



**MÉMOIRE DE
L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC
PRÉSENTÉ AU COMMISSAIRE À LA
SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE**

**CONCERNANT LA COUVERTURE PUBLIQUE DES
SERVICES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX**

29 JANVIER 2016

**Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec
concernant la couverture des services en santé et en services sociaux**

Ordre des dentistes du Québec

800, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 1640
Montréal (Québec) H3B 1X9

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

Télécopieur : 514 875-9248

Courriel : dirgen@odq.qc.ca

Site Web : www.odq.qc.ca

Direction générale

Ordre des dentistes du Québec

29 janvier 2016

**Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec
concernant la couverture des services en santé et en services sociaux**

TABLE DES MATIÈRES

L'Ordre des dentistes du Québec	1
La santé globale	2
La santé buccodentaire	3
Une division inacceptable	5
Le droit à la santé et aux soins de santé	6
La fluoration	7
La carie dentaire et le panier de services	8
Les coûts sociaux	9
Un appel à l'action	10
Conclusion	12

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC

L'Ordre des dentistes du Québec, l'organisme qui est chargé d'assurer la protection du public, salue l'initiative du Commissaire à la santé et au bien-être et lui soumet ses commentaires concernant la couverture publique des services en santé et en services sociaux. Partageant son souci d'assurer une meilleure santé aux citoyens, l'Ordre lui fait part de son avis sur les mesures à considérer pour améliorer les conditions actuelles.

La raison d'être de l'Ordre des dentistes du Québec 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.

L'Ordre des dentistes du Québec compte plus de 5 000 dentistes qui pratiquent la médecine dentaire partout au Québec. Il s'agit de généralistes et de spécialistes qui œuvrent dans l'une des dix disciplines reconnues.

Le dentiste est le docteur qui veille sur la bouche (maboucheensante.com). Il travaille notamment en collaboration avec les médecins, les hygiénistes dentaires, les techniciens dentaires, les denturologistes et les assistantes dentaires.

La médecine dentaire inclut tous les actes qui ont pour objet de diagnostiquer ou de traiter toute déficience des dents, de la bouche, des maxillaires ou des tissus avoisinants chez l'être humain. Le dentiste, dans l'exercice de sa profession, est habilité à prescrire des médicaments, des radiographies et divers tests diagnostiques.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

LA SANTÉ GLOBALE

En matière de services de santé, la principale préoccupation des gestionnaires est de s'assurer que les services dont ils ont la commande sont disponibles à la population sans distinction. En raison de l'accroissement constant de la demande, les services intégrés au système de santé actuel doivent être adaptés aux nouvelles exigences en vertu des moyens pourvus par l'État.

Ceux qui ne relèvent pas entièrement de ce système devront apporter les modifications requises, cette fois, à la portée de leurs propres ressources. Cette situation est celle qui prévaut actuellement dans le domaine de la santé dentaire et elle comporte des inconvénients dont les conséquences affectent l'ensemble de la population, et plus particulièrement les enfants et les personnes âgées.

Quand on fait un relevé de la santé dentaire par tranches d'âge, on note que son état se détériore graduellement avec le nombre croissant des années dans les différents sous-groupes.

Trop longtemps marginalisée par rapport aux autres secteurs de la santé, la santé dentaire a acquis une plus grande importance depuis que les recherches ont mis en évidence son rôle dans la cause et le développement de nombreuses maladies.

L'accumulation de bactéries dans la plaque dentaire ou dans des foyers de parodontose et la pénétration qui s'ensuit dans la circulation sanguine peuvent causer des infections dont les conséquences extrabuccales sont des plus graves, comme les maladies cardiovasculaires et pulmonaires.

Des cas de pneumonie ont été rapportés dans des établissements de soins prolongés où les conditions buccales ont été mises en cause avec les dysphagies auxquelles elles s'associent. On a de plus confirmé que le diabète aggrave les conditions parodontales. Les personnes âgées, surtout si elles ont abusé du tabac et de l'alcool, sont exposées au cancer bucco-pharyngien. Des problèmes de dénutrition sont reliés à des conditions de mastication défectueuses, en raison de dents insuffisantes en nombre pour en assurer l'efficacité ainsi qu'à des prothèses mal ajustées qui causent de l'inconfort ou même de la douleur, au point d'entraver le choix et la quantité d'aliments pour couvrir les besoins.

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

Les progrès en matière de santé buccodentaire au Québec sont dus aux efforts liés à la prévention et au dépistage, mais également aux avancées de la science et de la technologie qui ont permis de meilleurs diagnostics et des plans de traitement performants. La couverture des soins par l'État (pour les enfants quant à certains actes) et par les régimes d'assurance privés, la scolarisation accrue, l'adoption plus répandue de saines habitudes d'hygiène dentaire et la fluoration de l'eau (dans les municipalités qui ont choisi de le faire) sont autant d'éléments qui ont contribué à une meilleure santé buccodentaire. Il reste cependant beaucoup à accomplir.

En effet, malgré les progrès notés, force est de constater que 50 % de la population ne fréquente pas les cabinets dentaires. Les raisons sont multiples, mais l'éducation relative à l'importance de la santé buccodentaire, la peur du dentiste et le coût des soins constituent des obstacles majeurs. On observe un état de santé buccodentaire plus pauvre chez certains groupes, dont les clientèles âgées, en perte d'autonomie ou non, celles atteintes d'une incapacité physique ou mentale et les travailleurs à faible revenu.

Au Québec, l'accès aux soins buccodentaires pour ces groupes de personnes est très limité. Le manque de ressources, le coût des soins dentaires, le manque de financement et d'infrastructures ainsi que des ressources financières limitées sont autant d'obstacles à l'accessibilité.

Des liens ont été établis entre la santé buccodentaire et la santé globale, et prendre en compte la première peut certainement avoir un impact positif et significatif sur la seconde. La littérature scientifique établit que plusieurs problèmes de santé sont liés à une santé buccodentaire déficiente, dont certaines maladies cardiovasculaires, des maladies pulmonaires, des bactériémies, des infections et un diabète non contrôlé. Plusieurs conditions, comme la dénutrition, les troubles du sommeil et une faible estime de soi, en découlent.

Il est évident que le faible niveau de couverture des soins de la cavité buccale par le régime universel de santé a des répercussions importantes sur la santé des individus qui devraient bénéficier de ce panier de services. Quand les traitements ne sont pas effectués lorsque requis, on ne peut s'attendre qu'à une escalade des dommages, qui peuvent être énormes, tant pour les individus touchés que pour le système de santé qui aura en fin de compte à en assumer la responsabilité.

Il est impérieux que des mesures soient prises pour contrer les dommages causés par la carie, reconnue comme une des maladies les plus répandues, ce qui est une réalité dans notre société.

**Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec
concernant la couverture des services en santé et en services sociaux**

À défaut d'assurer une couverture universelle, de tous les soins pour tous les âges, il serait à tout le moins indiqué que le programme de soins dentaires soit remis à son état initial, soit la couverture jusqu'à l'âge de 16 ans, ou que les soins de la carie fassent partie en toute légitimité du panier de services médicaux et, par conséquent, qu'ils soient couverts intégralement par le régime public.

Qui plus est, des procédures de soins préventifs devaient être ajoutées au panier de services assurés fournis en cabinet privé, tels que les traitements de l'émail dentaire à l'aide des composés fluorés et la pose de scellants. Ces techniques offrent des possibilités immenses de réduction de la carie si elles sont effectuées dans des conditions optimales.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

UNE DIVISION INACCEPTABLE

La formule qui est utilisée pour diviser les soins de santé entre ceux qui relèvent du domaine de la médecine et ceux qui relèvent du domaine de la dentisterie cause des situations tout à fait inacceptables au strict point de vue humain. Un nombre important de procédures qui devraient être prises en charge par le régime public ne le sont pas à cause de leur définition, ceci même si elles s'inscrivent dans une logique médicale.

À cet égard, il est difficile de concevoir que le régime d'assurance maladie ne couvrirait pas, par exemple, les interventions buccodentaires requises en fonction des traitements d'oncologie. Le sort des malades ne doit pas être lié à un guide d'interprétation et de distribution des actes et des services professionnels. Si les professions sont délimitées en vertu des actes, les maladies ne le sont pas. Le régime public doit réévaluer ses politiques de couverture pour considérer le malade comme une entité et lui assurer les soins essentiels à sa guérison.

L'État devrait appliquer ce concept de globalité dans les soins des personnes dont il assume la responsabilité. Ceci est notamment le cas des personnes qui résident dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Sans surprise, les personnes hébergées dans ces centres ont un dossier médical complet, mais pas de dossier dentaire. Encore une fois, la bouche ne fait pas partie de leur organisme. Les répercussions de cette approche peuvent être dramatiques.

L'Ordre croit que le processus d'admission dans un CHSLD devrait comprendre un diagnostic buccodentaire et un plan de soins. Une telle mesure permettrait de faire le point sur la condition de la clientèle visée. Cette évaluation est d'autant plus importante que, pour la plupart de ces personnes, ce nouveau milieu de vie sera leur dernier.

Un plan de soins doit donc être établi dès l'admission. Bien que l'état relatif de détérioration de la bouche ne puisse être imputable à l'hébergement, il faut néanmoins chercher à maintenir ou à rétablir la santé dentaire des résidents. Cette procédure serait un moyen de passer en mode prévention en matière de santé buccodentaire. Elle permettrait aussi une prise de conscience de tous les intervenants quant à l'importance de la santé buccodentaire et à la mise en œuvre d'un programme de maintien susceptible de produire des résultats probants à court et à long terme.

La clientèle des CHSLD ne devrait pas être laissée pour compte quand il s'agit de soins buccodentaires essentiels, et ces soins devraient être couverts par le régime public. Des professionnels de toutes disciplines sont très impliqués auprès de cette clientèle. Les soins dentaires, tant préventifs que curatifs, ne peuvent, en toute logique, être négligés en vertu des politiques administratives de la RAMQ.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

LE DROIT À LA SANTÉ ET AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès aux soins de santé buccodentaire est un droit, au même titre que l'accès aux soins qui concernent les autres parties du corps. D'un point de vue éthique et social, on ne peut plus se permettre d'ignorer son importance.

Les dentistes sont des professionnels de première ligne formés pour diagnostiquer des maladies dont certaines peuvent être graves, telles que le cancer de la bouche. Leur expertise et leurs services doivent faire partie du panier de services en santé. Enfin, toute initiative de santé globale doit comprendre la santé dentaire.

Cependant, aucun de ces efforts ne sera vraiment porteur sans une volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux et des élus de faire de la santé buccodentaire un enjeu de santé globale.

L'Ordre propose de retourner à la case départ en ce qui a trait aux droits des patients et des citoyens en général et d'entreprendre une démarche qui ne pourra être que profitable, tant aux personnes visées qu'aux instances impliquées, dont la responsabilité est très grande.

Il est nécessaire de rappeler que la bouche est l'entrée de tout le système nourricier de l'organisme. Elle a une importance aussi grande que l'œsophage et l'estomac. Or, une bouche non fonctionnelle ne peut assurer une saine alimentation.

La seule chose qui est incontestable est que la maladie de la bouche est inévitable sans soins de base et que la santé physique en sera affectée sérieusement. La carie et les maladies du parodonte sont au stade épidémique et constituent même une cause de mortalité chez les clientèles vulnérables.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

LA FLUORATION

Dans le contexte de la présente consultation, nous ne pouvons passer sous silence l'absence d'une politique claire en matière de fluoration de l'eau de consommation.

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 parodontales : 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 fluorure à l'eau de consommation est un premier pas élémentaire dans une démarche qui se veut crédible.

L'Ordre des dentistes n'a pas de mots assez forts pour dénoncer cette situation intolérable qui fait qu'on doit encore débattre en 2016 de la preuve scientifique et plaider devant les autorités gouvernementales les droits des citoyens à une meilleure santé dentaire, et pour rappeler que le Québec a reconnu l'importance de la fluoration dans sa propre loi de santé publique.

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 des traitements requis par les suites d'une mauvaise condition buccodentaire ainsi que l'absentéisme et autres phénomènes associés aux maladies systémiques.

La question de la fluoration n'est plus un débat de société. Nous partageons ensemble et maintenant la responsabilité de placer le Québec au diapason de 2016 et pour cela, il faut adopter des mesures qui profiteront à tous, tant à la population actuelle qu'aux 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.

**Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec
concernant la couverture des services en santé et en services sociaux**

LA CARIE DENTAIRE ET LE PANIER DE SERVICES

De tout temps, les Québécois ont souffert de carie dentaire, probablement plus que de toute 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 matière de couverture des soins de santé dentaire. 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, ou à tout le moins tenter de réduire le besoin de soins et limiter les effets néfastes de la carie.

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 de l'absorption, que les dents sont essentielles à cette fonction, qu'il est évidemment contre-indiqué que les aliments soient incomplètement broyés et 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 et des oreilles, qu'elle a une communication directe avec le système respiratoire et qu'une infection présente en bouche peut être ainsi transmise aux poumons.

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, telles que la malnutrition, la fatigue, l'absentéisme et la perte d'estime de soi.

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

Il est possible de faire en sorte que les générations futures atteindront l'âge de 30 ans avec une dentition saine, et ce, sans égard aux conditions de vie qui auront défini leur enfance et leur adolescence, qu'elles auront eu moins de caries, de restaurations, de couronnes, de traitements de canal et d'extractions, et ne seront pas la clientèle du marché lucratif des prothèses et des implants dentaires.

UN APPEL À L'ACTION

L'Ordre des dentistes estime opportun de terminer cette présentation en citant un document percutant produit par la Société canadienne de pédiatrie, un regroupement qui ne pourra certainement pas être taxé de conflits d'intérêts. Les médecins spécialistes en pédiatrie de l'ensemble du Canada ont eux-mêmes lancé un cri d'alarme qui devrait accompagner toute réflexion touchant les programmes de santé. (Annexe 1)

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. Les troubles dentaires s'associent à une diminution importante de l'assiduité scolaire et des jours de travail des parents. Des données probantes récentes relient les maladies buccodentaires à d'autres problèmes de santé, tels qu'un faible poids à la naissance, une naissance prématurée et une carence en fer.

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.

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. 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. Les Canadiens au revenu plus élevé étaient trois fois plus susceptibles de consulter un dentiste que le groupe au revenu le plus faible.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

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.

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. Dans ce groupe, les factures dentaires peuvent même menacer la sécurité alimentaire.

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.

Mémoire de l'Ordre des dentistes du Québec concernant la couverture des services en santé et en services sociaux

CONCLUSION

L'Ordre des dentistes se veut le partenaire de toute initiative qui aura pour effet d'améliorer la santé de la population, de donner aux enfants toutes les chances d'avoir et de maintenir une bonne santé buccodentaire et de permettre aux aînés d'en profiter jusqu'à la fin. À cet égard, l'Ordre demande au Commissaire à la santé et au bien-être de continuer l'effort de sensibilisation auprès des instances.

Plus précisément, nous recommandons les mesures suivantes :

- Bonifier le programme de soins dentaires ou, à tout le moins, le ramener à son point de départ, soit la couverture jusqu'à l'âge de 16 ans.
- Inclure les soins de la carie au panier de services médicaux couverts par le régime public.
- Inclure des procédures de soins préventifs au panier de services assurés fournis en cabinet privé, tels que les traitements de l'émail dentaire à l'aide des composés fluorés et la pose de scellants.
- Intégrer un diagnostic et un plan de soins buccodentaires au processus d'admission des personnes hébergées dans un CHSLD.
- Adopter une politique claire en matière de fluoration de l'eau de consommation.

Notre système de santé aura fait un grand pas en avant quand la santé buccodentaire sera enfin considérée comme faisant partie intégrante de la santé globale. L'impact de la présente démarche du Commissaire à la santé et au bien-être pourra sans doute être bénéfique à tous les égards.

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 néo-canadiens 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	<ul style="list-style-type: none"> – 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

		<ul style="list-style-type: none"> – 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.%20%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. Zachariassen 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-FINALApril-2010_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, Caulfield 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/fnih-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/WTA2010-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)

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

COMITÉ DE LA PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE DE LA SCP