Helenius H, et al. Will the role of family influence dental caries among seven-year-old children? *Acta Odontol Scand.* 2005;63(2):73-84.
 106. Alm A, Wendt LK, Koch G, Birkhed D. Oral hygiene and parent-related factors during early childhood in relation to approximal caries at 15 years of age. *Caries Res.* 2008;42(1):28-36.
 107. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health.* 1998;15(3):132-44.
 108. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(4):231-5.
 109. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):711-8.
 110. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J.* 2000;188(4):201-5.
 111. Blair Y, Macpherson L, McCall D, McMahon A. Dental health of 5-year-olds following community-based oral health promotion in Glasgow, UK. *Int J Paediatr Dent.* 2006;16(6):388-398.
 112. Gomez SS, Weber AA. Effectiveness of a caries preventive program in pregnant women and new mothers on their offspring. *Int J Paediatr Dent.* 2001;11(2):117-122.
 113. Gomez SS, Emilson CG, Weber AA, Uribe S. Prolonged effect of a mother-child caries preventive program on dental caries in the permanent 1st molars in 9 to 10-year-old children. *Acta Odontol Scand.* 2007;65(5):271-4.
 114. Holst A, Mårtensson I, Laurin M. Identification of caries risk children and prevention of caries in pre-school children. *Swed Dent J.* 1997;21(5):185-91.
 115. Wendt LK, Carlsson E, Hallonsten AL, Birkhed D. Early dental caries risk assessment and prevention in pre-school children: evaluation of a new

- strategy for dental care in a field study. *Acta Odontol Scand.* 2001;59(5):261-6.
116. Pienihäkkinen K, Jokela J. Clinical outcomes of risk-based caries prevention in preschool-aged children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(2):143-150.
 117. Jokela J, Pienihäkkinen K. Economic evaluation of a risk-based caries prevention program in preschool children. *Acta Odontol Scand.* 2003;61(2):110-4.
 118. McNally ME, Martin-Misener R, Wyatt CC, McNeil KP, Crowell SJ, Matthews DC, et al. Action planning for daily mouth care in long-term care: the brushing up on mouth care project. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:368356.
 119. Thorne SE, Kazanjian A, MacEntee MI. Oral health in long-term care: The implications of organizational culture. *J Aging Stud.* 2001;15(3):271-283.
 120. Registered Nurses' Association of Ontario. *Oral Health: Nursing Assessment and Interventions*, 2008.
 121. Association dentaire canadienne. Exposé de position : L'accès aux soins buccodentaires pour les canadiens, [En ligne], 2010. [http://www.cda-adc.ca/_files/position_statements/accessToCarePaper-FR.pdf].
 122. Quiñonez CR, Figueiredo R, Locker D. Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *J Public Health Dent.* 2009;69(2):64-73.
 123. Borchgrevink, A., A. Snyder, S. Gehshan. *The effects of Medicaid reimbursement rates on access to dental care*, National Academy of State Health Policy, March 2008.
 124. Hughes RJ, Damiano PC, Kanellis MJ, Kuthy R, Slayton R. Dentists' participation and children's use of services in the Indiana dental Medicaid program and SCHIP: assessing the impact of increased fees and administrative changes. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(4):517-23.
 125. Long SK. On the road to universal coverage: Impacts of reform in Massachusetts at one year. *Health Aff (Millwood).* 2008;27(4):w270-w284.
 126. Somkotra T, Detsomboonrat P. Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):85-96.
 127. Gift, H., R. Andersen, "The principles of organization and models of delivery of oral health care", in Pine, C. (Ed), *Community Oral Health*, 2nd Ed., London, Quintessence Publishing Ltd., 2007.
 128. Steele, J. *NHS dental services in England: An independent review*, United Kingdom, Department of Health, 2009.
 129. Quiñonez CR, Locker D. On the pediatric oral health therapist: lessons from Canada. *J Public Health Dent.* 2008;68(1):53-6.

130. Nash DA, Friedman JW, Kardos TB, Kardos RL, Schwarz E, Satur J, et al. Dental therapists: a global perspective. *Int Dent J*. 2008;58(2):61-70.
131. Rees, A.M., D.K. Jutai. *Management, productivity and cost benefit of graduate dental therapist for years 1975-1979*, Ottawa, Medical Services Branch, Health Canada, 1979, 2008.
132. Trueblood, R.G. *An analytical model for assessing the costs and benefits of training and utilizing auxiliary health personnel with application to the Canadian dental therapy program*, 1992.
133. Ambrose, E.R., A. Hord, W. Simpson. *A quality evaluation of specific dental services provided by the Saskatchewan Dental Plan: Final report*, Saskatchewan Dental Plan, 1976.
134. Lewis, D. *Performance of the Saskatchewan Health Dental Plan: 1974-1980*, 1981.
135. Worley DC, Thoele MJ, Asche SE, Godlevsky OV, Schmidt AM, Yardic RL, et al. A comparison of dental restoration outcomes after placement by restorative function auxiliaries versus dentists. *J Public Health Dent*. 2012;72(2):122-7.
136. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(6):399-406.
137. Grantmakers In Health. *Critical Services for Our Children: Integrating Mental and Oral Health Into Primary Care*, [En ligne], 2008. [\[http://www.gih.org/usr_doc/issue_brief_30.pdf\]](http://www.gih.org/usr_doc/issue_brief_30.pdf).
138. Nowjack-Raymer RE. Teamwork in prevention: possibilities and barriers to integrating oral health into general health. *Adv Dent Res*. 1995;9(2):100-105.
139. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J*. 1998;184(7):343-347.
140. Ahluwalia KP, Yellowitz JA, Goodman HS, Horowitz AM. An assessment of oral cancer prevention curricula in U.S. medical schools. *J Cancer Educ*. 1998;13(2):90-95.
141. Jones TV, Siegel MJ, Schneider JR. Recognition and management of oral health problems in older adults by physicians: a pilot study. *J Am Board Fam Pract*. 1998;11(6):474-477.
142. Serwint JR, Mungo R, Negrete VF, Duggan AK, Korsch BM. Child-rearing practices and nursing caries. *Pediatrics*. 1993;92(2):233-237.
143. Beltrán ED, Malvitz DM, Eklund SA. Validity of two methods for assessing oral health status of populations. *J Public Health Dent*. 1997;57(4):206-214.
144. Pierce KM, Rozier RG, Vann WF Jr. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics*. 2002;109(5):e82.

145. Bagramian RA. Combinations of school-based primary and secondary preventive dental programs in the United States and other countries. *J Public Health Dent.* 1979;39(4):275-278.
146. Bailit H, Beazoglou T, Drozdowski M. Financial feasibility of a model school-based dental program in different states. *Public Health Rep.* 2008;123(6):761-767.
147. Taylor-Gooby P, et al. Knights, knaves and gnashers: professional values and private dentistry. *J Soc Policy.* 2000;29(3):375-395.
148. Smith M, Lennon MA, Brook AH, Robinson PG. A randomized controlled trial of outreach placement's effect on dental students' clinical confidence. *J Dent Educ.* 2006;70(5):566-70.
149. Holtzman JS, Seirawan H. Impact of community-based oral health experiences on dental students' attitudes towards caring for the underserved. *J Dent Educ.* 2009;73(3):303-10.
150. Lynch CD, Ash PJ, Chadwick BL, Hannigan A. Evaluation of a U.K. community-based clinical teaching/outreach program by former dental students two and five years after graduation. *J Dent Educ.* 2010;74(10):1146-1152.