



MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

SUR LA FLUORATION DE L'EAU

Ordre des dentistes du Québec

625, boul. René-Lévesque Ouest, 15^e étage
Montréal (Québec) H3B 1R2

Téléphone : 514 875-8511 ou 1 800 361-4887
Télécopieur : 514 875-5673

Courriel : pres@odq.qc.ca
Site Web : www.odq.qc.ca

Direction générale
Ordre des dentistes du Québec
17 avril 2013

L'Ordre des dentistes n'a pas l'intention de reprendre ici la démonstration de l'efficacité et de la pertinence de la fluoration de l'eau potable comme mesure de prévention de la carie dentaire. Cette démonstration a été faite par de nombreuses études scientifiques rigoureuses et la fluoration a reçu l'appui des plus prestigieux organismes nationaux et internationaux reliés à la santé, dont l'Organisation mondiale de la santé. Le « Center for Disease Control and Prevention » la considère comme une des dix plus importantes mesures de santé publique du XX^e siècle¹.

S'il est encore aujourd'hui nécessaire de se questionner sur les mérites d'un avancement aussi important en termes d'accès à la santé pour les populations, c'est que tous les efforts déployés depuis plus de 60 ans sur la planète l'auront été en pure perte pour ce qui est du Québec.

Malheureusement, s'il est une société qui aurait pu profiter de la fluoration c'est bien la nôtre. Alors que nos voisins américains et canadiens s'en sont prévalus avec des résultats probants, la province de Québec s'est forgé un historique peu enviable en matière de santé dentaire. Les Québécois sont les Nord-Américains les plus affectés par la carie et les maladies périodentaires, ils sont les édentés, les porteurs de dentiers. Il est plus que temps de faire en sorte que nos enfants ne soient pas victimes de cet héritage.

Les pouvoirs publics doivent prendre des dispositions énergiques pour renverser le cycle carie-édentation qui distingue le Québec de si mauvaise façon. L'ajout de fluor à l'eau de consommation est un premier pas élémentaire dans une démarche qui se veut crédible.

¹ Voir document déposé à l'annexe 1 du présent mémoire.

L'Ordre des dentistes du Québec

L'Ordre des dentistes est une coalition de 4808 dentistes, 56 spécialistes en dentisterie pédiatrique et 15 spécialistes en santé publique. La raison d'être de l'Ordre des dentistes est la protection du public. Sa mission est d'assurer la qualité des services en médecine dentaire par le respect de normes élevées de pratique et d'éthique, et de promouvoir la santé buccodentaire auprès de la population du Québec. À ce titre, il doit se prononcer sur les grands enjeux qui concernent la santé buccodentaire des Québécois.

L'opposition à la fluoration a atteint des sommets dans le mépris des intérêts communs, particulièrement en ce qui touche les enfants. L'Ordre des dentistes dénonce avec véhémence ces oppositions et ces procédés démagogiques qui tentent de faire planer un climat de peur et d'incertitude auprès du public. Il est inacceptable de constater que la population du Québec est prise en otage alors qu'une mesure aussi simple, efficace et économique réduirait de façon spectaculaire les dommages que cause la carie chez les enfants et la population en générale. Ceci est d'autant plus décevant lorsque l'on constate que le principe de la fluoration est légalement reconnu.²

Ailleurs

Les bienfaits de la fluoration des eaux de consommation ont été reconnus de par le monde et mis de l'avant par des organismes réputés dont la crédibilité n'a pas à être remise en question.

Forts de l'appui d'un nombre imposant d'organismes de santé publique, les états américains ont ainsi mis sur pied des programmes de fluoration des eaux qui ont donné des résultats tangibles. Les autorités politiques ont pris des décisions qui ont profité à l'ensemble des citoyens.

Alors que moins de 3% de Québécois ont accès à l'eau fluorée, on compte 72 % pour les Américains et 76 % pour nos voisins ontariens.

² Voir extrait de la loi déposé à l'annexe 2 du présent mémoire.

Qu'il y ait encore aujourd'hui des questionnements et des hésitations quant à la mise en application d'une mesure de santé publique, la plus pertinente et sûrement la plus indiquée dans le contexte historique québécois, étonne.

Carie dentaire et santé globale

De tout temps, les Québécois ont souffert de carie dentaire probablement plus que de tout autre affection ou maladie.

La carie dentaire est une atteinte destructrice de l'appareil masticatoire et ses effets sont irréversibles. Les atteintes carieuses doivent être traitées sans attendre.

Le programme gouvernemental est restreint en termes de couverture des soins de santé en ce qui concerne les soins dentaires. Cette décision économique ne change en rien le fait que la santé buccodentaire fait partie à part entière de la santé globale. À ce titre, l'Ordre des dentistes est d'avis que le gouvernement devrait intervenir pour à tout le moins tenter de réduire le besoin de soins et limiter les effets néfastes de la carie. La fluoruration est élémentaire.

Tous les professionnels de la santé reconnaissent que la bouche est l'entrée unique du système, que toute alimentation passe par elle, que les aliments doivent y être préparés en vue de la digestion et l'absorption, que les dents sont essentielles à cette fonction, qu'il est évidemment contre-indiqué que les aliments soient incomplètement broyés, ingérés en compagnie de bactéries ou d'agents pathogènes, que la présence d'infection en bouche présente un risque permanent pour tous les autres organes du corps humain, que la bouche se situe à proximité du cerveau, des sinus, des oreilles, qu'elle a une communication directe avec le système respiratoire, qu'une infection présente en bouche peut être ainsi transmise aux poumons.

De nombreux cancers ont été reliés à des irritations dues à des dents non restaurées, à des prothèses mal ajustées. Des mâchoires ont été ouvertes pour traiter des lésions d'origine dentaire et des anesthésies générales ont été requises.

Les coûts sociaux

Le seul fait que des maladies systémiques puissent être causées ou reliées à des problèmes dentaires devrait forcer toutes les instances à s'interroger collectivement sur les coûts sociaux de la carie et de l'absence de mesures préventives.

Les soins dentaires représentent une dépense importante pour les familles. Les chiffres disponibles présentement permettent d'extrapoler et de faire une estimation de quelque trois milliards de dollars annuellement pour le Québec. Ces coûts répartis sur l'ensemble des familles peuvent présenter des obstacles majeurs pour les parents qui ne peuvent parfois assumer les soins de base requis pour leurs enfants.

Dans l'estimation des coûts sociaux, mentionnons les soins fournis par le système public pour les maladies causées ou reliées aux maladies buccodentaires, en plus des répercussions non quantifiables, mais réelles, tels la malnutrition, la fatigue, l'absentéisme, la perte d'estime de soi.

La carie est un phénomène irréversible lorsqu'elle a atteint le stade de cavitation. Une dent qui a connu la carie ne retrouvera jamais son état original. Elle sera à jamais une dent restaurée, qui aura possiblement besoin d'être retraitée à plusieurs reprises au cours de la vie de son propriétaire. De son côté, le fluor permet, ceci avant même l'apparition des dents en bouche, de donner une meilleure qualité à l'émail dentaire et ainsi d'empêcher l'apparition de cette première carie. En outre, les effets du fluor continuent à être bénéfiques tout au long de la vie de la personne. Il contribue à la reminéralisation des atteintes superficielles de l'émail, appelées décalcifications, par sa seule présence dans la salive et au niveau de la plaque dentaire. Il a été aussi démontré que le fluor réduit l'incidence des lésions au niveau des racines chez les personnes plus âgées.

Nos enfants et les enfants de nos enfants

La société ne peut tolérer que des enfants connaissent leurs premières caries avant l'âge de deux ans, que des enfants voient leur croissance mise en péril par des problèmes santé dentaire et d'infection au niveau des os des mâchoires, que des enfants doivent subir des soins majeurs sous anesthésie générale, intubés, endormis

pour ensuite poursuivre leur développement avec des dents dévitalisées, couronnées d'acier ou absentes.³

Une publication récente de la Société canadienne de pédiatrie sur les soins buccodentaires des enfants est plus que révélatrice.

« La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants, y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage. Les processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire.

La CaPE est une maladie chronique multifactorielle influencée par des facteurs biomédicaux (régime alimentaire, bactéries, hôtes) et par les déterminants sociaux de la santé. Des pratiques alimentaires inadéquates auprès des nourrissons (p. ex., alimentation prolongée et fréquente au biberon et consommation excessive de jus) sont un facteur important de formation de CaPE. Le processus carieux peut être contrôlé grâce à la mise en oeuvre de mesures communautaires, professionnelles et individuelles, telles que la promotion d'une bonne alimentation, l'amélioration du régime alimentaire, la fluoration de l'eau, l'utilisation accrue de fluor topique et de scellants dentaires par les dispensateurs de soins de première ligne et l'utilisation de dentifrice fluoré.

La fluoration de l'eau est une réalisation à la fois importante et rentable de la santé publique, et c'est la mesure la plus efficace pour prévenir la carie. Pourtant, seulement 45,1 % des réserves d'eau des collectivités du Canada sont fluorées. De plus, 76 % de la population de l'Ontario ont accès à de l'eau fluorée, par rapport à seulement 1,5 % de celle de Terre-Neuve-et-Labrador.

³ Voir photos déposées à l'annexe 3 du présent mémoire.

Des données probantes irréfutables démontrent que l'utilisation de fluor topique réduit le taux de caries chez les enfants, y compris une récente analyse Cochrane sur le vernis fluoré. D'après des lignes directrices probantes, il est recommandé d'appliquer du vernis protecteur tous les six mois aux populations à haut risque, y compris les enfants des Premières nations.[39] Il est également démontré que l'utilisation régulière de rinçage-bouche fluoré réduit la carie dentaire chez les enfants plus âgés, quelles que soient les autres sources de fluor.[40] L'Association dentaire canadienne appuie la fluoration de l'eau et l'utilisation topique de fluor.⁴

Le *statu quo* n'est plus une option.

Il est possible de faire en sorte que les générations futures atteindront l'âge de trente ans avec des dentitions saines, ceci sans égard aux conditions de vie qui auront défini leur enfance et leur adolescence, qu'ils auront eu moins de caries, moins de restaurations, de couronnes, de traitements de canaux, moins d'extractions et ne seront pas la clientèle du marché lucratif des prothèses et des implants dentaires.

Le temps d'agir

Il est temps de permettre aux citoyens présents et à venir de profiter d'une mesure de santé publique qui a fait ses preuves.

L'Ordre des dentistes n'a pas de mots assez forts pour dénoncer cette situation intolérable qui fait entre autres qu'il faille encore débattre en 2013 de la preuve scientifique et plaider devant les autorités gouvernementales les droits des citoyens à une meilleure santé dentaire, ainsi que rappeler que le Québec a reconnu l'importance de la fluoration dans sa propre loi de santé publique.

Les opposants à la fluoration n'ont d'arguments que leurs principes de liberté de choix. Les droits et libertés qui doivent être prises en compte dans un tel contexte sont les droits des enfants et des citoyens d'être assurés que les autorités publiques prennent

⁴ Voir document de principe déposé à l'annexe 4 du présent mémoire.

les dispositions pour leur assurer les meilleures conditions de vie possibles, compte tenu de leurs besoins et des moyens dont on dispose.

Des études ont démontré que chaque dollar investi en fluoration se traduit par une réduction de 38 \$ à 60 \$ des dépenses en soins dentaires. Il est logique d'extrapoler que la réduction de la carie chez un individu et une collectivité réduit de façon tangible les coûts reliés aux traitements requis par les suites d'une mauvaise condition buccodentaire et réduit l'absentéisme et autres phénomènes reliés à la présence de maladies systémiques.

La question du fluor n'est plus un débat de société. Nous partageons ensemble et maintenant la responsabilité de placer le Québec au diapason de 2013 et pour cela il faut adopter des mesures profiteront à tous immédiatement et à toutes les générations futures. Les résultats seront visibles à long terme mais ensemble nous aurons le sentiment d'avoir fait un geste pour faire avancer la qualité de vie des citoyens.

1. **FORTIN, C.**, « Document destiné à la Commission d'accès à l'information » octobre 2011.
2. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., Chapitre S-2.2 (Extrait de :)
3. Photos prises de la clinique dentaire de l'Hôpital de Montréal pour enfants
4. **ROWAN-LEGG, A** ; « Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action » [en ligne] *Société canadienne de pédiatrie*, Document de principes, janvier 2013. Disponible sur : < <http://www.cps.ca/fr/documents/position/soins-buccodentaires-des-enfants> > (Consulté le 2013-03-27)

Document destiné à la Commission d'accès à l'information (CAI)

Objet : Dossier CAI 10 11 78 ; Requête de l'Ordre des dentistes du Québec (ODQ) demandant de refuser ou de cesser d'examiner une demande de révision pour refus de répondre à une demande d'accès à l'information (Parent et all.) sur la fluoration de l'eau.

Mise en contexte :

Afin de bien documenter la position de l'ODQ relativement à la fluoration de l'eau potable et de démontrer le bien fondé de la requête faite à la CAI par ses procureurs, l'ODQ aimerait soumettre à la CAI certains éléments d'informations généraux ainsi que certaines rectifications relativement aux arguments énoncés dans la demande initiale et dans un deuxième envoi de M. Parent, daté du 20 juillet 2011, afin de rejeter la requête soumise par l'ODQ pour le dossier cité en objet.

Fluoruration de l'eau de consommation

1. Problématique et enjeux généraux:

La carie dentaire est un important problème de santé publique

La carie dentaire affecte la très grande majorité de la population. La carie dentaire est une maladie chronique, infectieuse et transmissible. D'origine bactérienne, elle est aggravée par des comportements alimentaires et des comportements d'hygiène buccodentaire déficients. Plus souvent qu'autrement, la carie dentaire cause des dommages irréversibles aux dents. La restauration des dents cariées ralentit la progression de la maladie, mais les récurrences sont malheureusement fréquentes. La carie dentaire nécessite des traitements de plus en plus perfectionnés, onéreux (donc moins accessibles) et comportant des risques pour certaines personnes dont l'état de santé est fragilisé. La carie dentaire peut provoquer des douleurs, infections et autres affections buccales qui nuisent grandement au développement des enfants, à la qualité de vie et à la santé globale des personnes atteintes.

Les dernières enquêtes sur la santé buccodentaire menées au Québec montrent que, en général, les enfants québécois ont de 40 % à 50 % plus de caries que les autres écoliers nord-américains du même âge. Trois adultes québécois sur quatre ayant au moins une dent naturelle en bouche souffrent de maladies parodontales, et plus de la moitié de leurs dents ont déjà été cariées. Quant au taux d'édentation complète (perte de toutes les dents) de la population québécoise, il figure parmi les plus élevés au Canada. En 2007-2009, 13 % des Québécois de 45 à 64 ans et 40 % des 65 ans et plus étaient complètement édentés, alors que respectivement 5 % et 20 % des Ontariens l'étaient.

La carie dentaire est une maladie coûteuse. Avec les maladies cardiovasculaires, les traitements de la carie dentaire et de ses complications sont parmi les soins de santé qui engendrent le plus de dépenses au Canada. En effet, au pays, les services dentaires représentent un fardeau de plus de 13 milliards de dollars par année, soit une moyenne de 380 \$ par Canadien. Pour le Québec seulement, compte tenu du faible taux de fluoruration de l'eau potable, des hauts taux de carie dentaire et d'édentation, il est possible, selon la répartition démographique, d'estimer ces coûts à environ trois milliards de dollars par année.

Ces données sont d'autant plus décourageantes que les professionnels des réseaux de santé publique et privé du Québec déploient de nombreux efforts depuis plus de 30 ans contre la carie dentaire. Le programme public québécois comprend notamment des actions préventives en milieu scolaire menées par plus de 300 hygiénistes dentaires. Les enfants à risque élevé de carie dentaire visés par le programme font l'objet d'un suivi individuel pour l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire et d'alimentation ainsi que pour l'application de fluorures topiques et d'agents de scellement dentaire afin de protéger leurs dents. De plus, des soins dentaires curatifs de base sont assurés par l'État pour les enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de neuf ans, ainsi que pour les prestataires d'aide financière de dernier recours. Donc, force est de constater que même les interventions ciblant directement les individus, aussi bonnes soient-elles, ne réussissent pas à produire des résultats comparables à ceux d'une mesure populationnelle comme la fluoruration de l'eau de consommation.

Un environnement suffisamment riche en fluorures, plus spécifiquement grâce à de l'eau de consommation adéquatement fluorée, permet de prévenir la carie dentaire de façon particulièrement efficace

La fluoruration de l'eau potable est une mesure de prévention de la carie dentaire reconnue et considérée comme sécuritaire, efficace et économique selon de nombreuses études et revues de littérature scientifique rigoureuses (voir la bibliographie ci-jointe). La fluoruration peut réduire jusqu'à 64 % la prévalence de la carie dentaire chez certains groupes, et ce, en fonction de la gravité de l'atteinte carieuse initiale de la population et de son exposition globale aux fluorures. Les connaissances actuelles permettent d'estimer que l'implantation de la fluoruration au Québec apportera une diminution de la carie dentaire de 20 % à 40 % selon les régions. Il est bien connu que les fluorures augmentent la résistance des dents à la carie et neutralisent l'action des bactéries cariogènes. Il est

aussi clairement établi que la fluoration de l'eau agit en complément des autres mesures préventives. En effet, la fluoration de l'eau permet un effet systémique pré et post éruptif, et elle optimise l'effet topique des produits d'hygiène fluorés. La fluoration permet également aux adultes et aux personnes âgées de développer moins de caries de racines et de conserver leurs dents plus longtemps. Ainsi, grâce à la fluoration, la santé buccodentaire globale de la population est améliorée, et cela se reflète sur l'état de santé général des individus, ceux-ci présentant une meilleure mastication et une meilleure alimentation.

La consommation d'eau fluorée à la concentration recommandée est sécuritaire et n'a pas d'effets néfastes sur l'état de santé général

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs attribue à la fluoration de l'eau potable une cote de niveau A, soit la cote la plus élevée. Cette cote est attribuée selon des critères de données scientifiques suffisantes démontrant que la fluoration est la mesure la plus efficace, la plus équitable et la plus efficiente de prévention de la carie coronaire et radiculaire. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié, en juin 2007, un avis scientifique intitulé *Fluoruration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*. Cet avis est un résumé des connaissances actuelles sur l'innocuité et l'efficacité de la fluoration de l'eau potable auprès des populations. Actuellement, aucune donnée scientifique ne permet d'associer un problème de santé quelconque à la fluoration de l'eau à la concentration recommandée, qui varie de 0,6 mg/l à 1,2 mg/l. Une veille scientifique et une mise à jour périodique de l'avis scientifique de l'INSPQ permettra, notamment, une analyse et une critique objective des nouvelles études relatives à la fluoration de l'eau et à l'exposition aux fluorures. La fluorose dentaire est souvent associée à la fluoration de l'eau. Les études démontrent toutefois qu'elle y est faiblement liée. La fluorose dentaire est un problème essentiellement cosmétique qui est la plupart du temps imperceptible. Quant à la fluorose osseuse, elle n'est nullement associée à la fluoration de l'eau à la concentration recommandée.

La communauté médicale et scientifique reconnaît l'efficacité de la fluoration, qui est mise de l'avant depuis plus de 65 ans. La fluoration reçoit l'appui de plus de 90 organismes nationaux et internationaux, dont les associations médicales et dentaires canadiennes et américaines, les associations pédiatriques canadiennes et américaines, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Fédération dentaire internationale, Santé Canada et l'Organisation mondiale de la santé. Les CDC considèrent la fluoration comme l'une des dix plus importantes mesures de santé publique du 20^e siècle avec la vaccination de masse, la pasteurisation du lait, etc. Actuellement, moins de 3 % de la population québécoise a accès à de l'eau fluorée, comparativement à 72 % pour les résidents des États-Unis, à 75 % pour les résidents de l'Alberta, à 73 % pour les résidents du Manitoba et à 76 % pour les résidents de l'Ontario. Cela n'est sûrement pas étranger au fait que la santé buccodentaire des Québécois n'est pas aussi bonne que celle des Canadiens ou des Américains.

La fluoration de l'eau est un moyen peu coûteux de prévenir la carie

Chaque dollar investi pour fluorer l'eau réduit les coûts de soins buccodentaires de 60 \$ à 100 \$. Cela renforce la pertinence de la fluoration. Pour une famille québécoise de quatre personnes, la fluoration peut représenter des économies de 320 \$ par année sur les soins buccodentaires, mais aussi des économies par rapport à tous les autres coûts associés à un meilleur état de santé général. En plus d'être économique pour chaque personne, la fluoration est bénéfique pour l'ensemble de la société, car elle permet l'allègement des fardeaux du régime public de santé et des individus devant assumer les coûts des soins et des assurances privées. Les soins de santé buccodentaires étant toujours l'une des principales causes d'absentéisme à l'école et au travail, il faut aussi voir dans la fluoration un gain en matière de productivité et de qualité de vie. Selon les résultats de la dernière Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2,3 millions de journées d'école et 4,1 millions de journées de travail sont perdues chaque année relativement à des consultations pour des soins buccodentaires. La fluoration de l'eau permet de réduire les coûts directs et indirects associés à la carie dentaire et aux besoins de soins qu'elle engendre.

La fluoration de l'eau est une mesure équitable qui contribue à réduire les inégalités sociales de santé

La carie dentaire, comme la plupart des problèmes de santé, affecte plus fortement les individus ayant des caractéristiques socio-démocratiques de faible revenu et de faible scolarité. La fluoration de l'eau est une mesure de santé publique qui est particulièrement avantageuse pour la population présentant ces caractéristiques de risque et n'ayant pas les ressources financières nécessaires pour se prévaloir de soins buccodentaires. De plus, cette même population à risque a aussi souvent beaucoup de difficultés à adopter les comportements souhaitables. En effet, selon les dernières données de l'Institut de la statistique du Québec, plus de 25 % des enfants âgés de cinq à huit ans se brossent les dents une fois ou moins par jour malgré les nombreux efforts déployés depuis des années pour promouvoir de sains comportements d'hygiène buccodentaire. Également, la soie dentaire est utilisée régulièrement par moins de 30 % de la population, et à peine 50 % des individus interrogés visitent le dentiste annuellement pour des soins préventifs. Une étude récente portant sur la pauvreté et l'accessibilité aux soins buccodentaires a démontré que 24 % des Québécois de 35 à 44 ans dont le revenu annuel est de 15 000 \$ ou moins étaient complètement édentés, alors que cette proportion baisse à 6 % chez les personnes ayant un revenu de 75 000 \$ ou plus par année. Plus ou moins 30 % des Québécois disent avoir de la difficulté à se payer les soins buccodentaires requis. Cet écart dans la santé buccodentaire entre les riches et les pauvres se manifeste dès le plus jeune âge. On trouve en effet plus de deux fois plus de caries dentaires dans la bouche des enfants de cinq à six ans dont les parents gagnent moins de 30 000 \$ par année que dans celle des enfants dont les parents ont un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus. Au Canada, 20 % des adultes âgés de 20 à 79 ans ont en moyenne 3 caries non traitées. Les personnes à faible revenu sont deux fois plus nombreuses à avoir des caries non traitées que celles plus nanties. Toutefois, les personnes socio-économiquement défavorisées qui vivent

dans des régions où l'eau est fluorée présentent une meilleure santé buccodentaire que celles de même situation socioéconomique qui ne sont pas exposées à de l'eau fluorée.

Les effets limités des activités d'éducation et de promotion de la santé sont bien documentés et ne sont pas uniques à la santé dentaire. La meilleure campagne de promotion du lavage de mains n'aura jamais l'impact positif d'une campagne de vaccination massive pour prévenir la grippe. L'ajout d'iode au sel pour prévenir le goitre, l'ajout de la vitamine D dans le lait pour prévenir le rachitisme et l'addition de certaines vitamines et de certains minéraux aux aliments sont d'autres exemples de l'utilité et de l'efficacité des mesures populationnelles et universelles de prévention.

Certains principes relatifs à l'éthique et à l'acceptabilité sociale commandent d'agir en fonction du bien-être de la majorité et des plus démunis. Lors d'un récent sondage mené au Québec en 2010, la fluoration de l'eau recevait l'appui de 62 % de la population, même si, en général, celle-ci considère que la santé buccodentaire relève principalement de comportements individuels. Cela confirme une certaine acceptabilité sociale, bien que les problèmes liés à la carie dentaire soient fort peu connus de la population.

La fluoration de l'eau n'a pas d'impacts sur l'environnement

Les fluorures sont omniprésents dans l'environnement. Les fluorures se trouvent dans le sol, les minerais, l'air, l'eau et, par conséquent, les plantes et les animaux. C'est un élément utilisé dans divers procédés industriels et dans la composition de produits d'hygiène et de certains médicaments. Lorsqu'il est utilisé pour ajuster la teneur en fluorures de l'eau de consommation, le fluorure n'est pas considéré comme un médicament, mais comme un minéral ou un élément naturel contribuant à la formation et à la santé des dents. Les fluorures utilisés pour la fluoration de l'eau sont d'origine naturelle et proviennent surtout de l'apatite, un minéral très présent dans la croûte terrestre.

La concentration naturelle de fluorure varie selon la source de l'eau : l'eau de mer contient environ 1,4 mg/l (ou 1,4 ppm) de fluorure, et l'eau douce au Canada en contient de 0,01 à 11 mg/l. Plusieurs études ont démontré que fluorer artificiellement l'eau à la concentration recommandée de 0,6 à 1,2 mg/l n'avait pas d'impacts écologiques. La fluoration augmente, de façon générale, la concentration totale de fluorures dans les cours d'eau d'à peine 0,001 à 0,002 mg/l. Cette élévation est sous le seuil de la détection des fluorures dans l'eau.

Toute démarche de fluoration de l'eau doit être réalisée selon le taux de fluorures contenus dans les sources naturelles d'approvisionnement de l'eau potable et les autres sources potentielles d'exposition (aliments, habitudes culturelles, etc.). Au Québec, toute démarche de fluoration de l'eau doit aussi respecter les objectifs environnementaux de rejets aux effluents pour la protection de la faune du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP).

Ailleurs dans le monde, nombre de personnes ont accès à de l'eau fluorée

Plus de 400 millions de personnes dans 60 pays consomment de l'eau naturellement fluorée (50 millions de personnes dans 27 pays) ou volontairement ajustée (350 millions de personnes dans 33 pays) à un taux optimal situé entre 0,6 mg/l et 1,2 mg/l. En Chine, plus de 200 millions de personnes consomment de l'eau naturellement fluorée à un taux égal ou plus élevé que le taux optimal. En 2004, 31 pays procédaient à l'ajustement de la teneur en fluorures de l'eau de consommation pour améliorer la santé buccodentaire de leur population respective.

Pour plusieurs autres pays, dont certains très peuplés, les données ne sont pas disponibles. Cependant, il est bien connu que la teneur en fluorures de l'eau potable de ces pays est naturellement très élevée, dont l'Inde, le Népal, le Tibet, le Pakistan et plusieurs pays d'Afrique. Il est ainsi possible d'affirmer que plus de 600 millions de personnes dans le monde consomment de l'eau fluorée à plus de 0,7 mg/l en toute sécurité et pour leur bien-être.

ASSISES LÉGALES

La Loi sur la santé publique « a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général » (art. 1).

La Loi sur la santé publique contient une section sur la fluoration de l'eau potable, section formée des articles 57 à 60. Selon l'article 59, « le programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau ». Le présent document se veut une réponse à cette exigence.

Le 14 janvier 2004, dans la *Gazette officielle du Québec*, le gouvernement du Québec a fixé, pour l'application de l'article 57 de la Loi sur la santé publique, la concentration optimale de fluorures dans l'eau potable à 0,7 mg/l.

En lien avec l'article 58 de la Loi, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) assure, par l'entremise du Laboratoire de santé publique du Québec, la surveillance de la qualité de la fluoration de l'eau potable au Québec en vérifiant la qualité des produits sources d'ions fluorures, la teneur en ions fluorures dans les réseaux de distribution d'eau potable et la performance analytique des municipalités.

L'ordre des dentistes du Québec a pour mission la protection du public et la promotion de la santé buccodentaire. Pour ce faire, l'Ordre fait en sorte que la population connaisse et ait accès aux meilleures mesures de prévention possibles et reconnues scientifiquement.

2. Commentaires spécifiques relativement aux principaux arguments évoqués dans la demande de rejet de la requête de l'ODQ.

Au Québec, le déploiement de la fluoration de l'eau éprouve des difficultés. Les activistes anti-fluoruration, quoique peu nombreux, sont bien organisés et structurés. Ils sont très actifs dès que les pourparlers avec une municipalité sont engagés. Leurs arguments ne sont pas appuyés par des évidences scientifiques et ils portent généralement sur les dangers potentiels pour la santé, la qualité des produits servant à la fluoruration, l'éthique, la liberté de choix et autres. Depuis peu, les activistes procèdent par intimidation en faisant des demandes d'accès à l'information très exhaustives auprès des municipalités engagées dans la fluoruration, de celles qui considèrent s'y engager et des divers organismes de santé et autres qui en font la promotion. Ils profitent de ces demandes d'accès pour véhiculer un discours alarmiste comme dans celle envoyée à l'ODQ. Pour un profane, les arguments et commentaires sont tellement nombreux et accablants, qu'il peut être porté à croire qu'il n'y a pas de fumée sans feux. En semant le doute, leur objectif est alors atteint. Qu'en est-il réellement relativement aux nombreuses affirmations et inquiétudes soulevées?

Risque à la santé :

La fluoruration de l'eau de consommation est la reproduction d'un phénomène naturel ayant toujours existé. **L'eau contient toujours du fluorure** et elle représente le mode de distribution idéal pour profiter de ses bienfaits, c'est-à-dire de petites doses prises régulièrement. La concentration du fluorure varie selon la source de l'eau; l'eau de mer en contient environ 1,4 mg/l (ou 1,4 ppm), l'eau douce au Canada en contient de 0,01 à 11 mg/l. Le fluorure est omniprésent dans la nature (eau, sol, air, plantes, aliments, animaux). C'est le treizième élément naturel le plus abondant de la croûte terrestre. D'ailleurs, l'OMS considère que les fluorures font partie des 14 minéraux essentiels à la santé humaine.

À la concentration recommandée, aucune donnée scientifique n'associe la fluoruration à un problème de santé particulier. Associer la fluoruration de l'eau à des problèmes de santé n'est foncièrement qu'une tactique alarmiste.

Concernant la fluorose dentaire invoquée, les études rapportent qu'elle est faiblement associée à la fluoruration de l'eau et qu'il ne s'agit que d'un problème essentiellement cosmétique la plupart du temps imperceptible par la population. Elle est plutôt associée à une ingestion excessive de fluorures d'autres sources pendant la période de formation de la dent se situant plus ou moins entre l'âge de un à trois ans. La fluorose dentaire légère se présente habituellement comme une coloration blanchâtre à peine perceptible sur les dents et est principalement associée à une mauvaise utilisation de produits dentaires comme les dentifrices. Loin d'être un problème, il est démontré que les dents présentant ce type de fluorose résistent mieux à la carie

Le taux de fluorure dans l'eau est réglementé au Canada et la concentration maximale permise en fluorure est de 1,5 mg/l. Cette norme est établie en fonction des personnes les plus vulnérables à la fluorose dentaire, soit les jeunes enfants de 22 à 26 mois. Au Québec, la concentration optimale utilisée pour la fluoration est de 0,7 mg/l, soit près de la moitié de la concentration maximale. Des études récentes ont démontré qu'à ces taux, les cas de fluorose dentaire indésirable sont anecdotiques au Québec et au Canada (moins de 0,3 %) et sont causés par d'autres mauvaises habitudes, comme l'utilisation d'une trop grande quantité de dentifrice en bas âge.

Produits servant à la fluoration :

La fluoration de l'eau vise à réduire la prévalence de la carie dentaire. Des effets bénéfiques découlent à la fois d'une exposition topique et d'une exposition systémique au fluorure. Le niveau maximal de réduction de la carie dentaire est atteint quand du fluorure est intégré avant l'éruption des dents (exposition systémique) à toutes les étapes de la formation des dents et après l'éruption (exposition topique) à la surface des dents. La fluoration de l'eau offre les deux genres d'exposition.

La fluoration de l'eau s'effectue par l'intégration d'un additif concentré qui libère des ions fluorures, comme de l'acide fluoro-silicique ou d'autres composés de fluoro-silicate, à l'eau pendant le traitement. L'eau potable fluorée n'est pas une source d'exposition à ces composés puisque ces derniers se décomposent complètement par hydrolyse quand ils sont ajoutés à l'eau pour libérer des ions fluorures.

La *Loi sur les aliments et drogues* donne une définition du terme « drogue », tandis que le Règlement qui accompagne la Loi décrit le pouvoir de réglementation de Santé Canada concernant la vente de drogues destinées à la consommation humaine. À titre d'exemple, Santé Canada a un pouvoir de réglementation pour ce qui est d'autoriser la vente d'une drogue dans sa forme pharmaceutique finale comme des produits d'hygiène fluorés "anticaries" à des fins d'utilisation personnelle (dentifrice, rince-bouche, etc.).

Le fluorure utilisé dans la fluoration de l'eau n'est pas défini comme un médicament mais comme un supplément minéral (comme le fer et le calcium ajouté aux céréales) et, par conséquent, n'est pas soumis à *Loi sur les aliments et drogues* de Santé Canada. Tout comme l'ajout de vitamine D dans le lait, d'iode dans le sel ou encore d'acide folique dans la farine, l'ajout de fluorures dans l'eau est une mesure de santé publique permettant à la majorité de la population de profiter de ses nombreux bienfaits.

C'est le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) qui s'assure que les produits utilisés pour la fluoration de l'eau potable répondent à des normes optimales de sûreté et de qualité dans ce domaine. Les normes et directives sur la fluoration du MSSS demandent que chaque lot de produit soit analysé, par le LSPQ, afin de s'assurer, préalablement à son utilisation, qu'il réponde aux normes gouvernementales. Les municipalités qui procèdent à la fluoration doivent également faire des analyses quotidiennes de la concentration en fluorure dans l'eau potable et faire parvenir régulièrement des échantillons au LSPQ pour des fins de contrôle de qualité.

Tous les produits fluorés utilisés au Québec pour la fluoration de l'eau doivent être testés par un laboratoire indépendant certifié afin de rencontrer les normes de concentration et de pureté émises par l'American Water Works Association (AWWA), qui est un organisme américain non gouvernemental dédié à la qualité de l'eau. Ce sont les normes adoptées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les exigences pour les concentrations en contaminants de l'AWWA sont beaucoup plus sévères que celles de Santé Canada pour les produits naturels et les médicaments. Par la suite, le LSPQ reconduit ces tests pour tous les lots de fluorures utilisés au Québec.

Les normes pour les produits servant à fluorer sont supérieures en terme de pureté relativement au contenu en métaux lourds que les normes servant à l'homologation des produits naturels et des médicaments. Le contrôle de la qualité des produits utilisés pour la fluoration de l'eau au Québec est particulièrement efficace. En voici en résumé, les principaux éléments :

- Dans l'appel d'offres annuel pour les produits chimiques : tous les produits livrés doivent notamment respecter les normes B701, 702 et 703 de l'American Water Works Association (AWWA) et être certifiés NSF/ANSI Standard 60.
- Contrôle de la qualité du produit chimique au Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) : Un échantillon de chaque nouveau lot de livraison d'un produit fluoré doit être acheminé par la municipalité avant son utilisation au LSPQ à des fins de contrôle de la qualité. Le LSPQ analyse les produits selon les normes de l'AWWA (B701, 702 et 703).
- Contrôle de la qualité interne : À des fins de contrôle de la qualité de la fluoration de l'eau, des échantillons d'eau sont prélevés quotidiennement sur le réseau de distribution et analysés par la municipalité.
- Contrôle de la qualité externe : À des fins de contrôle de la qualité de la fluoration de l'eau, des échantillons d'eau sont prélevés hebdomadairement sur le réseau de distribution par la municipalité et ils sont acheminés au LSPQ pour analyse et contrôle de conformité avec les données municipales.
- Contrôle de la qualité analytique : Le LSPQ expédie mensuellement trois échantillons fantômes à chaque municipalité. Le personnel de la municipalité responsable des analyses de fluorures doit en déterminer la teneur et transmettre les résultats au LSPQ afin de s'assurer de la justesse des tests effectués.

Les exigences de l'AWWA pour les additifs dans l'eau portent sur 11 minéraux en plus de la radioactivité (qui n'a jamais été détectée jusqu'à maintenant). Par exemple, l'arsenic contenu dans les médicaments et les produits naturels est fixé à un maximum de 10 µg/jour alors que la norme permise dans les additifs de fluorures est de 1 µg/L. De même, la norme pour le mercure est fixée à 20 µg/jour pour les produits naturels comparativement à 0.2 µg/L pour les additifs de fluorures.

Par ailleurs, le National Sanitation Foundation (NSF) a effectué des tests sur les concentrations de contaminants de tous les produits chimiques utilisés pour la fluoration de l'eau qu'ils ont enregistrés et certifiés durant la période des années 2000 à 2006. Des tests furent donc effectués sur 245 échantillons de ces produits dilués dans l'eau à une

concentration correspondant à 1,2 mg/l d'ion fluorure, soit la norme américaine en vigueur au moment des tests. Leurs analyses ont démontré systématiquement qu'à cette dilution, les concentrations de contaminants, quand ceux-ci étaient présents, étaient bien en dessous du niveau de 10 % de la concentration maximum acceptable (CMA) requise par les règlements en vigueur au Canada et au Québec. Ces concentrations, à peine détectables par les processus analytiques actuels, sont tellement infimes qu'elles ne posent aucun risque connu pour la santé. Diluées pour obtenir la concentration optimale de 0,7mg/l réglementée au Québec par rapport à 1,2 mg/l aux États-Unis, les concentrations en contaminants déjà infimes auraient été encore réduites de presque la moitié.

Faire état de tests de toxicologie pour les produits servant à fluorer l'eau potable est un faux problème. En effet, ces produits après dilution se dissocient complètement en ions. Il n'y a aucune évidence scientifique établissant un lien entre une concentration optimale en fluorure dans l'eau et des problèmes de toxicité quelconques. La fluoration est sécuritaire pour la santé humaine. Nous disposons de plus de 65 ans de connaissances relativement à cette mesure préventive, incluant de très nombreuses études et révisions par des comités d'experts. La fluoration reçoit l'appui de plus de 90 organismes nationaux et internationaux dont la **Society of Toxicology**.

Impact environnemental :

Malgré les nombreuses recherches ayant démontrées l'absence d'impact environnemental de la fluoration de l'eau, un rapport de 1978 préparé par M. P.J. Morin, un des demandeurs, est cité en référence pour évoquer des dangers potentiels. Voici quelques éléments d'information relativement à ce rapport :

Le rapport intitulé « Les fluorures, la fluoration et l'environnement » et préparé par les Services de protection de l'environnement (SPE) a été déposé auprès du Ministère de l'Environnement de l'époque. Appelé au Québec « Livre rouge » par son auteur, le rapport diffusé en 1979 a vite été rejeté par le Ministère des Affaires sociales (MAS). Il est important de clarifier que ce rapport est aussi connu aux États-Unis comme « The Quebec Study ».

Le *Quebec Study* a fait l'objet de nombreuses critiques négatives au sujet de son contenu ou de l'interprétation de données. Les critiques des réviseurs américains sont cinglantes. On parle de fausses affirmations, de naïveté ou de manque de connaissances dans le domaine de la chimie, de suppositions sans fondement, de conclusions erronées, etc. Les études présentées sur le lien avec le cancer (Yiamouyiannis) ne sont pas crédibles et ont depuis longtemps été rejetées par l'ensemble de la communauté scientifique.

Le Minnesota Department of Health conclut que les auteurs font preuve d'un manque d'objectivité évident et que le rapport n'a aucune valeur scientifique. L'Université du Minnesota, le Department of Health Education and Welfare, l'American Dental Association, le CDC, le National Cancer Institute, l'Institut national du cancer du

Canada, le National Institute of Health, de même que l'Association dentaire canadienne, ayant tous révisé le rapport, abondent dans le même sens.

Depuis ce rapport, M. Morin est demeuré un activiste anti-fluoruration très actif, comme le démontre cette demande.

Conclusion :

Il importe de tenir au préalable pour acquis que personne ne remet en question le fait que la carie dentaire est un problème de santé important, très onéreux, qui touche l'ensemble de la population et qui est toujours très présente chez beaucoup de Québécois.

Tellement bien campé scientifiquement, il est difficile d'imaginer que la fluoruration, une simple mesure de santé publique qui devrait aller de soi, puisse soulever un pareil vent de controverses et d'émotions chez certains.

Nonobstant le respect de l'opinion des personnes qui s'opposent à la fluoruration, il importe de traiter avec rigueur les messies autoproclamés qui sciemment et à répétition, répandent toujours des énormités et des faussetés pour alarmer et embrigader des disciples vulnérables contre la fluoruration.

Le débat sur la fluoruration comporte deux volets. Un volet scientifique, sec et académique, dans lequel la population se perd, et un volet socioculturel, volatil et émotif, tous deux très facilement exploitables par les opposants.

Donc, considérant que:

- La position du Ministère de la santé et des services sociaux de supporter et de faire la promotion de la fluoruration de l'eau potable se base sur l'ensemble des connaissances scientifiques actuelles portant sur le fluor, les fluorures, la fluoruration de l'eau, etc.;
- L'état des connaissances sur les différents aspects reliés à la fluoruration est régulièrement mis à jour par différents organismes tels Santé Canada, l'INSPQ, l'OMS, les CDC, etc. Pour avoir accès à la très grande majorité des publications portant sur le fluor, nous vous référons au site internet *National Library of Medicine* (NLM) (Pubmed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Vous y trouverez 40 436 références portant sur le thème « Fluoride » et 5 734 références portant sur le thème « Water fluoridation »;
- La Loi d'accès à l'information n'oblige pas à fournir de l'information déjà disponible et accessible entre autres via internet;
- La majorité des demandes initiales soumises a déjà été répondue par Santé Canada, voir les réponses aux pétitions présentées sur le site suivant : <http://www.fptdwg.ca/francais/f-fluoruration.html>

- Bon nombre des demandes soumises relèvent de la compétence d'autres organismes dont le ministère de la Santé et des Services Sociaux, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, Santé Canada, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'American Water Works Association, le National Sanitation Foundation, l'Ordre des pharmaciens du Québec et autres ;
- Bon nombre des demandes est de nature frivole notamment pour tout ce qui touche à l'aspect des supposés homologations, des tests de toxicité, de la responsabilité et de l'éthique professionnelle, de la légalité, des listes de produits contenant des fluorures, etc.;
- Plusieurs demandes n'en sont pas réellement et sont plutôt, de toute évidence, soumises de façon à présenter un point de vue alarmiste et non-conforme aux connaissances scientifiques actuelles;
- La forme générale et la nature du document accompagnant les demandes n'ont manifestement pour objet que de tenter de désinformer et intimider le lecteur;
- Sommairement, nous sommes en présence d'inquiétudes non fondées scientifiquement, d'une parfaite méconnaissance et incompréhension des mécanismes de contrôle entourant la fluoration volontaire et sécuritaire de l'eau de consommation et des mécanismes d'action des fluorures en général;

Il m'apparaît évident que les demandes soumises sont démesurées, non pertinentes pour la plupart et basées sur de simples inquiétudes ou des jugements de valeur. Colliger les réponses à ces demandes si elles existaient ou simplement en justifier la non pertinence, exigerait de la part de tout intervenant ou organisme, un travail colossal de rédaction et de recherches que les demandeurs ne semblent pas vouloir faire eux-mêmes. D'ailleurs, ils n'ont même pas fait l'exercice d'identifier et de s'adresser aux organismes les plus susceptibles d'avoir certaines informations demandées.

Document préparé par
Christian Fortin, DMD, M.Sc.

BIBLIOGRAPHIE

- BRITISH FLUORIDATION SOCIETY. *One in a Million: The facts about water fluoridation*, [En ligne]. [www.bfsweb.org/onemillion/onemillion.htm].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Recommendations for Using Fluoride to Prevent and Control Dental Caries in the United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, [En ligne], vol. 50, n° RR-14, 2001, p. 1-42. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5014a1.htm].
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. "Ten Great Public Health Achievements – United States, 1900-1999", *Morbidity and Mortality Weekly Report: Weekly*, [En ligne], vol. 48, n° 12, 1999, p. 241-243. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00056796.htm].
- CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION. *A Systematic Review of Public Water Fluoridation*, [En ligne], University of York, 2000. [www.york.ac.uk/inst/crd/fluores.htm].
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec : résultats du sondage*, [En ligne], Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995. [collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57363].
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} juin 2011*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].
- GOVERNMENT OF IRELAND. *Forum on fluoridation, 2002*, [En ligne]. [www.dohc.ie/publications/pdf/fluoridation_forum.pdf?direct=1].
- GRUPE SCIENTIFIQUE SUR L'EAU. *Fiche Fluorures*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 2004. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/198-CartableEau/Fluorures.pdf].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Fluoration de l'eau : analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 2007. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/638-FluorationEau.pdf].
- MCDONAGH, M. S., et autres. "Systematic review of water fluoridation", *British Medical Journal*, vol. 321, n° 7265, 7 octobre 2000, p. 855-859.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, [En ligne], ministère de la

Santé et des Services sociaux, 1999.

[publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Étude sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-268.pdf].

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL. *A Systematic Review of the Efficacy and Safety of Fluoridation*, [En ligne], Australian Government, 2007. [www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/eh41syn.htm].

OFFICE OF THE SURGEON GENERAL. *Oral Health in America: A report of the Surgeon General*, [En ligne], U.S. Department of Health and Human Services, 2000. [www.surgeongeneral.gov/library/oralhealth/].

SANTÉ CANADA. *Les fluorures et la santé humaine*, [En ligne], Santé Canada, 2010. [www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/envIRON/fluor_f.html].

SANTÉ CANADA. *Observations et recommandations du groupe d'experts sur le fluorure (janvier 2007)*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/2008-fluoride-fluorure/index-fra.php].

TRUMAN, B. I., et autres. "Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 23, n° 1, supplement 1, 2002, p. 21-54.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, FDI WORLD DENTAL FEDERATION et INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR DENTAL RESEARCH. *Call to action to promote dental health by using fluoride*, [En ligne], 2006. [www.who.int/oral_health/events/oral%20healthc.pdf].

chapitre S-2.2

LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

CHAPITRE I OBJET DE LA LOI

1. La présente loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général.

2001, c. 60, a. 1.

2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

Dans la présente loi, on entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les autorités de santé publique visées par la présente loi sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (chapitre M-19.2) et les directeurs de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

2001, c. 60, a. 2; 2002, c. 38, a. 13.

3. D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée.

Elles visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu.

2001, c. 60, a. 3.

4. Certaines mesures édictées par la présente loi visent enfin à ce que soit effectuée une surveillance continue de l'état de santé de la population en général et de ses facteurs déterminants afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés.

Les dispositions de la présente loi qui concernent la surveillance continue de l'état de santé ne s'appliquent pas aux activités de recherche ou de développement des connaissances effectuées, notamment par l'Institut national de santé publique du Québec, dans le domaine de la santé ou des services sociaux.

2001, c. 60, a. 4.

5. Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en général et elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus.

2001, c. 60, a. 5.

6. La présente loi lie le gouvernement, ses ministères et les organismes mandataires de l'État.

2001, c. 60, a. 6.

SECTION II

FLUORATION DE L'EAU POTABLE

57. Tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui procède à la fluoration de l'eau qu'il distribue doit surveiller la qualité de cette fluoration de manière à ce qu'elle atteigne la concentration optimale en fluor fixée par règlement du ministre pour prévenir la carie dentaire.

2001, c. 60, a. 57.

58. Le ministre peut, par règlement, fixer des normes sur la façon de surveiller la qualité de la fluoration de l'eau potable.

2001, c. 60, a. 58.

59. Le programme national de santé publique doit inclure des actions pour inciter à la fluoration de l'eau.

2001, c. 60, a. 59.

60. Le ministre peut, dans la mesure qu'il estime appropriée, verser une subvention à tout propriétaire d'une station de traitement de l'eau potable qui lui en fait la demande, afin de couvrir les coûts d'achat, d'aménagement, d'installation ou de réparation d'un appareil de fluoration, de même que le coût du fluorure utilisé.

Il peut assujettir l'octroi de cette subvention aux conditions qu'il estime appropriées.

2001, c. 60, a. 60.

Bienvenue
dans notre
Québec sans
fluor

2012 Hôpital de Montréal pour Enfants

- ▣ Plus de 110 enfants traités sous anesthésie générale
- ▣ Plus de 250 enfants sur la liste d'attente
- ▣ Plus de 250 enfants redirigés vers des cliniques privées d'anesthésie générale
- ▣ Plus de 400 urgences par année pour cause de caries dentaires

Une image vaut mille mots

Les photos suivantes ont été prises par les dentistes de la clinique dentaire de l'Hôpital de Montréal pour Enfants. Elles pourraient choquer certaines personnes sensibles.

Enfant de 20 mois



Enfant de 2 ans



Enfant de 3 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 12 mois



Enfant de 3 ans intubé pour l'anesthésie générale



Enfant de 4 ans



Enfant de 9 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 3 ans



Ado de 15 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 2 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 4 ans



Enfant de 3 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans



Enfant de 5 ans





\$\$\$\$\$\$\$\$

Anesthésie générale?

Visites aux urgences?

Jours de travail manqués pour les familles?

Lequel d'entre vous se
lèvera pour défendre
ceux qui n'ont pas la
parole aujourd'hui...
comme les enfants, les
personnes malades ou en
perte d'autonomie?

Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action

Anne Rowan-Legg; Société canadienne de pédiatrie
Comité de la pédiatrie communautaire
Paediatr Child Health 18(1):44-50

Résumé

La santé buccodentaire est un élément fondamental de la santé globale. Tous les enfants et les adolescents devraient avoir accès à des soins dentaires préventifs et thérapeutiques. Les enfants canadiens continuent de présenter un taux élevé de maladie dentaire, et ce fardeau est représenté de manière disproportionnée chez les enfants provenant de familles défavorisées, de communautés autochtones ou de familles de nouveaux arrivants. Au Canada, la proportion du financement gouvernemental affectée aux soins dentaires est à la baisse. Cette pression financière touche surtout les familles à faible revenu, qui sont également moins susceptibles de disposer d'une assurance dentaire. Les régimes d'assurance dentaire financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux à l'intention des enfants canadiens sont limités et offrent une protection très variable. Selon des données probantes solides, les visites préventives chez le dentiste améliorent la santé buccodentaire et réduisent les frais subséquents, et selon de bonnes données probantes, la fluorothérapie réduit le taux de caries dentaires, particulièrement dans les populations à haut risque. Les pédiatres et les médecins de famille contribuent énormément à déterminer quels enfants sont très vulnérables à une maladie dentaire et à prôner des soins dentaires plus complets et plus universels pour les enfants.

Mots-clés : *Aboriginal communities; Early childhood caries; Fluoride; Immigrants; Oral health; Prevention; Public health policy; Social determinants*

La santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé globale des enfants. Le présent document de principes contient une évaluation de la situation actuelle sur le plan de la santé buccodentaire en pédiatrie au Canada, y compris les éléments suivants :

- Le fondement structurel et économique du système de prestation de soins dentaires au Canada
- Les écarts actuels en matière d'accès aux soins buccodentaires
- Les secteurs où la défense de la santé buccodentaire des enfants s'impose le plus

Le présent document de principes, qui se veut un appel à l'action, fournit des orientations et des stratégies pour élaborer une politique publique en santé buccodentaire plus complète et plus accessible pour les enfants et adolescents canadiens.

Historique

La santé dentaire peut avoir des répercussions sur les dimensions fonctionnelles, psychologiques et sociales du bien-être de l'enfant. La douleur buccodentaire a des effets dévastateurs sur les enfants, y compris la perte de sommeil, le retard de croissance, les troubles du comportement et les retards d'apprentissage.^{[1][4]} Les processus de communication, de socialisation et d'estime de soi, essentiels sur le plan du développement, sont également touchés par une mauvaise santé buccodentaire.^[1] Les troubles dentaires s'associent à une diminution importante de l'assiduité scolaire et des jours de travail des parents.^{[4][5]} Des données probantes récentes relient les maladies buccodentaires à d'autres problèmes de santé, tels qu'un faible poids à la naissance,^{[6][8]} une naissance prématurée^[6] et une carence en fer.^[9]

La carie dentaire chez les enfants est un problème de santé publique important. D'après les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis, la carie dentaire est la principale maladie infantile chronique, cinq fois plus courante que l'asthme chez les enfants de cinq à 17 ans.^[10] L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2010

signale que 57 % des enfants canadiens de six à 11 ans ont eu des caries, pour une moyenne de 2,5 dents atteintes.^[11] Le taux de caries augmente chez les enfants de deux à quatre ans.^[12]

La carie de la petite enfance (CaPE) se définit comme la présence d'au moins une dent primaire cariée, absente (à cause de caries) ou obturée chez un enfant d'âge préscolaire.^[13] Dans les régions urbaines du Canada, la prévalence de CaPE oscille entre 6 % et 8 % chez les enfants d'âge préscolaire,^[1] mais dans certaines communautés autochtones défavorisées, la prévalence de caries dépasse les 90 %.^[14] Les formes avancées de CaPE exigent souvent des interventions importantes de restauration sous anesthésie générale. Dans la plupart des hôpitaux pédiatriques canadiens, c'est la principale intervention chirurgicale à être exécutée chez les enfants d'âge préscolaire.^[15]

En 2000, les États-Unis ont admis leur propre crise en santé buccodentaire dans un rapport historique du *Surgeon General*.^[10] Depuis, les soins buccodentaires ont été qualifiés de besoin de santé non satisfait le plus prévalent chez les enfants des États-Unis^[16] et ont fait l'objet de nombreuses recherches et formulations de politiques. On ne s'est jamais beaucoup intéressé à la santé buccodentaire dans les débats publics au Canada,^[17] et celle-ci ne faisait pas partie du rapport final de la Commission Romanow sur *L'avenir des soins de santé au Canada* en 2002.^[18] Plusieurs mesures ont été prises sur la scène nationale depuis, soit la création du Bureau du dentiste en chef,^[19] l'élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire^[20] et la commission sur l'accès aux soins buccodentaires de l'Académie canadienne des sciences de la santé^[21], mais il reste encore beaucoup à faire.

Un aperçu du système de prestation de soins dentaires au Canada

Par le passé, les soins dentaires n'étaient pas considérés comme faisant partie intégrante des soins de santé. Ils ne sont donc pas soumis aux principes de la Loi canadienne sur la santé, soit la gestion publique, l'universalité, la transférabilité, l'accessibilité et l'intégralité.^[23] Contrairement aux services fournis par les médecins ou dispensés en milieu hospitalier, qui sont surtout financés par les gouvernements, les Canadiens sont en grande partie responsables du financement de leurs propres soins dentaires.

Les Canadiens paient leurs soins dentaires de quatre façons différentes : par une assurance par un tiers (prestations dentaires liées à l'emploi), une assurance dentaire privée, le paiement direct par les particuliers ou des programmes financés par le gouvernement (p. ex., les Services de santé non assurés [SSNA] des Premières nations ou le ministère des Anciens combattants).

Soixante-deux pour cent des Canadiens possèdent une assurance dentaire privée (personnelle ou fournie par

l'employeur), 6 % ont droit à l'assurance publique et 32 % n'ont pas d'assurance dentaire.^[11] Les familles au revenu le plus faible (les travailleurs à faible revenu) sont le groupe le plus marginalisé par le système de soins buccodentaire actuel.^{[24][27]} En effet, 50 % des Canadiens de cette tranche de revenu n'ont pas d'assurance dentaire.^[11] C'est cette population qui a le moins accès aux soins buccodentaires et qui ploie sous le plus grand fardeau de maladies non traitées.^[26]

La plupart des programmes de santé dentaire en pédiatrie offerts par le secteur public au Canada ne comprennent que les traitements d'urgence ou de base et ne couvrent que des soins limités pour les prestataires d'aide sociale ou les enfants de familles à faible revenu. L'étendue de ces programmes diffère considérablement entre les provinces et les territoires pour ce qui est du type de services couverts, des limites d'âge et de la fréquence des visites dentaires (tableau 1).^[28]

Au Canada, les services dentaires publics ont tendance à faire appel à une échelle de remboursement moins élevée que les prestations privées (p. ex., de 50 % à 60 % des taux contenus dans le guide des honoraires de l'*Ontario Dental Association*). Une étude américaine a révélé qu'en raison des écarts entre les taux de remboursement public et privé, les dentistes n'acceptent peut-être pas tous aussi facilement les patients qui proviennent du secteur public.^[29]

Les tendances économiques des soins buccodentaires au Canada

Les problèmes de santé buccodentaire sont l'une des maladies les plus coûteuses au Canada. Ils se comparent au cancer et aux maladies cardiovasculaires en matière de coûts, mais leur financement public est exagérément faible.^[1] Parmi les pays faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Canada arrive en avant-dernière place pour ce qui est du financement public des soins buccodentaires.^[30] Les soins buccodentaires financés par le gouvernement s'élèvent actuellement au maigre pourcentage de 4,9 % des dépenses dentaires totales,^[31] un fléchissement de 7,7 % par rapport à 1995 et un recul par rapport au pic de 20 % du début des années 1980.^[32] Les soins buccodentaires financés par les fonds publics oscillent entre 1,5 % en Ontario et 77 % au Nunavut.^[33] Les dépenses du gouvernement canadien en matière de traitements dentaires *per capita* sont passées de 11,00 \$ en 1975 à seulement 19,54 \$ en 2010, tandis que les dépenses du secteur privé ont presque triplé pendant la même période (de 135 \$ à 379 \$ *per capita*).^[34]

Dans les familles à faible revenu, la part du budget affectée aux soins buccodentaires augmente régulièrement depuis les années 1980, ce qui reflète la diminution généralisée du financement gouvernemental des soins buccodentaires et le coût croissant des traitements. D'après cette tendance, les familles canadiennes à faible revenu éprouvent encore plus

de difficultés qu'auparavant à accéder aux soins buccodentaires.^[32]

Cependant, malgré les investissements publics à la baisse, les Canadiens sont attachés à l'idée de soins buccodentaires financés par le gouvernement, et ils la soutiennent.^[35]

Les soins de santé préventifs en pédiatrie : les données probantes

La CaPE est une maladie chronique multifactorielle influencée par des facteurs biomédicaux (régime alimentaire, bactéries, hôtes) et par les déterminants sociaux de la santé. Des pratiques alimentaires inadéquates auprès des nourrissons (p. ex., alimentation prolongée et fréquente au biberon et consommation excessive de jus) sont un facteur important de formation de CaPE. Le processus carieux peut être contrôlé grâce à la mise en œuvre de mesures communautaires, professionnelles et individuelles, telles que la promotion d'une bonne alimentation, l'amélioration du régime alimentaire, la fluoruration de l'eau, l'utilisation accrue de fluor topique et de scellants dentaires par les dispensateurs de soins de première ligne et l'utilisation de dentifrice fluoré.^[36]

La fluoruration de l'eau est une réalisation à la fois importante et rentable de la santé publique, et c'est la mesure la plus efficace pour prévenir la carie.^[36] Pourtant, seulement 45,1 % des réserves d'eau des collectivités du Canada sont fluorées. De plus, 76 % de la population de l'Ontario ont accès à de l'eau fluorée, par rapport à seulement 1,5 % de celle de Terre-Neuve-et-Labrador.^[37]

Des données probantes irréfutables démontrent que l'utilisation de fluor topique réduit le taux de caries chez les enfants,^{[38][40]} y compris une récente analyse Cochrane sur le vernis fluoré.^[38] D'après des lignes directrices probantes, il est recommandé d'appliquer du vernis protecteur tous les six mois aux populations à haut risque, y compris les enfants des Premières nations.^[39] Il est également démontré que l'utilisation régulière de rince-bouche fluoré réduit la carie dentaire chez les enfants plus âgés, quelles que soient les autres sources de fluor.^[40] L'Association dentaire canadienne appuie la fluoruration de l'eau et l'utilisation topique de fluor.^[41]

Les caries dentaires se forment selon un processus de maladie infectieuse non classique.^[13] La transmission verticale de *Streptococcus mutans* (l'organisme le plus associé à la CaPE) entre la personne qui s'occupe du nourrisson et celui-ci est bien étayée.^[42] La transmission horizontale s'observe également dans les milieux de garde.^[43] D'après certaines données probantes, la fenêtre d'infectiosité du *S. mutans* chez les enfants se produit tôt dans la petite enfance, soit entre 19 et 31 mois de vie.^[42] Puisque la modification de la flore dentaire de la personne qui s'occupe du nourrisson avant que celui-ci soit colonisé peut avoir d'importantes répercussions

sur le nombre de caries de l'enfant, l'intervention précoce et les conseils opportuns constituent d'importantes stratégies de promotion de la santé buccodentaire.^[44]

Les enfants ayant des antécédents de CaPE sont plus vulnérables à de futures caries des dents permanentes.^[45] Les enfants qui ont profité de visites dentaires préventives dès un jeune âge étaient plus susceptibles de faire appel à des services préventifs par la suite et à engager moins de frais dentaires au fil du temps.^{[46][47]}

Les disparités en matière de santé buccodentaire et d'accès aux soins buccodentaires

Une grande partie du fardeau des maladies dentaires est concentrée chez les personnes défavorisées : familles à faible revenu, enfants autochtones, nouveaux arrivants et enfants ayant des besoins particuliers. En plus de présenter un taux plus élevé de maladies dentaires, ces populations marginalisées ont souvent un accès limité, sinon inexistant, aux soins buccodentaires.^[26]

À l'instar de la santé globale, la santé buccodentaire est fortement influencée par la situation socioéconomique. Une étude canadienne a démontré que le taux de caries des enfants des familles aux revenus les plus faibles est deux fois et demie plus élevé que celui des familles aux revenus plus élevés.^[48] Une autre étude a révélé que la probabilité de recevoir des soins buccodentaires au cours d'une année augmente de manière considérable et indépendante, proportionnellement à l'assurance dentaire, au revenu familial et au niveau de scolarisation.^[49] Les Canadiens au revenu plus élevé étaient trois fois plus susceptibles de consulter un dentiste que le groupe au revenu le plus faible.^[50] Même si les prestations d'assurance réduisent cet écart, les personnes assurées des groupes à faible revenu ou au niveau de scolarisation moins élevé n'étaient pas aussi susceptibles que les personnes ayant un revenu plus élevé d'avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédente, ce qui démontre l'importance de ces déterminants sociaux de la santé sur l'accès aux soins buccodentaires.^[50]

Les travailleurs à faible revenu sont particulièrement vulnérables, car leur situation d'emploi les rend souvent non admissibles aux soins buccodentaires en vertu des programmes gouvernementaux, tandis que les emplois qu'ils exercent sont rarement assortis d'une assurance-maladie. Les travailleurs dont le revenu est restreint ont d'autres besoins, comme la nourriture, les vêtements et le logement, et peuvent considérer les visites chez le dentiste comme un luxe.^[24] Dans ce groupe, les factures dentaires peuvent même menacer la sécurité alimentaire.^[51]

Dans une étude menée en Nouvelle-Écosse, l'accès à un programme gouvernemental d'assurance dentaire universelle

n'a pas éliminé les écarts des taux de caries selon la situation socioéconomique.^[52] D'après cette observation, on ne peut réduire les écarts en matière de santé buccodentaire en se fiant seulement à l'accès universel aux soins buccodentaires. Il faut donc orienter des efforts vers la compréhension des déterminants sociaux et comportementaux plus vastes de la santé buccodentaire.

La santé buccodentaire des enfants autochtones du Canada constitue une crise de santé publique.^{[14][53]} Ces populations font face à des obstacles financiers, géographiques et socioculturels en matière de soins buccodentaires. La prévalence et le taux de caries des enfants autochtones sont beaucoup plus élevés que ceux de la population pédiatrique générale.^{[54][59]} Ainsi, les indices de dents cariées, absentes ou obturées (indice CAOD) peuvent atteindre 13,7 (indice maximal de 20) dans certains peuples des Premières nations du nord du Manitoba ^[58], où le taux de CaPE se situe entre 50 % et 97 %.^[59] Même si cet écart est plus visible chez les enfants des communautés éloignées inuites et des Premières nations, il est également évident chez les enfants autochtones des centres urbains.^[14] Les enfants des Premières nations des communautés du Grand Nord présentent un taux extraordinairement élevé d'interventions de restauration.^[60] Malheureusement, seul un enfant sur trois de moins de quatre ans ayant droit aux SSNA va chez le dentiste une fois par année,^[14] probablement en partie à cause de l'absence de spécialistes de la santé buccodentaire dans de nombreuses communautés.

Plusieurs études confirment les écarts entre les enfants néocanadiens et leurs camarades nés au Canada, tant pour ce qui est de l'état de santé buccodentaire que de l'utilisation des services dentaires.^{[61][63]} De nombreux enfants immigrants proviennent de pays sans soins buccodentaires. À leur arrivée au Canada, les immigrants se heurtent à des obstacles linguistiques et culturels, ne connaissent pas le système de santé et n'ont pas de ressources financières, ce qui nuit encore davantage à leur accès à des soins buccodentaires convenables.^[61]

La mauvaise santé buccodentaire est courante chez les enfants ayant des besoins particuliers.^[16] Au sein de cette population, l'accès aux soins buccodentaires peut être écarté en raison des coûts, de la distance d'un centre pédiatrique de soins tertiaires et de la pénurie de dentistes pédiatriques formés pour soigner les enfants ayant des besoins médicaux complexes. Les délais à accéder à des soins buccodentaires chez les enfants ayant des besoins particuliers peuvent retarder une transplantation d'organe ou de moelle osseuse ou d'autres opérations essentielles.^[26]

Les programmes de soins buccodentaires gouvernementaux destinés aux enfants et aux adolescents

Les prestations de soins buccodentaires sont de compétence provinciale et territoriale.^{[28][32]} Les enfants de familles à faible revenu (qu'elles soient sur l'aide sociale ou non) ont généralement droit à un certain soutien pour accéder aux services dentaires. Souvent, des dispositions plus ciblées de la législation portent sur les enfants ayant des incapacités et les enfants en foyer d'accueil. Les prestations prévues par les divers programmes varient énormément et ont tendance à être axées sur les soins thérapeutiques plutôt que préventifs (tableau 1). Il est à souligner que le tableau 1 ne tient pas compte des prestations aux enfants de familles sur l'aide sociale, pour lesquelles l'ensemble des provinces et des territoires prennent certaines dispositions.

L'extraction dentaire en pédiatrie

Les interventions buccodentaires liées à la CaPE sont les principales interventions que subissent les enfants d'âge préscolaire en consultations externes dans la plupart des hôpitaux pédiatriques et hôpitaux généraux du Canada.^[15] Les coûts d'hospitalisation et de transport, ainsi que les risques de l'anesthésie générale, sont importants.^[64] Malheureusement, l'apparition de nouvelles caries est courante dans les mois suivant la réparation sous anesthésie générale. De nombreux enfants ont besoin d'être opérés à répétition en raison de maladies évolutives,^[60] notamment au sein des peuples des Premières nations.^[53]

Le Bulletin de L'Alliance sur les temps d'attente (de juin 2010) contenait une compilation des temps d'attente de chirurgie pédiatrique dans 15 centres universitaires de santé pédiatrique. La dentisterie pédiatrique, notamment les interventions d'extraction dentaire, obtenait la note la plus faible (D), reflétant le fait que seulement 50 % à 59 % des patients étaient traités dans un délai médicalement acceptable.^[65]

L'affiliation à un dentiste

En 2005, l'Association dentaire canadienne a publié un document de principes dans lequel elle recommandait une évaluation dentaire des nourrissons dans les six mois suivant l'éruption de leur première dent et pas plus tard qu'à un an.^[66] Dans le document de principes de la section de la dentisterie pédiatrique de l'*American Academy of Pediatrics* rédigé en 2003, on préconise la même période pour établir une « affiliation » à des soins dentaires.^[67] Dans le Relevé postnatal Rourke, il est recommandé que la première visite chez le dentiste se produise entre l'âge de neuf et 15 mois.^[68]

Des données probantes appuient « l'affiliation » à des soins dentaires dès l'âge d'un an.^[69] On se fie à une intervention professionnelle précoce pour effectuer un examen et une

évaluation du risque et pour donner des conseils préventifs aux parents, afin de prévenir la maladie. Les interventions professionnelles entreprises plus tard (p. ex., entre trois et cinq ans) n'ont pas réussi à prévenir la colonisation bactérienne précoce de la bouche ou ses effets cariogéniques.^[69]

Malgré la position de l'Association dentaire canadienne sur la première visite chez le dentiste, l'effet de cette recommandation est limité chez les dentistes,^[70] et bien des enfants canadiens continuent de se passer d'évaluation dentaire jusqu'à ce qu'ils soient beaucoup plus âgés.^[13]

TABLEAU 1
Programmes de soins dentaires pour enfants financés par les provinces et les territoires

Province ou territoire	Programme	Admissibilité	Services garantis
Colombie-Britannique	<i>Healthy Kids</i>	Enfants et adolescents de 0 à 19 ans de familles à faible revenu qui reçoivent une aide pour les cotisations au régime des services médicaux	– 1 400 \$ pour 2 ans de services dentaires de base – 1 000 \$ par année pour les frais d'anesthésie générale (hôpital ou établissement privé) – Traitement d'urgence pour soulager la douleur (au-delà de la limite de 1 400 \$) – Pas de traitements orthodontiques
	Programme de prestations dentaires pour enfants et adolescents en foyer d'accueil	Enfants et adolescents en foyer d'accueil, prestations pouvant atteindre 700 \$ par année	– Soins de base, d'urgence et d'orthodontie
Alberta	Prestation pour la santé des enfants de l'Alberta	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans provenant de familles à faible revenu	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
	Soutien des familles pour les enfants ayant une incapacité	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans ayant une incapacité	Traitement dentaire de base, certains soins orthodontiques (liés directement à l'incapacité de l'enfant et approuvés par un comité de révision des soins dentaires) – Couvre une partie des frais dépassant la protection d'assurance dentaire du tuteur OU, si le tuteur ne possède pas d'assurance dentaire, des coûts supérieurs à 250 \$ par année
	Familles d'accueil	Enfants et adolescents de 0 à 18 ans en foyer d'accueil	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
	Revenu assuré pour les personnes gravement handicapées	Enfants de parents ayant une incapacité et qui sont incapables de travailler	Protection de base : examens dentaires, nettoyage, rayons X, obturations et extractions
Saskatchewan	Prestations de santé familiale	Enfants de 0 à 18 ans de familles à faible revenu	Protection de base
	Prestations supplémentaires en santé	Enfants en foyer d'accueil	Services diagnostiques et préventifs, restauration, chirurgie buccodentaire
	Clinique dentaire des services de santé publique (Régie régionale de la santé de Saskatoon)	Enfants de 0 à 16 ans dont la protection dentaire est limitée ou inexistante	Services préventifs et thérapeutiques

Manitoba	Programme de soins dentaires pour enfants	Enfants de moins de 18 ans qui ont une incapacité ou qui sont des pupilles de l'État, prestations pouvant atteindre 500 \$ par année	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire
	Programme SMILE plus (Office régional de la santé de Winnipeg)	Enfants à risque de la région de Winnipeg	Protection de base : prévention ou thérapie
	Partenariat intersectoriel <i>Sourire en santé, enfant heureux</i>	Nourrissons et enfants d'âge préscolaire à risque ainsi que leur famille	Promotion de la santé buccodentaire à l'aide d'approches de développement communautaire
	Programme de gratuité de la première visite (Association dentaire du Manitoba)	Enfants de moins de 36 mois	Dépistage précoce des problèmes dentaires
Ontario	<i>Beaux sourires</i>	Enfants et adolescents de moins de 18 ans si le revenu net de leur famille est inférieur à 20 000 \$ par année – Aucun accès à d'autres soins buccodentaires	Protection de base : prévention ou thérapie
	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (Régime de soins dentaires spéciaux)	Enfants et adolescents à charge (moins de 18 ans) qui vivent avec un parent ayant une incapacité	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire – Anesthésie générale et sédation
	Aide à l'égard d'enfants qui ont un handicap grave	Enfants et adolescents de moins de 18 ans habitant dans leur famille, laquelle est à faible revenu – L'enfant doit avoir une grave incapacité	Protection de base : diagnostic, prévention, restauration, services endodontiques, périodontiques, prosthodontiques ou chirurgie buccodentaire
	Programme de soins dentaires pour enfants (PSDE)	– Enfants et adolescents de moins de 18 ans ayant besoin des soins buccodentaires urgents ou essentiels – Parents sans assurance dentaire OU – Le coût du traitement entraînerait des difficultés financières (sans vérification du revenu)	– Diagnostic, prévention, restauration, services prosthodontiques ou endodontiques, chirurgies buccodentaires et services connexes tels que l'anesthésie générale et la sédation consciente – Prestation unique, pas de soins continus
Québec	Régie de l'assurance maladie du Québec : Services dentaires pour les enfants	Tous les enfants de moins de 10 ans	Protection de base : diagnostic, restauration, chirurgie buccodentaire – N'inclut ni le nettoyage ni l'application de fluor
		Enfants de familles à faible revenu	Protection de base : diagnostic, restauration, chirurgie buccodentaire – Plus de 12 ans : nettoyage annuel – 12 à 15 ans : application annuelle de fluor

Nouveau-Brunswick	Soins dentaires pour les familles à faible revenu	Enfants de moins de 18 ans de familles à faible revenu	Examen, diagnostic de base, extractions et certains traitements préventifs – Jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année
Nouvelle-Écosse	Programme de santé buccodentaire pour les enfants du Régime d'assurance médicale	Enfants de moins de 10 ans – Les familles doivent d'abord recourir à leurs prestations privées	Services diagnostiques (examen dentaire), préventifs (une application de scellants) et thérapeutiques (obturations, application de fluor dans certains cas,) – Anesthésie générale incluse en milieu hospitalier seulement
	Programme pour les personnes ayant une déficience intellectuelle	Enfants ayant une incapacité (pas de limite d'âge) – Les familles doivent d'abord recourir à leurs prestations privées	Services diagnostiques, préventifs et thérapeutiques – Anesthésie générale incluse en milieu hospitalier seulement
Île-du-Prince-Édouard	Programmes de soins dentaires pour enfants (thérapeutiques)	Enfants de 3 à 17 ans – Frais d'inscription annuels de 15 \$ par enfant, jusqu'à concurrence de 35 \$ par famille (suspendus pour les familles à faible revenu) – Les parents paient 20 % du coût du traitement, à moins que leur revenu annuel soit inférieur à 30 000 \$ par année	Protection de base : diagnostic et thérapie
	Programmes de soins dentaires pour enfants (préventifs)	Tous les enfants d'âge scolaire de 3 à 17 ans	Formation en santé buccodentaire, dépistage, détartrage, fluor topique, scellants
	Programme de services dentaires pédiatriques spécialisés	Enfants ayant des besoins médicaux et financiers – Frais d'inscription annuels de 15 \$ par enfant	Services diagnostiques et thérapeutiques et certains services préventifs
	Clinique de services d'orthodontie préventifs	Enfants de familles à faible revenu	Services orthodontiques préventifs mineurs
	Programme de soins dentaires pour la petite enfance	Bébés de 15 et 18 mois aux cliniques de vaccination de santé publique	Dépistage, évaluation du risque par des hygiénistes dentaires
Terre-Neuve-et-Labrador	Programme de soins dentaires pour enfants	– Tous les enfants de 0 à 12 ans – Les familles doivent d'abord utiliser leurs prestations privées – Adolescents de 13 à 17 ans de familles à faible revenu ou prestataires de l'aide sociale	Élément lié aux enfants : services diagnostiques, préventifs, périodontiques, de restauration (c.-à-d., examens, nettoyages, obturations, application de fluor, extractions, scellant) Élément lié à l'aide sociale : examens, obturations, extractions et traitements d'urgence
Nunavut et Territoires du Nord-Ouest	Services de santé non assurés	Indiens inscrits des Premières nations et Inuits	Services d'urgence, diagnostiques, de restauration, endodontiques, périodontiques, prosthodontiques, de chirurgie buccodentaire et orthodontiques
Territoire du Yukon	Programmes de soins dentaires pour enfants (Santé et services sociaux du Yukon)	Deux programmes :	– Services préventifs, de restauration, périodontiques et de chirurgie buccodentaire – Services d'urgence (accidents) non inclus dans le régime des enfants d'âge scolaire

		– Enfants d'âge préscolaire – Tous les enfants d'âge scolaire, de la maternelle à la 8^e année (ou la 12^e année), selon le lieu de résidence	
--	--	--	--

La formation sur la santé buccodentaire aux dispensateurs de soins de première ligne

Puisqu'à l'ordinaire, les enfants rencontrent un médecin de famille ou un pédiatre avant d'aller chez le dentiste pour la première fois, les dispensateurs de soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé buccodentaire chez les enfants.^[22] Ils doivent connaître la cariologie dentaire et la prévention, être en mesure de dépister les enfants à haut risque de maladie dentaire et donner des conseils préventifs aux familles. Souvent, ils doivent également affronter les complications systémiques des caries dentaires non traitées.

La plupart des pédiatres interrogés croient avoir un rôle important à jouer à l'égard des problèmes de santé buccodentaire des enfants.^{[71][72]} Cependant, l'absence d'information et de connaissances à jour et la difficulté qu'éprouvent les pédiatres à aiguiller les patients vers des soins dentaires professionnels sont souvent citées comme des obstacles à leur efficacité.^[65] Un récent sondage canadien a permis d'établir que près du quart des pédiatres et des médecins de famille affirmaient n'avoir reçu aucune formation en santé buccodentaire à la faculté de médecine ou en résidence. Ainsi, 79 % des pédiatres et 89 % des médecins de famille déclaraient avoir reçu moins de trois heures de formation sur le sujet pendant cette période de leurs études. Ces deux groupes de praticiens répondaient plutôt mal à des questions sur les connaissances de la CaPE.^[72]

Il existe des documents de principes sur les interventions préventives et les conseils préventifs en santé buccodentaire conçus pour aider les dispensateurs de soins de première ligne.^{[22][36][73]}

La collecte et la surveillance de données pédiatriques

Il est essentiel se doter de politiques et pratiques probantes pour dispenser des soins buccodentaires de qualité. Il est capital de disposer de données probantes pour appuyer des interventions et traitements particuliers. Au Canada, les systèmes publics d'information sur les soins buccodentaires sont peu développés. Ils assurent une surveillance minimale des maladies et une évaluation minimale des programmes.^[32] Une stratégie de collecte et d'analyse des données sur la santé buccodentaire pédiatrique s'impose dans l'ensemble du système pour comprendre toute l'ampleur de ce problème de santé publique et pour mesurer l'efficacité des interventions

actuelles et futures. De plus, il n'existe pas de données sur les effectifs (p. ex., le nombre, le type et la répartition des dispensateurs).^{[20][32]}

Les nouvelles initiatives

Depuis dix ans, plusieurs initiatives positives ont visé à améliorer la santé buccodentaire au Canada. Le Bureau du dentiste en chef a été créé en octobre 2004 afin de fournir des compétences et de donner des conseils sur les politiques.^[19] Il n'existe pas de poste de leadership comparable pour représenter les besoins buccodentaires des enfants et des adolescents sur la scène fédérale.

Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire a préparé la Stratégie canadienne de santé buccodentaire (SCSB) en 2004, après des consultations auprès des professionnels de la santé, d'organisations connexes et de représentants ministériels. Cette stratégie visait à établir des buts et stratégies de promotion de la santé buccodentaire, d'accès aux soins buccodentaires et de surveillance de ces soins. La SCSB a établi des objectifs pour 2010 qui incluaient l'ensemble des provinces et territoires disposant d'un programme de santé buccodentaire auprès des enfants de familles à faible revenu et offrant des programmes scolaires de prévention axés sur la santé buccodentaire.^[20] Depuis, la plupart des territoires de compétence ont pris des dispositions pour les enfants de familles à faible revenu, mais les prestations assurées par ces programmes varient.

L'Académie canadienne des sciences de la santé, une association qui donne des conseils d'experts dans les disciplines liées aux sciences de la santé, a commandé une étude pour améliorer l'accès des Canadiens aux soins de santé buccodentaire.^[21]

L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, lancée en 2004, a été élaborée par Santé Canada pour combler l'écart entre les enfants des Premières nations qui habitent dans les réserves ou les enfants inuits et la population générale canadienne.^[74]

La formulation de politiques

Les soins buccodentaires, tout comme les soins de santé, sont un service essentiel, et tous les paliers du gouvernement doivent s'engager à dispenser des soins buccodentaires de qualité à chaque jeune Canadien. Les pédiatres sont en position idéale pour prôner des programmes et services visant

à réduire les disparités et à promouvoir une meilleure santé buccodentaire.

Les cinq secteurs pour lesquels la formulation de politiques est la plus pressante s'établissent comme suit :

1. S'assurer d'un leadership en matière d'élaboration de politiques de santé buccodentaire pédiatrique sur les scènes provinciales, territoriales et fédérale.
2. S'assurer de la prestation de services buccodentaires en vertu des principes de la Loi canadienne sur la santé, en s'attardant sur les populations marginalisées.
3. Compiler (et tenir à jour) des données sur l'état de santé buccodentaire des enfants et des adolescents.
4. Élargir les programmes et politiques buccodentaires conformément aux pratiques probantes.
5. S'assurer d'une évaluation convenable des programmes existants.

Recommandations

Puisque la santé buccodentaire en pédiatrie est un élément fondamental de la santé globale, les services et programmes de soins buccodentaires devraient être soumis aux mêmes normes d'accessibilité, d'universalité et d'intégralité que les autres responsabilités établies en vertu de la Loi canadienne sur la santé. C'est pourquoi la Société canadienne de pédiatrie recommande que les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral prennent les mesures suivantes :

- S'assurer que tous les enfants de leur territoire de compétence respectif profitent du même accès aux soins buccodentaires thérapeutiques et préventifs de base, quel que soit leur lieu de résidence ou la situation socioéconomique de leur famille.
- S'assurer qu'à un an, tous les enfants soient affiliés à un dentiste afin de recevoir des soins buccodentaires. (Catégorie B)
- Soutenir les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association dentaire canadienne en matière de suppléments de fluorure. (Catégorie A)
- Créer des postes de leadership pour représenter les intérêts particuliers des enfants et des adolescents à l'égard des enjeux liés à la santé buccodentaire.
- Mettre au point un système de surveillance continu pour saisir les données clés et refléter l'état de la santé buccodentaire en pédiatrie.
- Prioriser les recherches sur les pratiques dentaires pédiatriques probantes et les effets à long terme des déterminants sociaux sur la santé buccodentaire.

Les catégories de recommandation se fondent sur le Groupe d'étude Canadien sur les soins de santé préventifs (www.canadiantaskforce.ca).

La SCP recommande également les mesures suivantes :

- Donner aux dispensateurs de soins pour enfants un enseignement et une formation continue convenables en santé buccodentaire, faisant ressortir l'évaluation du risque précoce et la dispensation de conseils préventifs.
- Élaborer une approche multidisciplinaire des soins de santé buccodentaire en pédiatrie, à laquelle participent les médecins, les dentistes, les hygiénistes, les infirmières et les écoles.

Remerciements

La section de la santé buccodentaire en pédiatrie de la Société canadienne de pédiatrie a révisé le présent document de principes, qui est approuvé par l'Académie canadienne de dentisterie pédiatrique. Nous tenons également à remercier la docteure Jeanne-Nicole Faille, qui a révisé la version française.

Références

1. Locker D, Matear D; Community Health Services Research Unit, Faculty of Dentistry, University of Toronto. Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life: A summary of recent research evidence. 2000. www.utoronto.ca/dentistry/facultyresearch/dri/cdhsru/health_measurement/7.202020%20No%2017.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
2. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent* 1999;21(6):325-6.
3. Ayhan H, Suskan E, Yildirim S. The effect of nursing or rampant caries on height, body weight and head circumference. *J Clin Pediatr Dent* 1996;20(3):209-12.
4. 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.
5. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992;82(12):1663-8.
6. Zachariasen RD, Dennison DK. Periodontal disease and preterm low birth weight deliveries. *J Gt Houst Dent Soc* 1998;70(4):16-9.
7. Offenbacher S, Katz V, Fertik G et coll. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67(10 Suppl):1103-13.
8. Dasanayake AP. Poor periodontal health of the pregnant woman as a risk factor for low birth weight. *Ann Periodontol* 1998;3(1):206-12.
9. Clarke M, Locker D, Berall G, Pencharz P, Kenny DJ, Judd P. Malnourishment in a population of young children with severe early childhood caries. *Pediatr Dent* 2006;28(3):254-9.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the Surgeon General. Rockville (MD): National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000. www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr (consulté le 26 novembre 2012)

11. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. Sommaire du rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009. www.fptdwg.ca/assets/PDF/CHMS/CHMS-Fsumm.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
12. Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G et coll. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *National Center for Health Statistics. Vital Health Stat* 11(248). 2007. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_248.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
13. Association dentaire canadienne. Report on early childhood caries, avril 2010. www.jcda.ca/uploads/pdf/ccsa/ECC-Report-FINALApril2010_for-jcda-website.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
14. Schroth RJ, Harrison RL, Moffatt ME. Oral health of indigenous children and the influence of early childhood caries on childhood health and well-being. *Pediatr Clin N Am* 2009;56(6):1481-99.
15. Schroth RJ, Morey B. Providing timely dental treatment for young children under general anesthesia is a government priority. *J Can Dent Assoc* 2007;73(3):241-3.
16. Newacheck PW, McManus M, Fox HB, Hung YY, Halfon N. Access to health care for children with special health care needs. *Pediatrics* 2000;105(4):760-6.
17. Birch S, Anderson R. Financing and delivering oral health care: What can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc* 2005;71(4):243a-243d.
18. Romanow RJ; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada - Rapport final. 2002. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf> (consulté le 26 novembre 2012)
19. Santé Canada. Bureau du dentiste en chef. www.hc-sc.gc.ca/ahcasc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/index-fra.php (consulté le 21 juin 2012)
20. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. La stratégie canadienne de la santé buccale 2005-10. www.fptdwg.ca/francais/f-cohs.html (consulté le 26 novembre 2012)
21. Académie canadienne des sciences de la santé. Prospectus en vue d'une importante évaluation sur la façon d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des Canadiens. Mars 2008. www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2011/09/CAHS_OralHealth_f.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
22. American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry and Oral Health. Preventive oral health intervention for pediatricians. *Pediatrics* 2008;122(6):1387-94.
23. Ministère de la Justice du Canada. Loi canadienne sur la santé (L.R.C., 1985, ch. C-6). <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/TexteComple.html> (consulté le 26 novembre 2012)
24. 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.
25. Leake JL. Why do we need an oral health care policy in Canada? *J Can Dent Assoc* 2006;72(4):317.
26. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000;284(20):2625-31.
27. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Acad Pediatr* 2009;9(6):415-9.
28. Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. www.fptdwg.ca/francais/f-access.html (consulté le 26 novembre 2012)
29. Bisgaier J, Cutts DB, Edelstein BL, Rhodes KV. Disparities in child access to emergency care for acute oral injury. *Pediatrics* 2011;127(6):e1428-35.
30. 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.
31. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010. https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
32. Quiñonez C, Locker D, Sherret L, Grootendorst P, Azarpazhooh A, Figueiredo R. An environmental scan of provincial/territorial dental public health programs. Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto. Retrieved Feb 26, 2010: www.fptdwg.ca/assets/pdf/environmental_scan.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
33. Institut canadien d'information sur la santé, octobre 2010. Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2010. https://secure.cihi.ca/free_products/nhex_trends_report_2011_fr.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
34. Centre canadien des politiques alternatives, Ottawa, avril 2011. Putting our money where our mouth is: The future of dental care in Canada. www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2011/04/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
35. Quiñonez CR, Locker D. Canadian opinions on publicly financed dental care. *Can J Public Health* 2007;98(6):495-9.
36. Bader JD, Rozier RG, Lohr KN, Frame PS. Physicians' roles in preventing dental caries in preschool children: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2004;26(4):315-25.
37. Rabb-Waytowich D. Water fluoridation in Canada: Past and present. *J Can Dent Assoc* 2009;75(6):451-4.
38. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, Issue 3. Art. no CD002279.
39. Azarpazhooh A, Main PA. Fluoride varnish in the prevention of dental caries in children and adolescents: A systematic review. *J Can Dent Assoc* 2008; 74(1):73-9.
40. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (3):CD002284.
41. Association dentaire canadienne. Position de l'ADC sur L'utilisation des fluorures dans la prévention des caries, révisé en avril 2010. www.cda-adc.ca/_files/

- position_statements/Fluoride-French-2010-06-08.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
42. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Pediatr Clin North Am* 2000;47(5):1043-66, vi.
 43. Mattos-Graner RO, Li Y, Caufield PW, Duncan M, Smith DJ. Genotypic diversity of mutans streptococci in Brazilian nursery children suggests horizontal transmission. *J Clin Microbiol* 2001; 39(6):2313-6.
 44. Köhler B, Andréen I, Jonsson B. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and *lactobacilli* in their children. *Arch Oral Biol* 1984;29(11): 879-83.
 45. Peretz B, Ram D, Azo E, Efrat Y. Preschool caries as an indicator of future caries: A longitudinal study. *Pediatr Dent* 2003;25(2):114-8.
 46. 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.
 47. Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC, Quiñonez RB. Effectiveness of preventive dental treatments by physicians for young Medicaid enrollees. *Pediatrics* 2011;127(3):e682-9.
 48. Brodeur JM, Payette M, Bedos C. Association des variables socioéconomiques avec l'intensité de la carie dentaire chez les écoliers québécois de deuxième et sixième année en 1989-90. *Can J Public Health* 1998;89(4):274-9.
 49. 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.
 50. Millar W, Locker D. Dental insurance and the use of dental services. *Health Rep* 1999;11(1):55-67.
 51. Snow P, McNally ME. Examining the implications of dental treatment costs for low-income families. *J Can Dent Assoc* 2010;76:a28.
 52. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001;132(3):295-303.
 53. Irvine D, Holve S, Krol D, Schroth R; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis; American Academy of Pediatrics, comité de la santé des enfants autochtones américains. La carie de la petite enfance dans les communautés autochtones. *Paediatr Child Health* 2011;16(6):358-64. www.cps.ca/fr/documents/position/sante-buccodentaire-autochtones (consulté le 11 décembre 2012)
 54. Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old First Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *J Can Dent Assoc* 2004;70(6):382.
 55. Schroth RJ, Smith PJ, Whalen JC, Lekic C, Moffatt ME. Prevalence of caries among preschool-aged children in a northern Manitoba community. *J Can Dent Assoc* 2005;71(1):27.
 56. Lawrence HP, Leake JL. The U.S. Surgeon General's report on oral health in America: A Canadian perspective. *J Can Dent Assoc* 2001;67(10):587.
 57. Leake JL, Main PA. The distribution of dental conditions and care in Ontario. *Ont Dent* 1996;73(6):18-22.
 58. Schroth RJ, Moore P, Brothwell DJ. Prevalence of early childhood caries in 4 Manitoba communities. *J Can Dent Assoc* 2005;71(8):567.
 59. Santé Canada. Rapport de L'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008 - 2009 : www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_oral-bucco/index-fra.php (consulté le 26 novembre 2012)
 60. Schroth RJ, Smith WF. A review of repeat general anesthesia for pediatric dental surgery in Alberta, Canada. *Pediatr Dent* 2007;29(6):480-7.
 61. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(3): 177-81.
 62. Lee AJ. A comparison of the dental health of Toronto's ethnic groups. *Can J Community Dent* 1987;2(2):8-12.
 63. Abramson A, Heimann MD. A comparison of dental disease between Windsor Essex County children and recent immigrant children. *Can J Community Dent* 1997;12(1): 22-5.
 64. Milnes AR, Rubin CW, Karpa M, Tate R. A retrospective analysis of the costs associated with the treatment of nursing caries in a remote Canadian aboriginal preschool population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21(5): 253-60.
 65. L'heure est encore à la vigilance : bulletin sur les temps d'attente au Canada. Juin 2010. www.waittimealliance.ca/media/2010reportcard/WT2010-reportcard_f.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
 66. Canadian Dental Association. Position on First Visit to the Dentist, February 2005. www.cda-adc.ca/_files/position_statements/first_visit.pdf (consulté le 26 novembre 2012)
 67. Hale KJ; American Academy of Pediatrics, Section on Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. *Pediatrics* 2003;111(5 Pt 1):1113-16.
 68. Nowak AJ. Rationale for the timing of the first oral evaluation. *Pediatr Dent* 1997;19(1):8-11.
 69. Stijacic T, Schroth RJ, Lawrence HP. Are Manitoba dentists aware of the recommendation for a first visit to the dentist by age 1 year? *J Can Dent Assoc* 2008;74(10):903.
 70. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J. Update on well-baby and well-child care from 0 to 5 years: What's new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician* 2010;56(12):1285-90.
 71. Lewis CW, Grossman DC, Domoto PK, Deyo RA. The role of the pediatrician in the oral health of children: A national survey. *Pediatrics* 2000;106(6):E84.
 72. Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatr Child Health* 2006;11(3):151-7.
 73. American Academy of Pediatrics, Bright Futures Steering Committee. Promoting oral health. In: Hagain J, Shaw J, Duncan P, ds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*. 3e éd. Elk Grove Village, IL: AAP; 2008, 155-68.

74. Santé Canada. Initiative en santé buccodentaire des enfants 2004. www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php#cohiisbde (consulté le 26 novembre 2012)
75. Godel J; Société canadienne de pédiatrie, comité de nutrition. Le recours au fluor chez les nourrissons et les enfants. *Paediatr Child Health* 2002;7(8):579-82 www.cps.ca/fr/documents/position/recours-au-fluor (consulté le 26 novembre 2012)

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE DE LA SCP

Membres : Carl Cummings MD (président); Sarah Gander MD; Barbara Grueger MD; Larry B Pancer MD; Anne Rowan-Legg MD; Ellen P Wood MD (représentante du conseil)

Représentante : Ruth B Grimes MB, section de la pédiatrie communautaire de la SCP

Auteure principale : Anne Rowan-Legg MD