

# ***Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire***

Groupe de travail  
fédéral-provincial-territorial  
des directeurs de santé dentaire

*Le groupe de travail, composé de directeurs de santé dentaire et de dentistes-conseils fédéraux, provinciaux et territoriaux, convient que la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire est un document fort utile que les personnes et les organismes peuvent utiliser à leur guise pour élaborer leurs propres stratégies de santé bucco-dentaire.*

La réunion du groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire à Montréal, en août 2005

## Table des matières

Résumé.....	4
Introduction.....	7
En quoi consiste la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire? .....	8
Ce que la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire n'est pas! .....	9
Amélioration de la santé bucco-dentaire – Comment s'y prendre? .....	9
Comment savoir que la santé bucco-dentaire s'améliore grâce à la Stratégie? .....	10
Disparités quant aux maladies bucco-dentaires et à l'accès aux soins .....	11
Le lien entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général.....	11
Thèmes de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire .....	11
1. Promotion de la santé bucco-dentaire et sensibilisation publique à cette question .....	13
Stratégies visant à améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation à cette question.....	17
2. Santé bucco-dentaire, maladies et déficiences bucco-dentaires .....	19
État de santé bucco-dentaire et sa signification .....	19
Carie dentaire .....	20
Évaluation de la carie dentaire.....	21
Maladies parodontales .....	21
Cancer de la bouche .....	22
Blessures buccales et dentaires .....	23
Anomalies de développement acquises .....	23
Fluorose dentaire.....	23
Stratégies visant à améliorer la santé bucco-dentaire et à réduire ou traiter les maladies et les déficiences bucco-dentaires .....	25
3. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les obstacles.....	28
Obstacles géographiques.....	28
Obstacles financiers .....	29
Obstacles socio-culturels .....	29
Obstacles législatifs .....	29
Programmes publics.....	30
Stratégies pour améliorer l'accès aux soins.....	31
4. Contrôle, surveillance et recherche.....	35
Contrôler les progrès vers l'atteinte des buts de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire .....	35
Surveillance des données sur la santé bucco-dentaire .....	35
Recherche sur la santé bucco-dentaire.....	37
Stratégies pour l'amélioration du contrôle, de la surveillance et de la recherche.....	38
5. Ressources humaines .....	40
Stratégies pour le développement des ressources humaines.....	42
Conclusion .....	44
Annexes.....	45
Annexe 1 - Liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général .....	46
Annexe 2 - Buts, objectifs, points de référence et état actuel.....	51
Annexe 3 – Comparaison entre les visites chez le dentiste et les visites chez le médecin – par niveau de revenu.....	60

Annexe 4 – Processus d’élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire .....	61
Bibliographie et ressources .....	64

## Résumé

La première Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire (SCSBD) a été élaborée dans le cadre d'un vaste processus de consultation auquel ont participé des organisations et professionnels de la santé bucco-dentaire, de même que les gouvernements. La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire vise à examiner les questions de santé bucco-dentaire et à déterminer les problèmes à ce chapitre, à fixer des buts et des objectifs mesurables à atteindre d'ici 2010, et à recommander des méthodes en vue de faciliter l'atteinte de ces buts et objectifs.

Bien que l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens ait été évalué de manière sporadique dans le passé, il est connu que l'état de santé bucco-dentaire global s'est amélioré sensiblement au cours des trois dernières décennies. Ces améliorations ont principalement été observées chez les Canadiens à revenu moyen et élevé, qui présentent généralement des taux de maladie plus faibles et ont plus facilement accès aux soins. En dépit de cette amélioration globale, entre le quart et le tiers des Canadiens présentent des taux plus élevés de maladies bucco-dentaires et ont un accès limité, voire inexistant, à des services professionnels.

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire vise à améliorer la santé bucco-dentaire globale des Canadiens, principalement en déterminant les inégalités dans le système, les disparités dans l'état de santé et les obstacles à une santé bucco-dentaire optimale, puis en s'attaquant à ces derniers par le biais d'une approche systématique et mesurable.

Les problèmes mis en évidence dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire comprennent les suivants :

- Les taux de maladie sont plus élevés dans certains segments de la population : les Canadiens à faible revenu, les citoyens autochtones, les nouveaux immigrants, les personnes âgées et les personnes handicapées.
- Il y a un manque de leadership au sein du gouvernement fédéral, de même que dans certains territoires et certaines provinces, en matière de planification et de mise en œuvre de programmes et de mesures d'évaluation de la santé bucco-dentaire.
- Peu d'efforts sont faits pour promouvoir la santé bucco-dentaire et/ou intégrer la santé bucco-dentaire à d'autres services ou activités de promotion de la santé.
- Les citoyens et les gouvernements ne sont guère conscients des liens entre la santé bucco-dentaire et la santé générale.
- Il n'existe aucune approche normalisée et uniforme pour l'évaluation de la santé bucco-dentaire.
- Un pourcentage élevé de la population canadienne a un accès limité, voire inexistant, à des services de santé bucco-dentaire.
- Il est difficile d'attirer des professionnels de la santé bucco-dentaire dans des carrières en recherche, en enseignement et en santé publique et dans des secteurs offrant des services aux personnes âgées et aux enfants et adultes handicapés.

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire décrit les problèmes et les obstacles à l'atteinte et au maintien d'un état de santé optimal, fixe des objectifs à atteindre d'ici 2010 concernant la santé

bucco-dentaire et établit un ensemble de mesures normalisées visant à surveiller l'état de santé bucco-dentaire et les effets des programmes dans ce domaine. Elle recommande en outre des méthodes que les organisations et les professionnels de la santé bucco-dentaire, les régies régionales de la santé et les divers paliers de gouvernement peuvent utiliser pour améliorer la santé bucco-dentaire des citoyens canadiens.

La *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire* vise à :

1. Intensifier la promotion de la santé bucco-dentaire axée sur les déterminants de la santé et sensibiliser la population à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et au lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale.
2. Améliorer la santé bucco-dentaire globale des Canadiens.
3. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire.
4. Établir une méthode normalisée de contrôle et de surveillance de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays et veiller à ce que la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire soit suffisamment appuyée.
5. Assurer le recrutement, la répartition et la formation appropriés des professionnels de la santé bucco-dentaire.

La *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire* comprend cinq thèmes principaux, correspondant aux objectifs susmentionnés. Chacun des thèmes est élaboré distinctement et comprend des renseignements de base, des buts et des objectifs de santé bucco-dentaire mesurables, de même que des méthodes visant à améliorer la santé. Les buts et les objectifs de santé bucco-dentaire sont une combinaison de buts axés sur les résultats en matière de santé et de buts axés sur le processus.

Plusieurs stratégies sont recommandées pour améliorer la santé bucco-dentaire. Au Canada, les soins de santé sont de compétence provinciale et territoriale, mais un grand nombre de stratégies peuvent être appliquées indépendamment du lieu géographique. Les responsabilités en matière de santé incombent aux individus eux-mêmes, aidés des divers paliers de gouvernement, des organisations et des praticiens intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire, des établissements d'enseignement, des chercheurs, des employeurs, des organismes communautaires et d'autres autorités responsables de la santé. Tous ces groupes peuvent choisir, dans la liste des stratégies, celles qui leur conviennent et les mettre en œuvre en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire.

Les mesures préconisées dans la *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire* comprennent l'exercice d'un meilleur leadership par les gouvernements; l'intégration des activités de promotion, de prévention et de traitement axées sur la santé bucco-dentaire à d'autres aspects des soins de santé; la normalisation des méthodes de surveillance de l'état de santé bucco-dentaire et des progrès réalisés par rapport aux objectifs de la SCSBD, l'examen et la prise en compte de différentes modalités de prestation des services pour répondre aux besoins des personnes qui n'ont pas facilement accès aux soins; l'élaboration d'un plan stratégique de ressources humaines; et l'augmentation du financement de la recherche en santé bucco-dentaire.

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire est le point de départ plutôt que la dernière étape du processus d'amélioration de la santé bucco-dentaire. Il y a beaucoup de travail à abattre, par exemple élaborer des processus de surveillance normalisés, établir un lieu central pour le catalogage et l'entreposage des données d'enquête, établir un processus pour déterminer et souligner les « pratiques exemplaires », et prendre les mesures décrites. Il faut commencer dès 2008 à élaborer la prochaine Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire afin qu'elle puisse entrer en vigueur en 2010.

Pour obtenir plus de renseignements sur la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire, communiquer avec les personnes suivantes :

D<sup>r</sup> Ron Kelly, président du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire (Ronald\_Kelly@hc-sc.gc.ca)

D<sup>r</sup> Barry Maze, coordonnateur, Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire (info@fptdwg.ca)

# Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire

## Introduction

Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire (FPTDSD)<sup>1</sup> a joué un rôle de leader dans l'établissement d'une *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire (SCSBD)*. Il est important que la *Stratégie* appartienne à tous les intervenants et à tous les Canadiens; c'est pourquoi le plan global prévoit un mécanisme conçu expressément à cette fin. Le Groupe de travail FPTDSD a préparé une série d'ébauches de documents à communiquer aux intervenants concernés, notamment le groupe de travail lui-même, un large éventail d'organisations et de professionnels de la santé bucco-dentaire, et un groupe de référence de consultants canadiens en santé bucco-dentaire.

Les buts et les objectifs traduisent les besoins des Canadiens dans le domaine de la santé bucco-dentaire tels qu'ils étaient en 2004, et traitent des moyens à prendre pour y répondre. La *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire* vise à :

1. Améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire en tenant compte des déterminants de la santé et sensibiliser la population à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et au lien entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général.
2. Améliorer l'état de santé bucco-dentaire global des Canadiens.
3. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire.
4. Établir une méthode normalisée de contrôle et de surveillance de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays, et veiller à ce que la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire soit suffisamment appuyée.
5. Assurer le recrutement, la répartition et la formation appropriés de professionnels de la santé bucco-dentaire.

La santé bucco-dentaire est une composante très importante de l'état de santé général. Un mauvais état de santé bucco-dentaire a des répercussions négatives sur la croissance, le développement et l'apprentissage chez les enfants, l'alimentation, la communication, l'estime de soi et divers aspects de l'état de santé général. Il représente en outre un fardeau économique important, les dépenses connexes dépassant celles associées à la plupart des autres problèmes de santé. Les régimes d'assurance-maladie n'assurant qu'une gamme restreinte de soins de santé bucco-dentaire, les coûts sont principalement assumés par les personnes ou par les régimes d'assurance privés. Au Canada, il y a des disparités dans le domaine de la santé bucco-dentaire, les personnes à faible revenu présentant des taux de maladie plus élevés et ayant un accès plus limité aux soins, ou n'y ayant carrément pas accès. À l'échelle de la population, pour pouvoir évaluer correctement les besoins, surveiller les résultats, réduire les écarts, améliorer l'accès aux soins et, en bout de ligne, améliorer la santé bucco-dentaire, il faut adopter une approche de planification stratégique.

La *Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire* vise à améliorer les connaissances et les pratiques individuelles et communautaires dans le domaine de la santé bucco-dentaire en fournissant aux Canadiens les connaissances, les compétences et les ressources dont ils ont besoin pour rehausser les efforts au chapitre de la santé bucco-dentaire dans leur collectivité. Elle souligne en outre l'importance d'une approche axée sur l'« amélioration de l'accès » aux soins, en particulier pour les enfants et les jeunes, les familles à faible revenu, les Autochtones, les immigrants et les réfugiés, les personnes handicapées et les personnes âgées. La stratégie complète d'autres initiatives des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, notamment les suivantes :

- Prestation nationale pour enfants – Programmes conjoints des gouvernements FPT
- Stratégie de renouvellement de la santé et Développement du jeune enfant – Programmes conjoints des gouvernements FPT
- Initiatives provinciales-territoriales sur le diabète
- Plan d'action national pour les enfants
- Programme d'action communautaire pour les enfants

- Programme canadien de nutrition prénatale
- Rassembler nos forces : le plan d'action du Canada pour les questions autochtones et les programmes semblables ou complémentaires mis en œuvre dans les provinces et les territoires
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones

Les mesures prévues dans la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire sont une série de mesures qui peuvent être promues et prises par les organisations ou les professionnels de la santé bucco-dentaire, les gouvernements, les régions sanitaires, les facultés de médecine dentaire ou les personnes elles-mêmes; la SCSBD a été élaborée en fonction de tous ces intervenants.

Le Canada est l'un des rares pays industrialisés occidentaux qui n'avait pas encore de stratégie de santé bucco-dentaire. Depuis un bon moment déjà, la plupart des pays européens mesurent les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre de stratégies nationales, et les États-Unis ont récemment lancé un appel à l'action (le National Call for Action) qui, combiné au programme Healthy People 2010, constitue une stratégie de santé bucco-dentaire.

Dans la description de son Programme mondial de santé bucco-dentaire<sup>2</sup>, l'Organisation mondiale de la santé dit ce qui suit :

[TRADUCTION]

« Le Programme de santé bucco-dentaire insiste continuellement sur :

- la collecte de données épidémiologiques pour l'évaluation des systèmes de santé bucco-dentaire et la surveillance en regard des normes établies par l'OMS, et la diffusion des résultats des analyses de données;
- la nécessité de planifier des programmes de santé bucco-dentaire assortis d'objectifs mesurables dans le cadre de plans nationaux. [...] »

Cette position est un appui de plus en faveur d'une planification stratégique pour la prestation de services de santé bucco-dentaire.

## **En quoi consiste la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire?**

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire, élaborée dans le cadre d'un processus de planification stratégique, vise à examiner l'état de santé bucco-dentaire actuel des Canadiens, à établir des buts à atteindre d'ici à une date donnée, et à recommander les mesures à prendre pour atteindre ces buts. En particulier, elle fournit des données de référence sur l'état de santé bucco-dentaire aujourd'hui; elle prévoit des buts et des objectifs mesurables précis en matière de santé bucco-dentaire, à atteindre d'ici 2010, y compris des moyens en vue de surveiller les progrès réalisés vers l'atteinte de ces buts et objectifs; et elle comprend des recommandations précises que les provinces, les territoires, les régions sanitaires, les organisations dentaires, les professionnels de la santé bucco-dentaire et les individus peuvent retenir et mettre en œuvre.

Au Canada, les soins de santé sont essentiellement de compétence provinciale et territoriale. Les provinces et les territoires peuvent utiliser la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire pour aider à évaluer les besoins des collectivités en santé bucco-dentaire et guider l'élaboration de programmes. La reddition de comptes sera intégrée à la prestation des services de santé bucco-dentaire, en ce sens qu'un mécanisme permettra de vérifier les résultats sur le plan de la santé et de mesurer l'efficacité des programmes.

La SCSBD examine l'ensemble de la société et fait des recommandations quant aux mesures qui peuvent être prises pour permettre à tous de jouir des bienfaits d'une bonne santé bucco-dentaire. En raison des écarts dans l'état de santé et les maladies bucco-dentaires, un grand nombre de stratégies, bien qu'elles s'appliquent à tous les Canadiens, doivent cibler les personnes ayant le plus besoin de soins.

Les buts et les objectifs établis dans le cadre de cette première SCSBD sont fondés sur les données disponibles, de même que sur des hypothèses raisonnables. Ils sont atteignables; même si, dans le cas de certains segments de la population, ils auront déjà été atteints, ils constituent une cible « réaliste » à atteindre.

Les buts s'inspirent de la définition suivante donnée à la santé bucco-dentaire par L'Association dentaire canadienne<sup>3</sup> :

*« La santé bucco-dentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil bucco-dentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne. »*

Les indicateurs/objectifs fixés pour les buts sont une combinaison d'auto-évaluations subjectives de la santé bucco-dentaire, de mesures cliniques visant à évaluer l'état de santé bucco-dentaire des individus et de mesures du système visant à évaluer la prestation des services.

### **Ce que la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire n'est pas!**

Au fur et à mesure que les soins de santé continueront d'évoluer au Canada, dans la foulée des recommandations de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada<sup>4</sup> (la Commission Romanow - 2002), la SCSBD facilitera l'intégration de la promotion de la santé bucco-dentaire aux autres services de santé. Il est à espérer que les gouvernements fédéral et provinciaux mettront progressivement en œuvre les programmes communautaires de santé bucco-dentaire proposés dans la SCSBD. Des changements seront effectués par choix et non par obligation.

La SCSBD n'établit pas de politique, mais elle propose plutôt des mesures et des moyens que les gouvernements ou les organisations dentaires peuvent prendre pour améliorer la santé des Canadiens. Il s'agit d'encourager les gouvernements à se pencher sur les problèmes de santé bucco-dentaire mis en évidence dans le cadre de la SCSBD et à les traiter selon une approche méthodique.

La SCSBD ne prévoit aucun changement concernant les principaux fournisseurs de soins bucco-dentaires – les cliniques dentaires privées fonctionnant selon la rémunération à l'acte. Cependant, elle recommande une augmentation du nombre de types différents de fournisseurs de soins bucco-dentaires pour compléter la prestation des soins fournis par les cliniques privées afin de

répondre aux besoins qui ne sont pas satisfaits actuellement.

Bien que la SCSBD traite un grand nombre d'aspects de la santé bucco-dentaire qui ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils pourraient mériter, elle ne s'attarde pas dans le détail aux différents problèmes ou troubles. Elle s'intéresse plutôt au portrait global, soit le vaste éventail des thèmes qui englobent la plupart des problèmes ou des questions touchant la majorité des personnes. La SCSBD n'est pas un manuel des maladies bucco-dentaires et de leur traitement.

La SCSBD n'est pas une Enquête canadienne sur la santé bucco-dentaire. Bien sûr, il serait intéressant de mener périodiquement une étude épidémiologique nationale sur la santé bucco-dentaire, mais il n'appartient pas à la SCSBD de le faire. La SCSBD recommande plutôt l'élaboration de méthodes d'enquête communes qui permettront aux provinces ou aux régions qui souhaitent mener des enquêtes, dans l'avenir, de mesurer les mêmes éléments et de la même manière, de façon que les résultats puissent être comparés à ceux d'autres régions ou à l'échelle du pays.

### **Amélioration de la santé bucco-dentaire – Comment s'y prendre?**

Comme pour tous les autres aspects, la santé bucco-dentaire des citoyens dépend de nombreux facteurs différents. Les personnes elles-mêmes peuvent apporter des changements dans leur mode de vie pour améliorer leur santé, les professionnels de la santé bucco-dentaire peuvent lancer des initiatives dans ce domaine, et les régions sanitaires ou les gouvernements peuvent administrer des politiques ou des programmes pertinents. La responsabilité de la santé bucco-dentaire incombe principalement aux individus, aidés des organisations et des professionnels de la santé bucco-dentaire, des gouvernements, des employeurs, des collectivités et d'autres autorités responsables de la santé. Les mesures qui peuvent être utilisées par chacun de ces groupes d'intervenants seront décrites plus loin.

La santé bucco-dentaire dépend des mêmes déterminants de la santé que les autres aspects de la santé générale. La santé bucco-dentaire peut donc être améliorée si les grands déterminants de la santé comme le revenu et le statut social, l'instruction, le réseau de soutien social, les services de santé et

l'emploi peuvent être améliorés. Bien que les professionnels de la santé bucco-dentaire travaillant en cabinet privé n'aient qu'une influence limitée sur les grands déterminants de la santé, il faut être conscient que la santé bucco-dentaire, comme tous les aspects de la santé, ne dépend pas que d'une seule profession et nécessite une approche plus intégrée. Les professionnels de la santé, notamment les infirmières en santé publique, les médecins et les travailleurs sociaux, voient généralement les individus plus tôt ou plus souvent que les dentistes ou les hygiénistes dentaires. Par conséquent, une approche à volets multiples pourrait permettre de joindre un plus grand nombre de personnes et se révéler plus efficace que l'approche indépendante, classique.

Depuis trop longtemps, la santé bucco-dentaire est considérée comme distincte de la santé générale. Il est temps de prendre conscience que les maladies de la bouche sont associées aux mêmes facteurs de risque que les maladies touchant d'autres parties du corps, qu'elles ont des causes semblables et que les traitements se ressemblent. Des activités efficaces de promotion de la santé, qui tiennent compte des déterminants de la santé, des facteurs de risque et des causes de la maladie en général, aideront à améliorer la santé bucco-dentaire de la même manière qu'elles peuvent améliorer d'autres aspects de la santé.

Les personnes peuvent améliorer leur santé bucco-dentaire lorsqu'elles comprennent mieux les mesures à prendre pour prévenir la maladie et lorsqu'elles peuvent prendre ces mesures et avoir accès à des services professionnels de diagnostic, de prévention et de soins. De plus, des aides et des services communautaires (par exemple la fluoruration de l'approvisionnement en eau) et la manière dont les services de santé sont organisés, intégrés et fournis peuvent avoir une incidence majeure sur l'efficacité du système de santé.

### **Comment savoir que la santé bucco-dentaire s'améliore grâce à la Stratégie?**

Afin de justifier les dépenses au titre des services de santé, on doit pouvoir démontrer qu'elles sont nécessaires et qu'elles permettent effectivement d'améliorer les résultats pour la santé des clients. Il est essentiel de défendre les programmes et les services dont on peut rendre compte aux gouvernements et à l'ensemble de la population en

démontrant les retombées des dépenses engagées à ce chapitre. En d'autres mots, les différents aspects de la santé bucco-dentaire doivent être transformés en indicateurs de santé mesurables et significatifs et faire l'objet d'une surveillance permanente.

Une partie de la mission de la SCSBD est de souligner l'importance d'un système normalisé de mesure et de surveillance des résultats au chapitre de la santé. Étant donné qu'au départ, aucune donnée épidémiologique n'est recueillie à l'échelle nationale dans le cadre d'un système normalisé global, il faut déterminer toutes les données disponibles recueillies par le biais des enquêtes qui ont été menées ces dernières années dans les régions, les provinces et les districts de santé et créer une base de données centrale où ces données seraient accessibles aux décideurs et aux organisations dentaires. Ce travail est fait en partie en collaboration avec l'unité de recherche des services communautaires de soins bucco-dentaires de l'Université de Toronto. Ces données seront utilisées, dans la mesure du possible, pour élaborer la première série de buts mesurables en matière de santé bucco-dentaire. On est toutefois conscient que durant la première étape d'établissement des buts, il faudra extrapoler certaines données à partir des données et de l'expérience d'autres pays. L'un des premiers objectifs sera d'établir une base de données qui facilitera les mises à jour futures de la SCSBD. Au fur et à mesure que les données d'enquête régionales ou locales deviendront accessibles, les futures stratégies canadiennes de santé bucco-dentaire pourront être mieux ciblées que la première.

En plus d'avoir en main des données initiales, il sera des plus utile à l'avenir d'employer les mêmes mesures pour les indicateurs de la santé bucco-dentaire. Par exemple, il faudrait évaluer les taux de carie dentaire en utilisant les mêmes indicateurs et les mêmes cohortes d'âge de façon qu'on puisse comparer les résultats entre les régions, ainsi qu'à la moyenne nationale.

La SCSBD déterminera les indicateurs à employer dans l'avenir et recommandera d'établir en collaboration des lignes directrices que les régions sanitaires, les gouvernements ou les organisations dentaires pourront utiliser pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire dans le cadre des enquêtes.

## **Disparités quant aux maladies bucco-dentaires et à l'accès aux soins**

À l'instar d'un grand nombre de maladies, les maladies bucco-dentaires telles que la carie dentaire, les parodontopathies et le cancer de la bouche sont plus courantes chez les personnes ayant un faible statut socio-économique<sup>5</sup>. Non seulement les groupes défavorisés dans la société présentent des taux de maladie plus élevés, mais ils ont également moins facilement accès aux soins dentaires.

Les taux de carie dentaire les plus élevés sont observés chez les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les Autochtones et les personnes ayant des problèmes de santé. Des études ont démontré que les individus au bas de l'échelle socio-économique présentent des taux de carie dentaire et des besoins en traitement qui sont de deux fois et demi à trois fois plus élevés que ceux des couches supérieures<sup>6</sup>. Les taux de carie dentaire chez les Premières nations et les Inuits, tous âges confondus, sont de trois à cinq fois plus élevés que ceux de la population non autochtone<sup>7</sup>.

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire se penche sur les moyens de réduire les taux de maladie dans les segments défavorisés de la population et d'améliorer l'accès de ces derniers aux soins. Quatre types principaux d'obstacles à l'accès aux soins doivent être examinés : les obstacles financiers, géographiques, socio-culturels et juridiques. Pour pouvoir améliorer la santé bucco-dentaire chez les personnes plus à risque, il faut réduire ou éliminer les obstacles à l'accès aux soins de santé.

### **Le lien entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général**

Il y a de plus en plus de preuves indiquant que la santé bucco-dentaire est directement liée à l'état de santé général. Comme on le souligne dans le premier rapport du Surgeon General sur la santé bucco-dentaire aux États-Unis<sup>8</sup>, [TRADUCTION] « ... la santé bucco-dentaire et l'état de santé général ne devraient pas être considérés comme des entités distinctes ».

Afin de reconnaître et de faciliter l'intégration de la santé bucco-dentaire à l'état de santé général, il faut intégrer les activités de promotion de la santé, les

services de santé et l'évaluation des résultats sur le plan de la santé.

**« [...] la santé bucco-dentaire et l'état de santé général ne devraient pas être considérés comme des entités distinctes. »**

- Surgeon General's Report  
on Oral Health of America

Pour une analyse plus approfondie des liens entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général, les lecteurs sont invités à consulter l'annexe 1 du présent document.

### **Thèmes de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire**

La Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire s'articule autour de cinq thèmes principaux :

- Promotion de la santé bucco-dentaire et sensibilisation publique à cette question;
- Santé bucco-dentaire, et maladies et déficiences bucco-dentaires;
- Amélioration de l'accès aux soins et réduction des obstacles aux soins bucco-dentaires;
- Suivi, surveillance et recherche;
- Ressources humaines

Pour chacun de ces thèmes, une liste de problèmes est dressée, des objectifs et des indicateurs sont établis et des stratégies sont élaborées de manière à faciliter l'atteinte des buts. Les stratégies prévoient les mesures que les individus, les organisations et les professionnels de la santé bucco-dentaire, ainsi que les gouvernements ou les autorités régionales de la santé, peuvent prendre pour surmonter ces problèmes.

L'élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire est un processus continu. La première SCSBD du Canada n'est qu'un début. Nous devrions

considérer le processus comme un ensemble d'idées en évolution constante, fondées sur des preuves et mesurables.

La date visée pour l'atteinte des buts fixés dans le cadre de la première SCSBD est 2010, ce qui laisse suffisamment de temps pour lancer les initiatives mais non pour évaluer les améliorations de la santé bucco-dentaire attribuables à ces dernières. Il faudra lancer la prochaine SCSBD avant la date prévue pour

la fin de cette première stratégie et fixer le calendrier des futures stratégies.

# **1. Promotion de la santé bucco-dentaire et sensibilisation publique à cette question**

Les améliorations les plus importantes concernant la santé bucco-dentaire des Canadiens seront réalisées grâce aux activités de promotion, d'éducation et de sensibilisation auprès de la population, des professionnels de la santé et des décideurs. La clé d'une bonne santé bucco-dentaire réside dans l'habilitation et la responsabilisation des citoyens à l'égard de leur santé bucco-dentaire. À cette fin, ceux-ci doivent avoir des connaissances et des compétences personnelles, de même que la volonté de pratiquer une bonne hygiène dentaire, en plus d'avoir facilement accès à des soins professionnels au besoin. Ces conditions doivent être complétées par une politique sociale qui crée des environnements favorables, sains, et qui renforce l'action communautaire.

La promotion de la santé bucco-dentaire sera des plus efficace si elle fait partie intégrante de stratégies de promotion de la santé générale visant à réduire les facteurs de risque courants pour la santé. Plus que jamais, il faut nouer des alliances stratégiques avec d'autres programmes, fournisseurs de soins et projets, et mettre l'accent sur l'adoption d'un mode de vie sain et de choix santé. La santé bucco-dentaire s'améliorera par suite de la pratique de saines habitudes de vie en général. Les professionnels de la santé bucco-dentaire doivent influencer sur les déterminants de la santé, compte tenu de l'incidence des ces déterminants sur la santé générale de la population, y compris la santé bucco-dentaire. Nous devrions rechercher les occasions d'établir des partenariats avec des organismes exerçant des activités de promotion de la santé (comme des programmes axés sur le diabète, les maladies du cœur, le développement de l'enfant, le renoncement au tabac, le développement communautaire, etc.), de même qu'avec d'autres groupes professionnels (comme les médecins, les infirmières, les diététistes, les services de garde d'enfants et d'autres groupes) pour faire comprendre nos messages dans le cadre de la promotion d'une bonne santé générale.

Pour pouvoir réaliser des activités coordonnées de promotion de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays, le Canada a besoin d'un leadership solide au

niveau fédéral. Outre les personnes qui administrent et exécutent les programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, il n'y a pas de personnel responsable de la santé bucco-dentaire à Santé Canada. Il faudrait recruter dans ce ministère un administrateur en chef de la santé bucco-dentaire, dont le mandat serait de traiter les questions liées à la santé bucco-dentaire dans une perspective nationale. Il faut effectivement un ardent défenseur qui est en mesure d'aider à intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux activités courantes de promotion de la santé pour que la santé bucco-dentaire soit reconnue comme une composante de la santé générale.

Aux États-Unis, en 2000, la promotion de la santé bucco-dentaire a pris une importance considérable grâce au Surgeon General's First Report on Oral Health of America. Ce rapport faisait état d'un grand nombre d'inégalités et de lacunes dans le domaine de la santé bucco-dentaire et a mené à l'élaboration du « National Call to Action to Promote Oral Health »<sup>9</sup> visant à améliorer la santé bucco-dentaire des citoyens américains. Le Canada a besoin d'une initiative semblable, qui soulignerait l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire, son incidence sur l'état de santé générale et les inégalités d'accès actuelles aux soins bucco-dentaires.

Bien qu'un grand nombre de Canadiens jouissent d'une santé bucco-dentaire relativement bonne, il existe effectivement des injustices et des inégalités flagrantes en ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Par conséquent, il est important que les gouvernements et les organisations intervenant dans le domaine de la santé bucco-dentaire lancent des initiatives de collaboration pour promouvoir une bonne santé bucco-dentaire pour tous. Au fur et à mesure que les données sur les maladies et affections bucco-dentaires s'accumulent et que des théories qui mettent en question les idées fausses et les croyances traditionnelles sont avancées, les professionnels de la santé bucco-dentaire sont les mieux placés pour donner l'heure juste à ce chapitre. Cependant, les activités de promotion de la santé nécessitent la collaboration de tous les fournisseurs de soins de santé, des gouvernements et des dirigeants communautaires, les professionnels de la santé bucco-dentaire jouant un rôle de leader et un rôle intégrateur dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Les Canadiens doivent en outre être informés de l'incidence de la santé bucco-dentaire sur la santé globale et leur qualité de vie en général. Étant donné que les déterminants de la santé reconnus sont communs à la santé générale et à la

santé bucco-dentaire, les initiatives multidisciplinaires axées sur les déterminants permettent vraisemblablement davantage d'améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens. Les initiatives visant des questions comme l'alimentation, le développement de l'enfant, la santé maternelle et le renoncement au tabac figurent parmi celles qui sont le plus susceptibles d'être efficaces dans une approche multilatérale.

La Charte d'Ottawa<sup>10</sup> et la Déclaration de Jakarta<sup>11</sup> sont d'excellents documents décrivant des approches axées sur la collaboration dans le domaine de la promotion de la santé. La Charte d'Ottawa fournit un cadre pour la mise en œuvre, la direction et la coordination des activités de promotion de la santé, et elle met l'accent sur les mesures suivantes :

- Élaborer une politique publique saine
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Acquérir des aptitudes individuelles
- Réorienter les services de santé

Il y a des inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire au Canada, certains segments de la population présentant des taux de maladie plus élevés et étant exposés à un risque plus élevé de maladie que d'autres. Bien qu'il puisse y avoir des personnes à risque élevé dans tous les segments de la population, certains sont plus à risque que la population générale. Comme l'ont souligné Watt et Sheiham<sup>12</sup>, [TRADUCTION] « [a]fin de pouvoir réduire les inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire, il faut mettre en œuvre des politiques de promotion de la santé efficaces et pertinentes, qui s'attaquent aux causes sociales, économiques et environnementales sous-jacentes des maladies bucco-dentaires. » L'approche de la promotion de la santé basée sur l'ensemble de la population, préconisée par la Charte d'Ottawa, n'empêche néanmoins pas d'axer certaines activités de promotion et de prévention sur les segments à risque de la population.

**« Afin de pouvoir réduire les inégalités dans le domaine de la santé bucco-dentaire, il faut mettre en œuvre des politiques de promotion de la santé efficaces et pertinentes, qui s'attaquent aux causes sociales, économiques et environnementales sous-jacentes des maladies bucco-dentaires. »**

- Watt et Sheiham

Il faut accroître les activités d'éducation et de sensibilisation concernant la santé bucco-dentaire dans les secteurs suivants :

- Activités d'éducation, de sensibilisation et de promotion de la santé axées sur la population à l'intention de la population générale.
  - Importance de la santé bucco-dentaire pour la santé générale.
  - Information fondée sur des preuves concernant la santé bucco-dentaire, y compris sur le lien entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général.
  - Coûts économiques et sociaux d'un mauvais état de santé bucco-dentaire pour le système de santé, l'éducation et l'emploi.
  - Effets du tabac et du tabac sans fumée sur la santé bucco-dentaire.
  - Rôle d'une saine alimentation et de bonnes pratiques d'hygiène dentaire.
- Activités ciblées de promotion, d'éducation et de sensibilisation concernant la santé bucco-dentaire à l'intention des populations à risque élevé.
  - Activités de promotion concernant la santé bucco-dentaire à l'intention des personnes à faible revenu et d'autres groupes à risque.
  - Activités de promotion de la santé bucco-dentaire qui tiennent compte des différences culturelles à l'intention des immigrants et des Autochtones.
  - Activités de promotion de la santé bucco-dentaire axées sur les obstacles à une bonne santé et sur les obstacles psychologiques à l'accès aux soins, comme la perception des besoins et la peur.
  - Programmes de prévention de la carie dentaire chez les jeunes enfants dans les groupes à risque élevé (intégrés à d'autres secteurs liés à la santé pour les nourrissons).
- Activités de promotion, d'éducation et de sensibilisation concernant la santé bucco-dentaire à l'intention des professionnels de la santé bucco-dentaire

- Lignes directrices de pratique clinique élaborées à la lumière d'information fondée sur des preuves, à l'intention des professionnels de la santé bucco-dentaire.
- Formation et éducation concernant les différences culturelles.
- Formation et éducation concernant les approches axées sur la collaboration dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- Sensibilisation aux maladies parodontales dans le contexte de la santé générale, du traitement des plaies et de la prévention des infections.
- Formation et éducation concernant la prestation des soins aux groupes ayant des besoins particuliers, y compris les personnes âgées.
- Activités d'éducation et de sensibilisation concernant la santé bucco-dentaire à l'intention de professionnels autres que les professionnels de la santé dentaire.
  - Information et éducation fondées sur des preuves, à l'intention des fournisseurs de soins, des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé publique, des diététistes, des travailleurs sociaux, etc.
  - Liens et partenariats pour la mise en œuvre d'activités de promotion de la santé.
- Activités de promotion, d'éducation et de sensibilisation concernant la santé bucco-dentaire à l'intention des décideurs.
  - Importance d'une bonne santé bucco-dentaire en tant que partie intégrante de la santé générale.
  - Inégalités concernant l'accès aux soins et le fardeau de la maladie.
  - Importance de programmes exhaustifs d'éducation et de prévention à l'intention des enfants et des adolescents

La dentisterie fondée sur des preuves en est à ses tout débuts et traîne derrière d'autres domaines de la santé comme la médecine. Au Canada, toutefois, des initiatives fondées sur des preuves sont déployées

depuis environ 15 ans, principalement dans le cadre de programmes particuliers du secteur public<sup>13</sup>. Une organisation relativement récente, la Collaboration canadienne sur les RPC (recommandations pour la pratique clinique) en dentisterie<sup>14</sup> (CCCD), a établi un excellent processus pour l'élaboration de lignes directrices fondées sur des preuves. Il est important d'utiliser des pratiques et des procédures dont l'efficacité a été démontrée pour orienter les activités cliniques, les pratiques d'hygiène quotidiennes et les activités de promotion de la santé bucco-dentaire. Les organisations intervenant dans l'élaboration de lignes directrices fondées sur des preuves, comme la CCCD, la Cochrane Collaboration<sup>15</sup> et la Campbell Collaboration<sup>16</sup>, doivent recevoir une aide adéquate des gouvernements et des organisations dentaires.

Dans le cadre d'une approche multidisciplinaire de prestation des soins de santé, axée sur la collaboration, les organisations peuvent apprendre les unes des autres et promouvoir ensemble des concepts similaires. Le milieu de la dentisterie et la population en général peuvent mettre à profit les forces que les nombreux professionnels de la santé, des services sociaux et de la promotion de la santé peuvent offrir. Il faut reconnaître les avantages que peuvent présenter les coalitions communautaires de groupes et d'organismes auxiliaires pour l'amélioration générale de la santé et de la qualité de vie, et en tirer parti.

Les décideurs doivent être bien informés de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et des effets d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la santé générale, le système de santé, le développement et l'éducation des enfants, et ils doivent être conscients des répercussions économiques locales et nationales des journées de travail perdues. Les dentistes-conseils principaux du gouvernement et les organisations dentaires devraient travailler ensemble afin de fournir aux décideurs les meilleurs renseignements possibles d'une manière rapide et efficace. D'autres professionnels de la santé, par exemple les médecins de famille, les infirmières en santé publique, les diététistes, etc. devraient également être mis à contribution. Il est important pour le milieu organisé de la dentisterie de se rendre compte que cette collaboration interdisciplinaire est nécessaire dans l'intérêt de la population. Celle-ci ne devrait pas être considérée comme une menace professionnelle, et elle ne devrait entraîner aucun conflit d'intérêts.

**But n° 1. Améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation de la population à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire**

**Objectifs concernant la promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation de la population à cette question**

1. Création d'un secrétariat de la santé bucco-dentaire au sein de Santé Canada, chargé des responsabilités suivantes :
  - Lancer une initiative de grande envergure axée sur la promotion de la santé bucco-dentaire.
  - Intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux activités d'autres organisations professionnelles intervenant dans le domaine de la santé.
  - Élaborer des ressources fondées sur des preuves pour la promotion de la santé bucco-dentaire.
  - Collaborer à l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves, avec la Collaboration canadienne sur les RPC (recommandations pour la pratique clinique) en dentisterie.
  - Mettre en œuvre les initiatives élaborées dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire.
2. Lancement d'une importante campagne nationale de promotion de la santé bucco-dentaire coordonnée conjointement par L'Association dentaire canadienne, L'Association canadienne des hygiénistes dentaires, Santé Canada et d'autres organisations intervenant dans le domaine de la santé.
3. Rédaction d'un rapport national sur la santé bucco-dentaire des Canadiens, analogue au U.S. Surgeon General's First Report on the Oral Health of Americans.

## **Stratégies visant à améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation à cette question**

### **Que peuvent faire les professionnels de la santé bucco-dentaire pour améliorer l'éducation et la sensibilisation de la population?**

- Se tenir au courant des progrès dans les domaines de la dentisterie et de l'hygiène dentaire par une formation continue.
- Comprendre et appliquer les principes scientifiques de la promotion de la santé.
- Fournir de l'information sur la santé bucco-dentaire, y compris ses effets sur la santé générale dans le contexte de leur profession.
- S'informer des initiatives socio-sanitaires mises en œuvre dans leur collectivité et auxquelles la promotion de la santé bucco-dentaire est ou pourrait être greffée, et y participer.
- Établir des coalitions multidisciplinaires de fournisseurs de soins de santé pour promouvoir la santé générale, y compris la santé bucco-dentaire, auprès de la population, et pour faciliter l'éducation d'autres professionnels de la santé en ce qui concerne la santé bucco-dentaire et ses répercussions sur la santé générale.
- Établir des coalitions locales de professionnels de la santé bucco-dentaire issus des secteurs public et privé, pour organiser et exécuter des activités de promotion de la santé bucco-dentaire dans leur domaine.
- Rechercher des occasions de sensibiliser les politiciens locaux, provinciaux et fédéraux aux inégalités et aux injustices qui existent dans le système de soins de santé bucco-dentaire.
- Appuyer les activités nationales de promotion de la santé bucco-dentaire parrainées par L'Association dentaire canadienne et L'Association canadienne des hygiénistes dentaires.
- Rechercher des occasions de souligner l'importance de la santé bucco-dentaire dans leur propre environnement social.

### **Que peuvent faire les organisations dentaires et/ou les autorités sanitaires régionales?**

- Être des sources d'information fiables et à jour en ce qui concerne la santé bucco-dentaire pour la population et les professionnels de la santé.
- Fournir des services d'aide et de consultation aux conseils scolaires dans le cadre de l'examen et de la mise en œuvre des programmes concernant la santé bucco-dentaire.
- Lancer des initiatives multimédia pour renseigner la population sur les questions liées à la santé bucco-dentaire, notamment élaborer un site Web d'accès public.
- Appuyer l'élaboration de lignes directrices en dentisterie et de lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves.
- Faire partie de coalitions d'organisations dentaires et d'autres groupes de professionnels de la santé afin de veiller à ce que des renseignements exacts et cohérents soient fournis à la population et aux praticiens du domaine de la santé.
- Établir des coalitions multidisciplinaires de fournisseurs de soins de santé pour promouvoir la santé générale, y compris la santé bucco-dentaire, auprès de la population, et pour faciliter l'éducation d'autres professionnels de la santé en ce qui concerne la santé bucco-dentaire et ses répercussions sur la santé générale.
- Appuyer les activités de promotion de la santé bucco-dentaire parrainées par des organisations comme L'Association dentaire canadienne et L'Association canadienne des hygiénistes dentaires.
- Assurer une formation aux professionnels de la santé bucco-dentaire concernant les valeurs et les différences culturelles.
- Rechercher des occasions de sensibiliser les politiciens locaux, provinciaux et fédéraux aux inégalités et aux injustices qui existent dans le système de soins de santé bucco-dentaire.
- Promouvoir les questions liées à la santé bucco-dentaire en tant que composantes intégrantes des questions liées à la santé générale.

### **Ce que les gouvernements peuvent faire pour améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire**

- Il est urgent que le gouvernement fédéral prenne le leadership dans le cadre de la promotion de la santé bucco-dentaire et de l'élargissement de l'accès aux soins connexes. Il faut créer et doter un poste de dentiste-conseil principal ou d'administrateur en chef de la santé bucco-dentaire. Ce dernier assumerait entre autres les responsabilités suivantes :
  - Programmes de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays.
  - Conseils à toutes les directions des ministères fédéraux ayant des programmes ou des besoins liés à la santé bucco-dentaire.
  - Coordination des programmes gouvernementaux.
  - Aide pour l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves, de données sur la santé fondées sur des preuves et d'initiatives de santé publique fondées sur des preuves.
  - Intégration du système de santé bucco-dentaire au système de santé générale.
- Au palier provincial/territorial, il faut reconnaître l'importance de la santé bucco-dentaire en créant un poste à temps plein de dentiste-conseil principal ne s'occupant que de questions liées à la santé bucco-dentaire.
- De concert avec les organisations nationales, provinciales et territoriales de la santé bucco-dentaire, appuyer les campagnes nationales de promotion de la santé bucco-dentaire.
- Financer la recherche sur des sujets comme la santé bucco-dentaire des Canadiens et les liens entre la santé bucco-dentaire et la santé générale.
- Fournir des programmes exhaustifs d'éducation et de sensibilisation publiques à la santé bucco-dentaire, notamment dans les écoles, les unités sanitaires, les centres de santé communautaires et les établissements de soins de longue durée.
- Fournir des services d'éducation et de prévention axés sur la santé bucco-dentaire dans les écoles.
- Lancer des initiatives multimédia pour renseigner la population sur les questions liées à la santé bucco-dentaire, et notamment inclure des sujets concernant la santé bucco-dentaire dans leurs sites Web d'information sur la santé.
- Veiller à ce que l'information fournie sur les sites Web des divers organismes soit exacte et communique les mêmes messages concernant la santé bucco-dentaire.
- Reconnaître le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale en insistant sur l'importance de la santé bucco-dentaire dans les programmes traitant de questions comme le développement de l'enfant, la santé maternelle, l'aide aux personnes âgées fragiles, etc.
- Mieux intégrer la santé bucco-dentaire aux autres aspects de la santé.
- Veiller à ce que les comités s'intéressant à la santé comprennent des représentants du milieu de la santé bucco-dentaire.
- Créer un site Web fournissant les liens vers des ressources liées à la promotion de la santé ou enrichir l'information sur la promotion de la santé bucco-dentaire dans les sites Web existants qui font de la promotion de la santé.
- Élaborer une politique de promotion de la santé bucco-dentaire (p. ex., étiquetage des produits).

## 2. Santé bucco-dentaire, maladies et déficiences bucco-dentaires

### État de santé bucco-dentaire et sa signification

La santé bucco-dentaire, selon la définition que lui donne L'Association dentaire canadienne (ADC), comprend la notion de bien-être, et non seulement la notion d'absence de problèmes : « La santé bucco-dentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil bucco-dentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne. » L'Association canadienne des hygiénistes dentaires<sup>17</sup> souligne le lien indissociable entre la santé bucco-dentaire et la santé générale dans sa déclaration « La santé buccale est essentielle au bien-être général. »

La définition de l'ADC mène à une mesure subjective de l'état de santé bucco-dentaire. Bien que des personnes aient pu souffrir de maladies bucco-dentaires dans le passé, si aujourd'hui elles peuvent bien fonctionner, sont satisfaites de leur apparence dentaire et ne ressentent pas de douleurs, elles correspondent à la définition d'une bonne santé bucco-dentaire et répondent positivement aux auto-évaluations de leur santé bucco-dentaire.

Une bonne santé bucco-dentaire contribue à la qualité de vie. La qualité de vie est étroitement liée à l'état de santé bucco-dentaire et dépend également de l'accès aux soins, de l'absence de maladie et d'inconfort et d'une apparence satisfaisante. Deux outils sont utilisés pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire et la qualité de vie. L'un d'eux fournit des renseignements subjectifs, qualitatifs, recueillis dans le cadre d'auto-évaluations qui peuvent mesurer la qualité de vie et qui sont plus appropriés dans le cas des adultes ou des enfants d'âge pré-scolaire. Le deuxième consiste dans des études cliniques, qui sont généralement plus simples et plus exactes dans le cas des enfants et des adolescents, étant donné qu'il est plus facile d'enquêter auprès d'un échantillon représentatif d'enfants dans des écoles. Ces deux types d'outils ont leur utilité, et il faudrait utiliser une combinaison des deux dans le cadre de la

surveillance de la santé bucco-dentaire des enfants et des adultes.

Le fonctionnement de la cavité buccale est important pour la santé générale. Pour pouvoir mastiquer et digérer divers aliments et jouir d'une saine alimentation, il faut avoir une dentition et des tissus parodontaux sains. Sur les plans de l'emploi, de l'estime de soi et des relations sociales, l'apparence des dents est d'une importance capitale. Il existe peu de données statistiques canadiennes sur la fonction buccale et la qualité de vie. Les questions sur ces aspects qui ont été ajoutées dans les contenus commun et optionnel de l'Enquête de 2003 sur la santé dans les collectivités canadiennes permettront d'obtenir des données de référence aux fins des futures activités de surveillance<sup>18</sup>.

Les répercussions négatives de la douleur buccale, soit les souffrances, les journées de travail et d'école perdues, et les dépenses au titre des traitements, sont énormes. Le Canada ne compile pas encore de statistiques sur ces répercussions, mais on peut obtenir une estimation raisonnable à partir des statistiques compilées aux États-Unis à cet égard. Selon les estimations établies aux États-Unis, 2 700 000 journées de travail et 1 000 000 journées d'école ont été perdues en 1989 en raison de problèmes dentaires<sup>19</sup>. Le dixième de ces chiffres (270 000 journées de travail et 100 000 journées d'école) constitue une donnée de référence raisonnable pour le Canada. La douleur buccale a également des effets dévastateurs sur les enfants d'âge préscolaire, soit les heures de sommeil perdues et les problèmes de développement, de malnutrition et d'apprentissage<sup>5</sup>.

Les malformations craniofaciales, les dysfonctions bucco-faciales acquises et les maladies des muqueuses sont d'autres problèmes liés à la santé bucco-dentaire pour lesquels il existe peu de données au Canada. Il faut mener des études plus approfondies sur les causes de ces problèmes, leurs liens avec la santé générale, les coûts connexes et les moyens d'apporter des améliorations à ce chapitre. Au nombre de ces affections, mentionnons les suivantes :

- Malformations bucco-faciales morphologiques, comme le bec-de-lièvre et la fente palatine;
- Douleur orofaciale chronique et dysfonction masticatoire : (6 à 8 % de la population);
- Affections bucco-faciales dans les populations demeurant en établissement (hôpitaux

psychiatriques, unités réservées aux malades chroniques dans les hôpitaux);

- Prise en charge bucco-faciale dans l'apnée du sommeil;
- Maladies buccales auto-immunes (comme le lichen plan);
- Affections liées au VIH.

Le nombre de cas d'édentulisme (la perte de toutes les dents permanentes) a diminué au cours des quatre dernières décennies grâce à l'amélioration des méthodes de prévention et de restauration. Cependant, un grand nombre de chercheurs prévoient l'émergence d'un problème majeur au cours des deux ou trois prochaines décennies, alors que le nombre de personnes âgées ayant la plupart de leurs dents naturelles, quoique à divers degrés de santé parodontale et de restauration, ira en augmentant. Un grand nombre de ces personnes seront éventuellement moins en mesure de prendre soin elles-mêmes de leurs dents et de prévenir les maladies buccales. La dégradation de dents largement obturées, à un moment où d'autres problèmes de santé et d'accès aux soins empêcheront de procéder à d'autres réparations, constituera une préoccupation majeure.

## Carie dentaire

Au Canada, les dépenses au titre de la santé bucco-dentaire se classaient au troisième rang en 1993 parmi les dépenses globales de santé selon les catégories diagnostiques, derrière les dépenses liées à la santé cardiovasculaire et à la santé mentale<sup>20</sup>. Sept pour cent de toutes les dépenses de santé ont été consacrées à la santé bucco-dentaire en 2003, celles-ci s'élevant à sept milliards de dollars, environ. La majeure partie de ces dépenses ont été engagées pour la prévention de la carie et le traitement des problèmes causés par la carie.

Au cours des trois dernières décennies, la prévalence de la carie a diminué sensiblement, les taux actuels chez les enfants étant inférieurs de plus du quart à ceux enregistrés au début des années 70<sup>21</sup>. Cependant, elle n'a pas diminué dans la même mesure dans tous les groupes de la population, et l'incidence de la carie est devenue très polarisée. Le quart de la population présente encore des taux relativement élevés de carie dentaire, et un grand nombre de ces personnes ont un accès limité, voire inexistant, aux soins de prévention ou de restauration. La prévalence la plus élevée de carie dentaire chez les enfants est observée chez les

Autochtones, chez les immigrants récemment arrivés au Canada et dans les familles à faible revenu. À l'âge de 12 ans, les taux de carie des dents permanentes varient, en moyenne, de 0,8 dent cariée, manquante (par suite d'une carie) ou obturée (DCMO) dans certaines parties du pays, à plus de 5,0 dans certaines collectivités des Premières nations. Une étude récente effectuée dans une ville canadienne a démontré que les enfants issus de familles à faible revenu présentent des taux de carie qui sont deux fois et demi plus élevés que ceux observés chez les enfants issus de familles à revenu élevé<sup>6</sup>. Bien que les taux de carie aient diminué sensiblement au cours des années 70 et 80, des preuves indiquent que cette diminution s'est stabilisée au milieu des années 90 et que les taux de carie des premières dents, et également peut-être des dents permanentes, pourraient être à la hausse<sup>22</sup>.

Malgré la diminution importante des taux de carie dentaire, la carie chez les jeunes enfants est encore l'affection la plus fréquente chez les enfants, étant sept fois plus courante que l'asthme. Dans un grand nombre de régions du pays, le traitement des effets de la carie dentaire est le principal motif d'anesthésie générale dans les hôpitaux dans le cas des enfants d'âge préscolaire. La carie du jeune enfant est une forme de carie qui se développe particulièrement rapidement, dans laquelle la carie attaque les dents peu après leur éruption et progresse rapidement. Les taux de prévalence de la carie du jeune enfant varient entre 5 % dans les régions à faible risque et 60 % dans certaines populations des Premières nations<sup>23</sup>.

La carie dentaire peut généralement être évitée au moyen de méthodes simples, efficaces et sûres, dont le brossage des dents (en utilisant un dentifrice fluoré), l'application ciblée de fluorure topique par un professionnel (dans le cas des personnes à risque élevé), la fluoration de l'approvisionnement en eau, l'application de résines de scellement et la surveillance du régime alimentaire (quantité, formes et fréquence des sucres, des glucides, etc.). Afin de réduire les taux de carie dans l'avenir, en particulier chez les personnes à risque élevé, il faudra accroître les activités de prévention et de promotion de la santé, de même qu'il faudra faciliter l'accès à des services de prévention et de traitement pour les personnes qui ont un accès limité, voire inexistant, aux soins dentaires. Dans l'ensemble, le système actuel de prestation de soins dentaires a permis à la majorité des Canadiens de conserver la plupart de leurs dents et de satisfaire aux critères de la définition d'une bonne santé bucco-dentaire selon l'ADC, mais

il ne tient pas compte des personnes qui n'ont pas accès aux soins pour diverses raisons, lesquelles sont examinées plus en détail dans la section suivante.

## Évaluation de la carie dentaire

Le moyen le plus courant d'évaluer les taux de carie dentaire consiste à mener des études cliniques visant à évaluer le nombre moyen de dents cariées, manquantes ou obturées (DCMO) ou de surfaces cariées, manquantes ou obturées (SCMO) par enfant, ou pour les premières dents, le nombre moyen de dents cariées, extraites (en raison de caries) ou obturées (DCEO) ou de surfaces cariées, extraites ou obturées (SCEO) (note : plus le nombre est faible, plus la situation est bonne). Bien que cet indice nous ait très bien servi dans le passé, il devient plus difficile d'effectuer cette évaluation aujourd'hui, compte tenu des problèmes suivants :

- Étant donné le nombre et la qualité des produits d'obturation dentaire colorés (et des résines de scellement, qui peuvent ou non être mélangées aux produits), les obturations sont beaucoup plus difficiles à déceler lors d'une inspection visuelle.
- En raison de la polarisation des taux de carie dentaire, les pourcentages globaux deviennent moins pertinents. Celle-ci entraîne une surestimation des taux de carie chez la majorité des enfants qui sont à faible risque de carie et une sous-estimation des taux chez les enfants qui sont à risque élevé de carie. Pour surmonter ce problème, certains pays mesurent également l'indice SiC<sup>24</sup> (SiC index – Bratthall, 2000), qui comprend deux mesures : le nombre moyen de DCMO dans la population à un âge donné, de même que le nombre de DCMO chez le tiers du groupe-échantillon présentant les taux de carie les plus élevés. Par exemple, en 2002-2003 à l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre de DCMO chez les enfants de 6<sup>e</sup> et de 7<sup>e</sup> années était 0,7, tandis que l'indice SiC chez le tiers des adolescents présentant les taux de carie les plus élevés était 3,0.
- L'indice DCMO, bien qu'il soit très compréhensible pour les professionnels de la santé bucco-dentaire, est difficile à expliquer aux décideurs et aux profanes.

Même s'il est de plus en plus difficile d'utiliser l'indice DCMO, celui-ci demeure un excellent outil d'évaluation et constitue la norme sur laquelle l'Organisation mondiale de la santé se base pour établir des comparaisons internationales<sup>25</sup>; par conséquent, il devrait encore être utilisé comme l'un des indicateurs dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire.

Il existe des outils d'évaluation plus simples et éventuellement tout aussi valables et efficaces pour déterminer le pourcentage des personnes qui, à un âge donné, n'ont jamais eu de carie dentaire, de même que le pourcentage des enfants dont les « besoins en traitements » ne sont pas satisfaits. Par exemple, dans divers pays, le pourcentage des enfants de six ans dont les besoins en traitements ne sont pas satisfaits dépasse 20 %, et au moins 50 % des enfants ont eu des caries dentaires à cet âge. Certaines régions évaluent les besoins en traitements non satisfaits en comptant également le nombre de quadrants ou de sextants nécessitant des traitements par enfant ayant des besoins en soins dentaires.

Comme on l'a mentionné précédemment, dans le cas des adultes, y compris les personnes âgées, et dans le cas des enfants d'âge préscolaire, les études cliniques sont moins utilisées et moins fiables, en raison de la difficulté d'obtenir un échantillon vraiment représentatif et d'une taille suffisante pour refléter fidèlement l'ensemble de la population. Pour cette raison, les auto-évaluations sont généralement les méthodes d'enquête privilégiées pour étudier les questions liées à la qualité de vie et les perceptions quant à l'état de santé bucco-dentaire. Il faudrait cependant continuer à recourir aux études cliniques pour évaluer les aspects de la santé bucco-dentaire visés dans les objectifs fixés par l'OMS, aux fins des comparaisons internationales. (DCMO dans le groupe des 35-44 ans; CPITN chez les 35-44 ans et les 65 ans et plus; édentulisme; prothèses fixes et/ou amovibles).

## Maladies parodontales

Le « parodonte » est l'ensemble des tissus mous et des os qui entourent et soutiennent les dents. La maladie parodontale (ou plus précisément la parodontopathie) est diagnostiquée lorsqu'il y a inflammation des tissus mous (gencives) et rupture des ligaments parodontaux (qui ancrent la racine

dentaire à son alvéole), et donc affaiblissement du soutien de la dent. Dans la maladie parodontale avancée, les dents se déchaussent, étant donné qu'il ne reste plus suffisamment de tissu osseux pour les soutenir, et le parodonte ne peut subséquemment se régénérer.

Lorsque les tissus parodontaux sont sains, les dents sont solidement ancrées dans le maxillaire, et les gencives forment une barrière étanche entre la bouche et le système général. En revanche, lorsque les tissus parodontaux ne sont pas sains, les gencives saignent et les bactéries et leurs sous-produits peuvent être transportés jusque dans le flux sanguin. Les tissus parodontaux sont atteints lorsque de la plaque bactérienne s'accumule sur les dents, provoquant une réaction inflammatoire en l'absence d'un suivi. On observe chez les individus, à divers degrés, une accumulation de tartre sur les dents, lequel forme une barrière mécanique qui accroît la difficulté d'éliminer la plaque bactérienne à intervalles réguliers.

L'inflammation et le saignement des tissus sont à de nombreux égards des plaies chroniques et ils devraient être traités comme tels. On peut prévenir les maladies parodontales par de bonnes pratiques d'hygiène (brossage et utilisation de la soie dentaire), complétées par des soins préventifs réguliers fournis par des professionnels de la santé bucco-dentaire. En cas de maladie parodontale, l'infection doit être guérie, et la personne doit pouvoir prendre des mesures pour éviter que de nouvelles infections se développent. Le traitement des maladies parodontales nécessite parfois l'utilisation de produits antimicrobiens (rinçage-bouche ou médicaments qui tuent les bactéries) et/ou une intervention chirurgicale<sup>26</sup>. Une maladie parodontale non traitée peut entraîner la perte des dents et contribuer à des affections et à des maladies systémiques.

En tant que maladies chroniques, les maladies parodontales permettent le transport des bactéries de la bouche jusque dans le flux sanguin, d'où les liens indiscutables entre la santé parodontale et la santé générale. Il existe des liens connus entre la maladie parodontale et la maladie cardiovasculaire<sup>27</sup>, le diabète<sup>28</sup>, l'accouchement prématuré de bébés de faible poids<sup>29</sup>, sans compter les liens présumés avec la pneumonie par aspiration chez les personnes âgées<sup>30</sup>. Il faut effectuer d'autres recherches en vue d'examiner le type de liens qui existent entre la maladie parodontale et les affections systémiques pour déterminer s'il s'agit de liens de causalité (lien de cause à effet : la maladie parodontale est la cause

de la maladie systémique) ou d'une coïncidence (survenue concomitante de la maladie parodontale et d'une autre maladie systémique parce que les facteurs de risque sont les mêmes pour les deux maladies).

Les moyens les plus efficaces pour prévenir les maladies parodontales sont la promotion de la santé, le traitement des déterminants de la santé, la sensibilisation aux causes et aux effets des maladies parodontales, la réduction des facteurs contributifs comme la consommation d'alcool et de tabac, et l'administration de soins préventifs professionnels en fonction des besoins individuels.

Le Community Periodontal Index of Treatment Needs<sup>31</sup> (CPITN) ou le Periodontal Screening and Recording<sup>32</sup> (PSR) sont les outils les plus faciles à utiliser pour l'évaluation clinique et la surveillance statistique des maladies parodontales. Ces outils sont de nature semblable et ils peuvent servir dans le cadre d'enquêtes pour déterminer la prévalence des maladies parodontales, ou encore être utilisés par les praticiens pour informer les clients de leur état de santé parodontale, à des fins de traitement et/ou d'aiguillage vers des spécialistes de la parodontie. Le CPITN est une mesure normalisée utilisée par l'Organisation mondiale de la santé<sup>33</sup>.

## Cancer de la bouche

Au Canada, environ 3 000 cas de cancer de la bouche sont diagnostiqués chaque année, et 1 000 personnes meurent de cette maladie<sup>34</sup>. Selon les estimations, 75 % de ces cas de cancer sont directement liés au tabagisme et/ou à l'abus d'alcool. Dans le cas des personnes qui fument et qui consomment de l'alcool d'une manière abusive, le risque de cancer de la bouche augmente considérablement.

Il existe un grand nombre de types différents de cancer de la bouche, présentant des étiologies variées et touchant différents tissus buccaux, pour lesquels les effets et les taux de survie sont différents. Cependant, dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire, ces cancers sont regroupés sous le vocable générique de « cancer de la bouche ». Bien que le cancer de la bouche ne soit pas répandu, il s'agit néanmoins d'une des formes de cancer les plus courantes<sup>35</sup>. Ses effets sont dévastateurs sur les plans de la mortalité et de

l'esthétique. Étant donné que la majorité des cas de cancer de la bouche sont attribuables au tabagisme et à l'abus d'alcool, la réduction de ces facteurs constitue le meilleur moyen de prévenir et de réduire l'incidence de la maladie. Comme pour tout autre type de cancer, un diagnostic et un traitement précoces sont importants pour atténuer les effets de la maladie. Il faut effectuer plus de recherche sur les causes, les effets et les traitements des diverses formes de cancer de la bouche.

## **Blessures buccales et dentaires**

Il n'y a pas de statistiques fiables au Canada concernant la prévalence des blessures buccales et dentaires, et ce, pour les deux principales raisons suivantes :

- les blessures ne sont pas classifiées ni définies;
- les blessures buccales et dentaires sont sous-déclarées lorsqu'elles surviennent en même temps que d'autres blessures plus graves. Par exemple, si lors d'un accident d'automobile, une personne subit, en plus de blessures dentaires mineures, des blessures multiples plus graves, les blessures dentaires ne seront peut-être pas déclarées.

Étant donné que la mesure dans laquelle les blessures buccales constituent un problème de santé publique n'est pas démontrée d'une manière ou d'une autre, il serait utile de créer une base de données indiquant la fréquence des blessures buccales et dentaires, ainsi que leur classification et l'efficacité des méthodes de prévention. Comme pour les blessures générales, la plupart des blessures dentaires sont évitables. Les blessures sportives peuvent être prévenues par des activités de sensibilisation, de promotion et de réglementation, ces dernières exigeant par exemple le port de protège-dents et de casques protecteurs. Ces mesures ont donné de bons résultats dans la plupart des ligues de hockey et de football ces dernières années au Canada. Des données indiquent en outre que l'octroi du permis de conduire par étapes progressives permettrait de réduire le nombre de blessures par accidents d'automobile.

## **Anomalies de développement acquises**

### **Fluorose dentaire**

La fluorose des dents permanentes est causée par un excès de fluorure pendant la période de formation des dents (surtout avant l'âge de trois ans). Il s'agit d'une anomalie de développement qui survient durant la formation des dents, entraînant une décoloration et, dans les cas sévères, des puits à la surface de la dent ou l'hypoplasie de l'émail. Sous ses formes bénignes, elle peut se manifester par des stries blanchâtres difficilement perceptibles sur la surface de la dent. Dans les cas modérés, elle se manifeste par des taches bilatérales blanc givré couvrant une zone étendue à partir des cuspidés, et parfois par la présence de puits sur l'émail de la dent. Dans les cas sévères, on peut observer des taches brunâtres sur la dent, ou la dent peut être mal formée ou brisée, nuisant à la capacité de la personne de parler, de manger et de socialiser librement, sans ressentir de douleurs, un malaise ou de l'embarras, et le problème peut nécessiter des interventions de restauration complexes.

La question de savoir si la fluorose dentaire est purement une question d'esthétique ou si elle est un marqueur de fluorose générale, qui entraînerait d'autres effets sur la santé, suscite beaucoup de débats. Les études les plus approfondies penchent en faveur de la première hypothèse et ne présentent aucune preuve évidente des effets des formes bénignes à modérées de la fluorose sur la santé<sup>36</sup>.

Dans les années 40, grâce aux travaux de Dean, on a constaté que l'ajout de fluorure aux systèmes d'approvisionnement en eau potable selon une concentration d'une partie par million était le meilleur moyen de réduire la prévalence de la carie dentaire tout en limitant le risque lié au développement de la fluorose dentaire. Un grand nombre de villes canadiennes ont eu recours à la fluoration de leur approvisionnement en eau dans les années 50 et 60. Dans les années 70, l'utilisation de dentifrices contenant du fluorure s'est largement répandue. Aujourd'hui, compte tenu des nombreuses sources de fluorure, l'apport quotidien provenant de toutes ces sources dépasse fort probablement le niveau idéal. C'est pour cette raison que certaines régions du pays ont décidé de réduire la quantité de fluorure dans leur eau à une concentration se situant entre 0,6 et 0,8 ppm. Santé Canada recommande aux villes où l'eau n'est pas naturellement fluorée d'ajouter du fluorure selon une concentration de 0,8 à 1,0 ppm<sup>37</sup>.

On soupçonne que dans certaines régions du pays, les taux de fluorose dentaire augmentent, bien qu'il existe peu d'études sur la prévalence de la fluorose au Canada permettant de confirmer cette hypothèse. Si l'on veut prendre des décisions éclairées quant aux quantités de fluorure à ajouter dans les systèmes d'approvisionnement en eau ou dans les produits, il est important de créer une base de données sur les taux de fluorose et la gravité des cas en question, en les mesurant au moyen d'un protocole commun. Il serait également utile de pouvoir consulter les résultats des diverses études à partir d'un lieu facilement accessible.

La création d'une base de données communes sur les taux de carie dentaire et de fluorose permettrait aux villes qui envisagent la fluoration de leur approvisionnement en eau d'obtenir plus de renseignements sur cette question.

### **Hypoplasie/hypocalcémie dentaire**

Selon certaines hypothèses, fondées sur des données isolées seulement, la prévalence de l'hypoplasie (ou de l'hypocalcémie) des dents permanentes, en particulier les molaires, serait à la hausse. Or, cette hypothèse ne peut être vérifiée en l'absence d'une base de données et d'une surveillance de cette anomalie. Toute surveillance à cet égard nécessitera la prise de décisions concernant la définition et la classification de cette affection, de même qu'une méthode de surveillance des cas. Il est important de savoir s'il y a effectivement une augmentation de la prévalence des cas d'hypoplasie dentaire afin de pouvoir axer les recherches sur les causes et les méthodes de prévention et de traitement les plus efficaces.

#### **But n° 2. Améliorer la santé bucco-dentaire globale des Canadiens**

##### **Objectifs concernant l'amélioration de la santé bucco-dentaire et la réduction des maladies bucco-dentaires (d'ici l'an 2010)**

##### **1. Amélioration de l'état de santé bucco-dentaire**

- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, à l'âge de 17 ans, au moins 75 % des

répondants affirment être satisfaits de l'apparence de leurs dents.

- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, au moins 75 % des répondants indiquent que l'état de leur santé bucco-dentaire est au moins très bon.
- Dans le groupe des 35-44 ans, 45 % des répondants n'ont jamais perdu une dent permanente en raison de caries dentaires ou d'une maladie parodontale.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, 20 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont de la difficulté à mastiquer.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, au moins 75 % des répondants affirment être satisfaits de l'apparence de leurs dents.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, 20 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont ressenti une douleur péri-buccale au cours du dernier mois.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, au moins 70 % des répondants indiquent que l'état de leur santé bucco-dentaire est au moins très bon.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, 35 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont de la difficulté à mastiquer.
- Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, 35 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont ressenti une douleur péri-buccale au cours du dernier mois.
- Dans le groupe des 65 ans et plus, 30 % des répondants, tout au plus, ont perdu toutes leurs dents naturelles.
- Dans le groupe des 65 ans, 50 % des répondants ont encore au moins 20 dents naturelles.

##### **2. Réduction de la carie dentaire**

- À l'âge de 6 ans, 50 % des enfants n'ont jamais eu de caries dentaires.
- À l'âge de 6 ans, 20 % des enfants, tout au plus, présentent des besoins en traitements dentaires qui ne sont pas satisfaits.
- À l'âge de 12 ans, 75 % des enfants n'ont jamais eu de caries des dents permanentes.

- À l'âge de 12 ans, 10 % des enfants, tout au plus, présentent des besoins en traitements dentaires qui ne sont pas satisfaits.
- À l'âge de 12 ans, DCMO de 1,0 ou moins
- À l'âge de 12 ans, indice SiC (« significant caries index ») de 3,0 ou moins.
- À l'âge de 17 ans, 50 % des adolescents n'ont jamais eu de caries des dents permanentes.
- À l'âge de 17 ans, 10 % des adolescents, tout au plus, présentent des besoins en traitements qui ne sont pas satisfaits.
- À l'âge de 17 ans, DCMO de 3,0 ou moins.
- À l'âge de 17 ans, indice SiC (« significant caries index ») de 5,0 ou moins.

### 3. Réduction de la prévalence des maladies parodontales

- Dans le groupe des 35-44 ans, 60 % des adultes, tout au plus, obtiendront un score CPITN de 3 ou 4.
- Dans le groupe des 65 ans et plus, 30 % des adultes, tout au plus, obtiendront un score CPITN de 4.

### 4. Réduction de la mortalité due au cancer de la bouche

- Réduction de la mortalité due au cancer de la bouche à moins de 900 décès par année, grâce à la prévention (réduction du tabagisme) et au dépistage précoce de la maladie.

### 5. Réduction des blessures buccales et dentaires

- Les provinces ont toutes adopté des mesures rendant obligatoire le port du casque protecteur chez les joueurs de hockey mineur.
- Les provinces ont toutes adopté des mesures rendant obligatoire le port du casque protecteur chez les cyclistes de moins de 18 ans.
- Les provinces ont toutes adopté un système d'octroi du permis de conduire par étapes progressives.
- Création d'une base de données pour surveiller la fréquence et la gravité des blessures buccales et dentaires.

### 6. Réduction de la prévalence des anomalies

### de développement acquises

- Prévalence de fluorose dentaire modérée à sévère (IFSD de 2 ou plus) chez les enfants de 8 ans inférieure à 7 %.
- Création d'une base de données faisant appel à une méthode de mesure commune, pour surveiller la fréquence et la gravité des cas de fluorose dentaire.
- Création d'une base de données faisant appel à une méthode de mesure commune, pour surveiller la fréquence et la gravité des cas d'hypoplasie dentaire.

### Stratégies visant à améliorer la santé bucco-dentaire et à réduire ou traiter les maladies et les déficiences bucco-dentaires

#### Pour aider à améliorer la santé bucco-dentaire des Canadiens, les professionnels de la santé bucco-dentaire peuvent :

- Se tenir au fait des recherches dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- Modifier leurs politiques et leurs pratiques en conséquence.
- Participer à des programmes d'éducation continue.
- Solliciter auprès du gouvernement un financement accru pour les programmes et la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- Promouvoir le port de protège-dents pour la pratique des sports et participer à des séances d'information sur ce sujet.
- Veiller à ce que les clients ou les patients comprennent les choix qui s'offrent à eux, de même que les risques, les avantages et les effets secondaires des traitements.
- Traiter la nature infectieuse de la maladie dentaire avant de procéder à des interventions de restauration dispendieuses.
- Communiquer à l'échelle locale avec d'autres professionnels de la santé pour intégrer la santé bucco-dentaire à la santé générale.

- Être attentif aux problèmes de santé générale éventuellement attribuables à des problèmes de santé bucco-dentaire.
- Étudier et suivre les lignes directrices de pratique clinique élaborées par des comités s'intéressant à la « dentisterie fondée sur des preuves ».
- Améliorer le dialogue entre dentistes et hygiénistes dentaires concernant la santé parodontale du client/patient.
- Adopter le CPITN ou le PSR pour l'évaluation de la santé parodontale.
- Procéder au dépistage systématique du cancer de la bouche dans le cadre des examens dentaires de routine.
- Adresser le client/patient aux spécialistes compétents, au besoin.
- Élaborer des programmes à l'intention des personnes âgées, qui seront offerts sur place dans les foyers pour personnes âgées.
- Élaborer, promouvoir et intégrer des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves.
- Consulter l'ensemble de la communauté de la santé bucco-dentaire au sujet de questions d'intérêt mutuel.
- Promouvoir le dépistage précoce, la prévention et le traitement ou l'aiguillage appropriés des cas de maladie bucco-dentaire.
- Évaluer les preuves et, s'il y a lieu, recourir à la fluoruration de l'approvisionnement des collectivités en eau potable.

#### **Les organisations dentaires ou les régions sanitaires peuvent :**

- Solliciter auprès du gouvernement un financement accru pour les programmes et la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- Tenir des séances d'information sur le port de protège-dents pour la pratique des sports.
- Se tenir au fait des recherches dans le domaine de la santé bucco-dentaire.
- Promouvoir et fournir des services de prévention dans les écoles.
- Améliorer l'accès aux soins en réduisant les obstacles et/ou en diffusant plus d'information sur les programmes de financement.
  - Assurer la prestation de services dentaires dans les centres de santé communautaires.
  - Fournir des cliniques à coûts réduits à l'intention des personnes à faible revenu.

#### **Ce que les gouvernements (provinciaux, territoriaux et/ou fédéral) peuvent faire**

- Créer un poste de dentiste en chef, qui assurera à tous les paliers de gouvernement des services d'intégration et de coordination des politiques, ainsi que des services de promotion et d'information concernant tous les aspects de la santé bucco-dentaire intéressant la population et les programmes fédéraux, et portant sur les questions émergentes.
- Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire (voir les recommandations dans la section sur l'amélioration de l'accès aux soins).
- Examiner, promouvoir et utiliser différentes modalités de prestation des services (par exemple à domicile, dans les centres de santé communautaires ou d'autres établissements communautaires) pour répondre aux besoins des personnes qui n'ont pas facilement accès aux soins.
- Veiller à ce que les questions liées à la santé bucco-dentaire soient incluses, ou du moins prises en compte, dans toutes les initiatives axées sur les maladies chroniques.
- Promulguer des dispositions législatives qui font en sorte que les choix santé soient les

choix les plus faciles à faire pour les individus.

- Aider et encourager les comités chargés d'élaborer des lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves.
- Assurer des programmes complets de santé bucco-dentaire, notamment des services de diagnostic, de prévention et de restauration, à l'intention des personnes à faible revenu, y compris les assistés sociaux et les travailleurs à faible revenu.
- Organiser et appuyer des séances de prévention dans les écoles, y compris des séances d'information ciblées portant sur la santé bucco-dentaire, l'application topique de fluorure et les résines de scellement.
- Surveiller et ajuster les concentrations de fluorure dans l'eau potable, en fonction de la prévalence de la carie dentaire et de la fluorose.
- Promulguer des dispositions législatives concernant le port du casque protecteur pour la pratique du vélo et d'autres sports et/ou le port d'un protège-dents, l'octroi du permis de conduire par étapes progressives, etc.
- Accroître le financement de la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire

et fournir un financement pluriannuel aux IRSC et à l'ICIS.

- Consulter sur une base permanente des groupes représentant la population, de même que la communauté de la santé bucco-dentaire, afin de les mettre à contribution dans l'évaluation des besoins et l'élaboration des modalités de prestation des programmes de santé publique.
- Examiner et définir le rôle des programmes publics d'hygiène dentaire et des programmes publics de soins dentaires mis en œuvre dans les provinces et les territoires.
- Créer un nouvel organisme de santé publique chargé de superviser l'octroi d'un financement accru aux activités suivantes :
  - Programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies dans les écoles, les centres de santé communautaires et les établissements de soins de longue durée
  - Mise en œuvre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire

### **3. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les obstacles**

La santé bucco-dentaire des Canadiens en général s'est grandement améliorée au cours des trente dernières années, mais ces améliorations n'ont pas atteint certains segments de la population. Une bonne partie du fardeau de la maladie bucco-dentaire se trouve maintenant concentrée chez les personnes moins favorisées, notamment les aînés, les personnes à faible revenu, les jeunes en maison de transition, les Autochtones, les résidents des régions nordiques et les personnes atteintes d'incapacités mentales et/ou physiques. Ce sont ces mêmes personnes qui, en plus de connaître un taux plus élevé de maladies bucco-dentaires, ont souvent un accès limité, voire inexistant, à des soins de santé bucco-dentaire. L'évolution de la prestation des soins et des services dentaires devrait suivre un principe fondamental : tous les Canadiens devraient avoir accès aux traitements de base et aux soins préventifs.

Pour améliorer l'accès, il faut relever et aplanir les obstacles qui empêchent les gens de recevoir des soins préventifs ou des traitements. Les principaux obstacles à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire sont les mêmes que dans le cas des autres formes de soins de santé et sont notamment d'ordre géographique, financier, socio-culturel et législatif. La présente section aborde chacun des obstacles généraux à l'accès aux soins, énumère les objectifs connexes et les indicateurs permettant de mesurer l'utilisation des services, et présente des stratégies pouvant être appliquées afin d'améliorer l'accès.

#### **Obstacles géographiques**

Le Canada est un pays vaste, le deuxième au monde en superficie, mais il est peu peuplé et sa population est concentrée dans certaines zones. En effet, la grande majorité des Canadiens vivent à moins de 200 kilomètres de la frontière sud du pays. La vaste superficie du pays complique la prestation de services de santé aux populations plus éloignées, ce qui entraîne des problèmes d'accès aux soins. La

majorité des professionnels de la santé préfèrent vivre et travailler en région urbaine, ce qui amène des surplus de travailleurs de la santé dans certaines villes et des pénuries dans les régions rurales ou isolées. Des rapports de Statistique Canada font état de variations considérables entre les régions pour ce qui est du taux d'utilisation des soins dentaires. Le taux d'utilisation dans les provinces varie entre 66,7 % en Ontario et 44,0 % à Terre-Neuve-et-Labrador (Statistique Canada – 2000-2001).

Ce sont les besoins des collectivités éloignées et/ou de petite taille qui déterminent les types de services qui seront les plus appropriés. Si le nombre d'habitants est insuffisant pour justifier la présence régulière d'un dentiste, alors une autre forme de service est nécessaire. L'amélioration de l'intégration, de la formation et du soutien des travailleurs de la santé non spécialisés dans les soins de santé bucco-dentaire pour la prestation de services de prévention et la reconnaissance des besoins en matière de traitement contribuerait également à une meilleure santé bucco-dentaire dans les collectivités éloignées. Par exemple, l'on pourrait former des infirmières en santé communautaire pour appliquer le vernis au fluorure, offrir une éducation en santé bucco-dentaire et détecter les problèmes dentaires manifestes.

Pour attirer les professionnels de la santé bucco-dentaire dans les régions mal desservies, il faut songer à des mesures incitatives pour en faire des milieux de vie et de travail plus attrayants. Ces incitatifs peuvent être d'ordre financier, socio-culturel ou éducatif, ou une combinaison des trois.

Les services de diagnostic, de prévention et de restauration offerts en milieu scolaire dans les collectivités rurales par des professionnels de la santé bucco-dentaire salariés ou à contrat peuvent contribuer à éliminer les obstacles géographiques et à relever l'accès aux services dentaires préventifs, et donc à améliorer la santé bucco-dentaire.

Pour les personnes âgées ou handicapées, qu'elles vivent dans la collectivité ou en établissement, la distance, si petite soit-elle, constitue souvent un obstacle à l'accès aux soins nécessaires. Si les personnes ne peuvent se rendre aux services, les services doivent se rendre aux personnes. En offrant l'espace et le matériel requis pour offrir des services dentaires à leurs résidents, les établissements de soins de longue durée permettraient aux centres de santé publique de conclure des ententes avec des

dentistes et des hygiénistes dentaires pour offrir des services de prévention et de restauration sur place.

## **Obstacles financiers**

Au Canada, la majorité des services de santé bucco-dentaire sont assurés par des praticiens du secteur privé qui sont rémunérés à l'acte. Selon des chiffres publiés par Statistique Canada<sup>38</sup>, 53 % des Canadiens ont une assurance dentaire couvrant leurs besoins, en totalité ou en partie. Une autre tranche de 5 % est couverte par des programmes publics d'aide financière visant les besoins urgents ou de base. Environ 30 à 40 % des Canadiens assument eux-mêmes les coûts de leurs services dentaires. Par ailleurs, chez une partie des personnes assurées, les frais de co-assurance constituent un fardeau. Il y a donc un grand nombre de personnes, sans doute des millions, pour qui l'accès à des services de santé bucco-dentaire est compromis par des considérations financières. Quatre-vingt pour cent des Canadiens à revenu élevé sont protégés par une assurance dentaire, alors que seulement 11 % des personnes âgées à faible revenu bénéficient d'une telle protection. Dans la plupart des provinces, les programmes d'assistance sociale couvrent les traitements de soulagement de la douleur, de lutte contre l'infection ou de remplacement de dents perdues au moyen de prothèses.

Selon Statistique Canada, environ 80 % des Canadiens de 12 ans et plus ayant un niveau de revenu parmi les plus élevés ont consulté un dentiste en 1998-1999. Ce chiffre est comparable au pourcentage de Canadiens, toutes catégories de revenu confondues, ayant consulté un médecin la même année. Dans les catégories de revenu inférieures, les gens étaient toutefois moins nombreux à avoir consulté un dentiste, soit 45 à 50 % chez les personnes à revenu moyen-faible et moins de 40 % dans les couches de revenu les plus faibles. (Consulter l'annexe 3.)

Ce sont les personnes âgées qui ont le moins recours aux services de soins dentaires. Dans le cadre d'une étude, 41,1 % d'entre elles avaient eu recours à des services dentaires au cours des 12 mois précédents, tandis que la moyenne nationale pour l'ensemble des adultes canadiens se situait à 60,0 %<sup>39</sup> (Statistique Canada – 2000-2001). Bon nombre de ces personnes âgées ont des revenus

peu élevés et fixes, et les assurances dont certaines bénéficiaient pendant leur vie active ne sont plus valides à la retraite.

## **Obstacles socio-culturels**

Les obstacles de nature sociale ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils méritent. Pour assurer un accès « social » aux services, il faut que le client puisse obtenir ces services dans un milieu où il se sent bien d'un point de vue culturel, social et linguistique. Le simple fait d'assurer un accès financier et géographique ne garantit pas que le client aura recours aux services. Les nouveaux immigrants et les Autochtones préféreront souvent obtenir des services dans leur propre langue et de la part d'un fournisseur qui partage ou qui, à tout le moins, connaît bien ses antécédents culturels. Nombreuses sont les familles à faible revenu qui préfèrent les cliniques publiques, en particulier lorsque les parents eux-mêmes ne se rendent pas régulièrement dans un cabinet de dentiste privé.

Outre la question de l'accès aux soins, il faut tenir compte des obstacles à l'« utilisation » des soins, pour des raisons personnelles ou psychologiques. Une fois que les obstacles physiques à l'accès aux soins sont éliminés, les meilleurs prédicteurs d'une faible utilisation sont le besoin perçu et la crainte<sup>40,41</sup>.

## **Obstacles législatifs**

Il est important que les lois portant sur les services dentaires protègent les clients contre les torts potentiels et réglementent la prestation des services, mais en même temps, elles ne doivent pas empêcher les clients d'avoir accès aux soins dont ils ont besoin. Les lois devraient être élaborées de façon à garantir l'accès aux soins, et les options en matière de prestation devraient être déterminées par les professionnels, qui sont adéquatement formés pour offrir les soins. Le fait que les différents segments du système de soins de santé bucco-dentaire fonctionnent de concert comporte des avantages d'ordre public, et les lois peuvent faciliter cette coopération.

Dans certaines provinces, les hygiénistes dentaires travaillent de façon indépendante, à des degrés divers, et militent pour obtenir le droit d'offrir des soins au public directement plutôt que sur l'ordonnance d'un dentiste. Bien qu'on ne dispose pas encore de données canadiennes mesurant les résultats d'une telle initiative, les données américaines indiquent que cela rehausserait l'accès aux services d'hygiénistes dentaires et augmenterait l'aiguillage vers des dentistes<sup>42</sup>. Les divers regroupements de professionnels de la santé bucco-dentaire doivent collaborer pour garantir que les groupes de la société dont l'accès aux soins est moindre puissent obtenir différents types de services, offerts par les professionnels les mieux placés pour le faire. Les lois devraient également être étudiées et clarifiées en ce qui concerne l'application de vernis au fluorure par du personnel non spécialisé en soins dentaires, comme des infirmières en santé publique ou des médecins, dans les cas manifestes de caries dentaires chez de jeunes enfants.

Les dentothérapeutes peuvent fournir des services sur les terres de la Couronne fédérale et dans les collectivités des Premières nations, ainsi que dans les cabinets dentaires en Saskatchewan et au Manitoba sous la supervision directe de dentistes. Il existe toutefois, dans certaines provinces, de nombreuses collectivités isolées et mal desservies qui pourraient bénéficier des services d'un dentothérapeute, mais les lois de certaines de ces provinces interdisent cette pratique. Dans les années 70 et 80, les programmes dentaires de la Saskatchewan et du Manitoba incluaient des services de dentothérapeutes afin d'assurer une prestation efficace de services dentaires de haute qualité aux enfants des régions rurales et éloignées.

## **Programmes publics**

Au Canada, la méthode de prestation de services dentaires qui prédomine est fondée sur le modèle de la pratique dentaire en cabinet privé, avec rémunération à l'acte. Ce système de prestation a très bien servi la population canadienne y ayant accès, et a contribué à l'amélioration générale de la santé bucco-dentaire au cours des trois dernières décennies. Selon Statistique Canada, 60,0 % de la population a eu recours à des services dentaires en 2000-2001, soit la dernière année pour laquelle des statistiques sont disponibles. En général, la plupart des gens qui ont utilisé ces services sont jeunes,

occupent un emploi, ont une assurance dentaire (les personnes assurées sont 2,7 fois plus susceptibles d'avoir consulté un dentiste que les personnes non assurées), sont en meilleure santé et/ou ont un revenu plus élevé (les personnes dont le revenu se situe dans la tranche la plus élevée sont 2,8 fois plus susceptibles d'avoir consulté un dentiste que celles dont le revenu se classe dans la tranche la moins élevée)<sup>43</sup>. Depuis le début des années 70, les assurances privées à tiers payant ont rendu les services dentaires accessibles à de nombreuses personnes qui autrement n'auraient pas eu les moyens d'obtenir les services dont elles ont besoin. Malheureusement, le système de soins dentaires existant – qui repose principalement sur les cliniques dentaires privées fonctionnant selon une rémunération à l'acte, dans un contexte où de nombreuses personnes ne sont pas protégées en vertu d'une assurance à tiers payant – ne répond pas aux besoins de un quart à un tiers des personnes à faible revenu, immigrantes, autochtones, en mauvaise santé ou dont l'accès aux soins est restreint en raison de divers obstacles. Dans de tels cas, il est nécessaire de bonifier le système privé de soins dentaires existant par des services de santé publique utilisant des méthodes parallèles de prestation et de rémunération, dispensés dans les centres de santé communautaires, dans les écoles ou dans d'autres établissements publics.

Les systèmes privé et public ont tous deux un rôle à jouer en matière de prestation de soins dentaires. Actuellement, la plupart des programmes dentaires publics au Canada n'englobent que des traitements d'urgence ou des traitements vraiment de base, et ne couvrent que les prestataires d'aide financière ou les enfants de familles à très faible revenu. Ce sont les cabinets dentaires privés, où les praticiens sont rémunérés à l'acte, qui offrent la plupart des services visés par les programmes publics. Il n'y a actuellement que quatre provinces qui offrent des programmes universels de soins dentaires destinés aux enfants, et dans trois d'entre elles, les services ne s'adressent qu'aux enfants de dix ans et moins<sup>44</sup>. De façon générale, on devrait avoir des programmes publics de santé bucco-dentaire axés sur la promotion de la santé à l'échelle d'une population, des services préventifs axés sur les besoins et l'accès aux services et des services de traitement destinés aux membres les moins favorisés de la société.

Les programmes publics doivent rendre des comptes d'une manière vérifiable et mettre l'accent sur la nécessité d'avoir des objectifs, des indicateurs de

santé et une planification stratégique qui soient mesurables. Il est nécessaire de démontrer les bienfaits pour la santé découlant des dépenses effectuées, peu importe que le programme soit fondé sur une rémunération à l'acte versée aux dentistes par les gouvernements ou que les services soient offerts par des professionnels de la santé bucco-dentaire salariés travaillant dans des cliniques gérées par le gouvernement, par des organismes à but non lucratif ou par des centres de santé communautaires.

Il faut non seulement que les services publics soient gérés de façon responsable, mais également qu'ils soient durables. Le financement doit être suffisant pour répondre aux besoins démontrés par des données probantes, mais les coûts croissants doivent être gérés dans le respect des budgets de façon à ne pas dépasser la hausse annuelle des recettes destinées au fonctionnement des programmes. Il est donc nécessaire de retenir les services à temps plein d'administrateurs efficaces pour surveiller les budgets de ces programmes ainsi que les améliorations de la santé attribuables aux programmes publics.

Pour les personnes qui n'ont pas accès aux soins, il faut offrir des services directement dans les écoles et les garderies, dans les centres de santé communautaires et dans les résidences pour personnes âgées ou handicapées. Les services préventifs offerts dans les écoles peuvent être très efficaces pour ce qui est d'améliorer les résultats sur le plan de la santé, car tous les enfants peuvent ainsi y avoir accès. Des données probantes indiquent, d'une part, que l'application topique annuelle de fluorure par un professionnel est bénéfique pour les enfants exposés à un risque élevé de souffrir de caries dentaires et, d'autre part, qu'une prophylaxie préalable au moyen d'une cupule en caoutchouc n'ajoute rien aux bienfaits préventifs du fluorure<sup>45</sup>. L'application topique de fluorure peut donc être effectuée efficacement et de façon rentable, avec un minimum d'équipement.

### **But n° 3. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire**

**Objectifs liés à l'amélioration de l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et à la réduction des obstacles :**

1. Obtenir une augmentation de 5 % dans l'utilisation des services dentaires au Canada par rapport au taux de 2000-2001.
2. Toutes les provinces et tous les territoires offrent des programmes de traitement dentaire à l'intention des enfants de familles à faible revenu.
3. Toutes les provinces et tous les territoires offrent des programmes dentaires préventifs dans les écoles.
4. Toutes les provinces et tous les territoires adoptent des lois imposant l'examen bucco-dentaire de tous les nouveaux résidents des établissements de soins de longue durée au moment de leur admission, ainsi que la mise en place de régimes continus de soins de santé bucco-dentaire.
5. Soixante-quinze pour cent des personnes âgées non institutionnalisées indiquent avoir un accès adéquat aux soins dentaires.
6. Toutes les provinces et tous les territoires retiennent à temps plein les services de professionnels de la santé bucco-dentaire pour administrer et diriger les services dentaires publics.

## **Stratégies pour améliorer l'accès aux soins**

### **Que peuvent faire les professionnels de la santé bucco-dentaire pour améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les obstacles?**

- Participer à des activités de formation continue sur la prestation de services à des populations particulières, notamment les collectivités multiculturelles, les Autochtones, les personnes ayant des incapacités, les personnes à faible revenu et les personnes âgées.
- Reconnaître les obstacles à l'accès aux soins dans leurs propres cabinets et en tenir compte, notamment sur les points suivants :
  - accessibilité pour les fauteuils roulants;
  - heures d'ouverture;
  - arrangements financiers;

- adaptation aux réalités culturelles.
- Poursuivre les efforts pour élaborer des programmes et des services tenant compte des besoins différents des secteurs ayant un accès réduit aux soins de santé.
- Participer à des cliniques offrant des soins dentaires à moindre coût aux personnes à faible revenu.
- Traiter la maladie dentaire selon le modèle médical plutôt que selon le modèle chirurgical.
- Reconnaître la nécessité d'améliorer l'accès aux services de santé bucco-dentaire et militer en ce sens.

**Que peuvent faire les organisations dentaires ou les régions sanitaires pour améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les obstacles?**

- Offrir une formation continue sur la prestation de services de santé bucco-dentaire aux populations particulières qui affichent un faible taux d'utilisation des services dentaires.
- Poursuivre les efforts pour élaborer des programmes et des services tenant compte des besoins différents des secteurs ayant un accès réduit aux soins de santé.
- Accroître la prestation de soins de santé bucco-dentaire offerts dans les centres de santé communautaires.
- Organiser des séances de soins bucco-dentaires en appliquant une approche d'équipe et de collaboration.
- Diffuser de l'information sur les professionnels de la santé bucco-dentaire qui offrent des services à l'extérieur des cadres de pratiques habituels, ainsi que sur leurs expériences et sur les difficultés auxquelles ils font face.
- Sensibiliser et mobiliser le public afin de faire la promotion d'un accès universel aux soins dentaires qui soit bien conçu et financé adéquatement.
- Créer et entretenir un site Web comprenant une liste des « pratiques exemplaires » associées aux programmes et aux activités

de promotion du Canada. Établir un processus permettant de déterminer ce qui constitue une « pratique exemplaire ».

- Collaborer avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) au sein des organismes régionaux d'agrément pour veiller à ce que des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et des services de prévention et de traitement soient en place dans toutes les régions sanitaires à l'intention des citoyens défavorisés.
- Les établissements d'enseignement en santé bucco-dentaire peuvent :
  - Élaborer des politiques d'admission tenant compte des tendances démographiques et des besoins culturels des diverses collectivités.
  - Au premier cycle d'études, inclure davantage de contenu visant à sensibiliser les étudiants aux différences linguistiques, culturelles et sociales.
  - Offrir une formation continue pour sensibiliser le personnel aux différences linguistiques, culturelles et sociales.

**Que peuvent faire les gouvernements pour améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire et réduire les obstacles?**

- Jouer un rôle de leader
  - Chaque province et territoire devrait retenir les services d'un consultant principal en soins dentaires pour se pencher sur l'amélioration de l'accès aux soins et l'intégration avec d'autres autorités responsables de la santé.
  - Collaborer avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) afin d'intégrer des critères liés à la santé bucco-dentaire dans le cadre de l'agrément des services de santé.
  - Se pencher sur de nouvelles méthodes de prestation des services de santé bucco-dentaire.

- Mettre en place une infrastructure
  - Mener des recherches et des activités de promotion relativement à la prestation de soins dentaires à partir de centres de santé communautaires et réglementer et financer ces soins, et intégrer ces services avec d'autres administrations sanitaires.
  - Accroître le nombre d'hôpitaux disposant d'installations dentaires (tant pour les patients des urgences que pour les patients hospitalisés et à risque élevé).
  - Offrir des incitatifs aux praticiens pour les amener dans les régions mal desservies.
  - Accroître les services de prévention dans les écoles. (Séances d'application de résine de scellement, éducation interactive en hygiène bucco-dentaire, applications ciblées de fluorure.)
  - Offrir des services publics de santé bucco-dentaire en collaboration avec d'autres services de santé.
  - Créer ou soutenir des programmes provinciaux publics de prévention en santé.
- Créer un milieu
  - Mettre en place des lois sur les établissements de soins de longue durée imposant l'élaboration et la mise en œuvre de régimes de soins de santé bucco-dentaire à l'intention des résidents comprenant une stratégie de soins bucco-dentaires quotidiens.
  - Offrir aux fournisseurs une formation sur l'adaptation à la culture.
  - Élaborer des lois pour garantir l'accès aux soins.
    - Des hygiénistes dentaires travaillent sans supervision pour des programmes de santé publique (dans leur champ d'activité).
    - Des dentothérapeutes travaillent à l'extérieur des réserves pour des programmes communautaires.
    - Lois autorisant un suivi dans les cas de négligence concernant les soins et l'hygiène dentaires (enfants/ personnes âgées).
- Lois imposant une évaluation de la santé bucco-dentaire et des services de prévention dans les établissements privés et publics de soins de longue durée.
- Lois obligeant les établissements dont la taille excède une certaine limite à créer une salle de santé où des traitements pourront être offerts.
  - Se pencher sur d'autres modes de rémunération pour les dentistes offrant ces services.
- Chercher et documenter, au moyen d'une analyse de contexte, des exemples de « pratiques exemplaires » et intégrer ces pratiques.
- Faciliter la collaboration entre les diverses organisations dentaires, ainsi qu'entre celles-ci et le gouvernement, afin de s'assurer que des services adéquats sont offerts par le professionnel de la santé bucco-dentaire le plus qualifié pour le faire.
- Poursuivre les efforts pour élaborer des programmes et des services tenant compte des besoins différents en matière de soins de santé des aînés, des personnes issues des diverses communautés culturelles, des Autochtones, des personnes atteintes d'invalidités et des personnes à faible revenu.
- Améliorer l'intégration des services de santé bucco-dentaire avec d'autres services de santé et d'éducation.
- Fournir les ressources
  - Collaborer étroitement avec les universités et les collèges afin d'offrir des bourses d'études pour la formation de professionnels de la santé bucco-dentaire, en particulier des bourses visant à accroître le nombre d'étudiants inuits ou membres des Premières nations.
  - Offrir un financement pour les services de santé bucco-dentaire préventifs dans les établissements de soins de longue durée.

- Accroître le financement afin que les soins de santé bucco-dentaire soient couverts par le régime public d'assurance-maladie dans le cas des groupes à risque – enfants, indemnités de maternité, etc.
- Assurer une prestation directe de services ou accroître le financement pour les services de santé bucco-dentaire à l'intention des personnes ayant un statut socio-économique précaire, y compris les travailleurs à faible revenu. Les services peuvent comprendre des programmes et des soins de base en santé bucco-dentaire, notamment les soins nécessaires de restauration et d'entretien et des activités de promotion de la santé. Cet objectif pourra être atteint par les mesures suivantes :
  - Financement fédéral aux provinces et aux territoires (en fonction du nombre d'habitants) destiné aux programmes et aux services de santé bucco-dentaire; ou
  - Financement aux centres de santé communautaires offrant des services de santé bucco-dentaire.
- Le gouvernement fédéral peut accroître le financement alloué tant au programme de santé communautaire qu'au Programme des services de santé non assurés de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada de façon à ce que :
  - Des programmes et des services de santé bucco-dentaire soient offerts, y compris les soins nécessaires de restauration, d'entretien et de prévention et les activités de promotion de la santé.
  - Une approche inter-professionnelle de santé et de bien-être comprenant un volet sur la santé bucco-dentaire soit adoptée.
  - L'on modifie l'orientation du programme pour qu'il soit axé sur la prévention plutôt que sur le traitement des maladies.
  - L'on ait recours à une combinaison de services publics et privés se complétant les uns les autres et améliorant l'accès aux soins.
- Offrir des incitatifs aux professionnels des soins dentaires pour qu'ils s'établissent dans les régions mal desservies.

## Autre

- Les employeurs peuvent :
  - Reconnaître les avantages d'offrir une assurance bucco-dentaire aux employés et aux retraités (une personne en santé utilise moins de congés de maladie, etc.).
  - Évaluer s'il est possible d'offrir des séances de soins dentaires sur place pour la prévention des maladies, la promotion de la santé, le dépistage et l'aiguillage vers d'autres professionnels de la santé au besoin.
- Les établissements de soins de longue durée peuvent :
  - Établir des politiques et des protocoles de soins de santé bucco-dentaire comprenant une évaluation bucco-dentaire initiale et des suivis à intervalles réguliers.
  - Faire en sorte que les aides-soignantes et les aides-infirmières offrent des soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire de base aux résidents qui sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes.

## 4. Contrôle, surveillance et recherche

### Contrôler les progrès vers l'atteinte des buts de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire

Le contrôle des progrès vers l'atteinte des buts de la SCSBD et la surveillance des données sur la santé bucco-dentaire sont étroitement liés. Toutes les données de contrôle ou de surveillance issues d'enquêtes liées aux buts de la SCSBD doivent être conservées dans un lieu commun et accessible afin qu'elles puissent être utilisées et/ou combinées par méta-analyse avec celles issues d'autres enquêtes de manière à fournir un aperçu plus vaste de l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens.

La collecte et la centralisation des données de contrôle des buts permettra de créer des rapports réguliers et d'évaluer les progrès vers l'amélioration de la santé bucco-dentaire dans les provinces et territoires.

### Surveillance des données sur la santé bucco-dentaire

On définit la surveillance de la santé publique comme étant « la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques de données sur les résultats utilisées pour planifier, mettre en place et évaluer la pratique en santé publique ».

Au Canada, les enquêtes et les statistiques sur la santé bucco-dentaire se font rares. Il y a très peu d'information issue de bases de données disponible à l'échelle nationale, provinciale ou territoriale. Lorsque les provinces ou les régions sanitaires effectuent des évaluations ou des enquêtes, il n'existe aucune norme inter-provinciale ni uniformité quant à l'information qui est recueillie ou aux segments de la population qui sont visés. Par conséquent, les statistiques locales ou régionales, bien qu'utiles pour la région visée, ne peuvent pas être comparées avec celles qui ont été recueillies ailleurs au pays.

Il serait souhaitable de mener une enquête nationale bien planifiée et exécutée sur la santé bucco-dentaire – un objectif que le Canada se devrait d'avoir – mais une telle entreprise nécessitera des ressources considérables en matière de planification, de financement et d'engagement. On espère que la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire inspirera les activités dans ce secteur. D'ici à ce qu'une enquête nationale puisse être menée, bon nombre des objectifs liés à ce projet seront atteints lorsque des protocoles normalisés, élaborés par les facultés de médecine dentaire, les organisations dentaires, les praticiens et/ou les gouvernements, auront été établis aux fins des enquêtes effectuées par les provinces et les régions sanitaires. Le mieux serait d'élaborer ces protocoles sous une forme électronique et de les placer sur un site Web d'où on pourrait les télécharger. De cette façon, les provinces et les régions auraient accès à des données utiles pouvant être partagées avec d'autres provinces ou administrations et/ou combinées pour établir un portrait provincial ou national.

Des méthodes d'enquête normalisées devraient être élaborées relativement aux indicateurs suivants, lesquels permettent de mesurer l'état de santé bucco-dentaire général des Canadiens. Les gouvernements et les organisations dentaires seraient ainsi en mesure de choisir parmi une liste les enquêtes qu'ils souhaitent mener et seraient encouragés à le faire de façon régulière.

- Carie dentaire
  - dents cariées, extraites ou obturées chez les enfants de 6 ans.
  - dents cariées, manquantes ou obturées chez les 12 et 17 ans.
  - indice SiC (« significant caries index ») chez les 12 et 17 ans.
  - pourcentage de la population âgée de 6, 12, 17, 35 à 44 et 65 à 74 ans ne recevant pas les traitements dentaires nécessaires.
  - pourcentage de la population n'ayant jamais eu de caries
    - 6 et 9 ans pour la dentition temporaire
    - 12 et 17 ans pour la dentition définitive.
- Évaluation parodontale
  - CPITN à 12, 17, 35 à 44 et 65 à 74 ans.
- Fluorose dentaire
  - IFSD à 8 ans.

- Lésions dentaires
  - Pourcentage de la population âgée de 12, 17 et 35 à 44 ans ayant une dent cassée, arrachée ou morte (à la suite d'un accident) ou ayant eu des fractures mandibulaires ou maxillaires.
- Hypocalcification des molaires
  - Pourcentage des enfants de 12 et 17 ans présentant des dents hypocalcifiées à des degrés divers.
- Dents manquantes
  - Pourcentage de la population âgée de 35 à 44 ans et de 65 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle.
  - Pourcentage de la population âgée de 35 à 44 et de 65 ans ayant 20 dents naturelles et fonctionnelles ou plus.

Les enquêtes par auto-évaluation chercheront à recueillir des données sur les facteurs suivants :

- État de santé bucco-dentaire
  - Perception de la santé bucco-dentaire
  - Caries non traitées.
- Édentulisme
  - Pourcentage de personnes édentées chez les 35 à 44 et les 65 à 74 ans.
- Présence de douleur.
- Satisfaction relativement à son apparence.
- Fonction bucco-dentaire.
- Parole et communication.
- Nutrition et mastication.
- Tabagisme.
- Bien-être psychologique et social.
- Comportements liés à la santé bucco-dentaire
  - Brossage des dents avec un dentifrice au fluorure deux fois par jour.
  - Utilisation de la soie dentaire.
  - Consommation d'aliments et de boissons sucrées.
  - Fréquence de consommation de grignotines.
  - Habitudes liées à l'alimentation nocturne des jeunes enfants.
- Utilisation des services dentaires.
- Jours de travail ou d'école perdus en raison de douleurs ou d'infections dentaires.

Les enquêtes par auto-évaluation ou par évaluation de la part des parents sont beaucoup plus faciles et

moins coûteuses à mener que les enquêtes cliniques, quel que soit l'âge des sujets. Dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) actuelle, il y a trois questions portant sur la santé bucco-dentaire parmi l'ensemble de questions de base relatives à la santé. On trouve aussi un ensemble optionnel de onze questions que les provinces et territoires peuvent intégrer à l'enquête. Si les questions optionnelles ne sont pas utilisées dans l'ESCC d'une province ou d'un territoire donné, elles peuvent toujours être utilisées dans les enquêtes menées par d'autres organisations de santé. Les réponses à ces questions peuvent servir de fondement à une base de données sur la santé bucco-dentaire.

À des fins de comparaison, il serait préférable que les données des futures enquêtes soient liées aux buts de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire. De cette façon, les régions sanitaires sauraient où elles se situent par rapport à ces buts. Même si les données sur un sujet particulier pourraient être recueillies pour un groupe d'âge donné ou pour tous les groupes d'âge, il serait utile d'inclure les groupes visés par la SCSBD et de leur accorder une attention particulière. L'adoption de buts communs par l'entremise de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire contribuera grandement à normaliser la surveillance au Canada, une première étape essentielle en vue d'améliorer la santé bucco-dentaire.

Il serait bon d'utiliser un site Web où l'on conserverait un répertoire des enquêtes déjà effectuées ainsi que les sondages, les protocoles et les résultats d'enquêtes récentes et où l'on ferait état des progrès vers l'atteinte des buts. Les enquêtes individuelles pourraient être combinées pour permettre la méta-analyse des résultats. Le répertoire central des enquêtes, qui serait similaire à celui du National Institute of Dental and Craniofacial Research (NIDCR) aux États-Unis<sup>46</sup>, devrait être mis à la disposition de tous les chercheurs, fournisseurs de soins de santé bucco-dentaire et décideurs afin de faciliter la prise de décisions.

En plus de créer un répertoire central des résultats d'enquêtes sur la santé bucco-dentaire, il est aussi important de collaborer avec l'Institut canadien d'information sur la santé<sup>47</sup> afin que des données sur la santé bucco-dentaire soient conservées avec les données sur la santé générale. Les chercheurs seront ainsi en mesure d'étudier les liens possibles entre la santé bucco-dentaire et la santé générale, et

de confirmer que la santé bucco-dentaire est une composante de la santé générale.

L'éthique de la recherche en santé et de la collecte de données est de première importance. Toute recherche ou tout sommaire de données recueillies doit respecter les lignes directrices en matière d'éthique et les règles relatives à la confidentialité et au consentement éclairé des clients prenant part aux enquêtes ou aux recherches. Les lignes directrices en matière d'éthique sont décrites par les Instituts de recherche en santé du Canada<sup>48</sup> et sont également énoncées dans la nouvelle *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*<sup>49</sup> adoptée par le gouvernement du Canada.

## Recherche sur la santé bucco-dentaire

Au Canada, l'organisme principal en matière de recherche sur la santé bucco-dentaire est l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite<sup>50</sup> (IALA), un des treize instituts que regroupent les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'IALA soutient et finance la recherche effectuée par les facultés de médecine dentaire, les organisations dentaires et les autres organismes de santé, en plus d'en faciliter la coordination. Le Fonds dentaire canadien<sup>51</sup> et certains organismes fédéraux, provinciaux et privés de financement de la recherche en santé, de même que les facultés de médecine dentaire, jouent aussi un rôle actif en matière de soutien et de financement de la recherche sur la santé bucco-dentaire. L'Association canadienne de recherches dentaires (ACRD) est un regroupement de chercheurs en santé bucco-dentaire qui facilite la diffusion des résultats de la recherche et qui milite en faveur de la recherche en santé bucco-dentaire. L'ACRD entretient des liens étroits avec l'Association internationale de recherches dentaires (AIRD) et avec l'American Association of Dental Research (AADR)<sup>52</sup>.

En 2002, la section sur la santé bucco-dentaire de l'IALA a tenu un atelier de planification sur la recherche en santé bucco-dentaire<sup>53</sup> qui a facilité l'élaboration d'une Stratégie nationale sur la recherche en santé bucco-dentaire, offrant ainsi un cadre pour l'avancement et la structuration de ce type de recherche dans les années à venir. Pour que cette

stratégie soit efficace, il est important de lui accorder le financement nécessaire.

La recherche relevant de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite est axée sur les quatre secteurs suivants :

- Recherche fondamentale (biomédicale de base).
- Sciences cliniques appliquées.
- Recherche fondée sur la population, y compris les aspects sociaux et environnementaux de la santé et des maladies.
- Recherche sur les services et les systèmes de santé.

Au Canada, la pénurie de jeunes chercheurs qualifiés est un problème de taille. Le niveau d'endettement des étudiants contribue à cette pénurie : au moment de leur graduation, les dentistes et les hygiénistes dentaires doivent rembourser des dettes d'études très élevées, et ils sont donc plutôt portés à se lancer dans la pratique clinique dès que possible. L'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite essaie de surmonter en partie ce problème en soutenant les étudiants au moyen de bourses et de projets de recherche<sup>54</sup>, mais il faudrait davantage d'aide de la part des gouvernements, des organisations dentaires et des particuliers pour permettre aux jeunes de poursuivre une carrière dans le milieu universitaire ou dans les domaines de la recherche ou de la santé publique.

Lorsque des recherches sont effectivement menées, il est très important que les résultats et les connaissances qui en découlent soient diffusés aux professionnels de la santé bucco-dentaire, aux décideurs en santé publique, au milieu universitaire et au grand public. Les cliniciens ont besoin que les résultats de la recherche soient traduits sous forme de protocoles et de lignes directrices pour la pratique clinique pour être en mesure de les appliquer dans les activités quotidiennes. Les décideurs ont besoin de données de surveillance à des fins de comparaison avec les autres provinces/territoires ou régions sanitaires et avec les données de référence pour ce qui est de l'atteinte des buts de la SCSBD.

**But n° 4. Établir une méthode normalisée de contrôle et de surveillance de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays et veiller à ce que la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire soit suffisamment appuyée.**

**Objectifs liés au contrôle, à la surveillance et à la recherche**

1. Élaborer des protocoles normalisés de surveillance de la santé bucco-dentaire.
2. Mettre en place un site central pour recueillir et conserver les résultats d'enquêtes.
3. Établir un répertoire central des enquêtes et des rapports de recherche.

**Stratégies pour l'amélioration du contrôle, de la surveillance et de la recherche**

**Que peuvent faire les professionnels de la santé bucco-dentaire et les chercheurs pour améliorer le contrôle, la surveillance et la recherche?**

- Les professionnels ayant des compétences en matière de recherche, de contrôle ou de surveillance peuvent agir à titre de mentors auprès d'autres professionnels.
- Faire valoir la nécessité de mener régulièrement des enquêtes nationales.
- Participer à la réalisation des enquêtes au besoin.
- Étudier et intégrer les lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des preuves.

**Que peuvent faire les organisations dentaires, les régions sanitaires et les établissements de recherche?**

- Rehausser la participation au transfert et à l'application des connaissances issues de la recherche.
- Faciliter la tenue de rencontres avec d'autres fournisseurs de soins de santé afin de surmonter les difficultés susmentionnées.
- Militer en faveur de la mise en œuvre d'une enquête nationale.
- Appuyer le processus d'étalonnage visant à garantir la cohérence de la collecte de données.
- Adopter des protocoles concernant les outils d'enquête et les processus de collecte de données normalisés.
- Organiser et effectuer des enquêtes par auto-évaluation et des enquêtes cliniques en utilisant des outils de collecte de données normalisés et en mesurant les progrès relativement aux buts de la SCSBD.
- Élaborer des lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des preuves.
- Les établissements d'enseignement et/ou les organismes de recherche peuvent tenir des ateliers et des conférences pour aider les fournisseurs en ce qui concerne la méthodologie d'enquête et l'épidémiologie de base, la rédaction de demandes de subventions, etc.
- Établissements de recherche
  - Militer en faveur de nouvelles approches de collaboration de la part du gouvernement, du secteur privé et de l'industrie en matière de financement.
  - Élaborer des méthodes de diffusion de l'information issue de la recherche – accès en ligne à des articles de recherche, télé-enseignement interactif de lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur les données probantes issues de la recherche.

### **Que peuvent faire les gouvernements pour améliorer le contrôle, la surveillance et la recherche?**

- Jouer un rôle de leader dans la surveillance de la santé bucco-dentaire et la recherche dans ce secteur, et en appliquer les résultats dans le cadre des politiques et de la planification.
  - Chaque province et territoire devrait retenir les services à temps plein d'un consultant principal en soins dentaires ayant des compétences en épidémiologie dentaire, pour surveiller les niveaux de santé et de maladies bucco-dentaires et pour conseiller le gouvernement au sujet des stratégies pour améliorer la santé bucco-dentaire.
  - Établir et appuyer le poste de dentiste en chef (consultant principal en soins dentaires).
- Promouvoir et élaborer des activités de recherche et de surveillance en santé bucco-dentaire.
  - Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient effectuer des recherches de surveillance sur l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens, ce qui permettrait de faire des comparaisons quant à la situation géographique, au sexe, à l'âge, au revenu et à l'origine culturelle.
  - Se conformer aux protocoles d'enquête normalisés.
  - S'engager à financer l'élaboration, la mise en œuvre et l'analyse d'une enquête épidémiologique nationale sur la santé bucco-dentaire.
  - Établir une capacité en matière de recherche bucco-dentaire en :
    - Accordant des subventions appropriées.
    - Rehaussant l'effectif de chercheurs en santé bucco-dentaire au moyen de possibilités de formation.
    - Soutenant l'élaboration de données sur la santé bucco-dentaire et les services connexes et en améliorant l'accès à ces données.
- Appuyant le mentorat de nouveaux chercheurs et en établissant pour les chercheurs des possibilités de réseautage.
- Améliorer la diffusion des résultats d'enquêtes et de recherches.
  - Améliorer la diffusion des connaissances en incitant les chercheurs à collaborer avec les utilisateurs des données issues de la recherche et déceler des approches efficaces d'application des connaissances.
  - Collaborer avec l'ICIS pour la création d'un système de contrôle de la santé bucco-dentaire.
  - Appuyer l'élaboration de lignes directrices pour la pratique clinique fondées sur des preuves.
  - Élaborer un répertoire électronique universel et centralisé des enquêtes et des rapports de recherche ainsi qu'un centre d'archivage des résultats d'enquêtes, ou offrir un soutien financier pour l'élaboration de ces outils.

## 5. Ressources humaines

De nombreux aspects de la formation, du champ d'activité, du lieu de pratique et du rendement des professionnels de la santé bucco-dentaire ont un impact sur les ressources humaines pouvant être consacrées à la promotion de la santé bucco-dentaire, à la prévention et aux soins. Le personnel des autres secteurs liés à la santé font également la promotion de la santé bucco-dentaire, ou pourraient la faire. Il y a quatre aspects liés aux ressources humaines : le nombre et le type de fournisseurs, la distribution des fournisseurs, les besoins de la société et la formation des professionnels de la santé, tant les généralistes que les spécialistes. Comme c'est le cas pour d'autres aspects de la prestation des soins de santé, on constate que certaines régions canadiennes connaissent des pénuries de personnel en santé bucco-dentaire, tandis que d'autres connaissent des surplus.

Un contrôle des ressources humaines est actuellement effectué par L'Association dentaire canadienne, par L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et par Développement des ressources humaines Canada (DRHC)<sup>55</sup>, au moyen d'une étude sectorielle sur les ressources humaines en soins de santé bucco-dentaire. Malgré la difficulté d'un tel exercice, il est nécessaire de prévoir les besoins futurs, et pour atteindre un bon équilibre dans l'effectif des professionnels, les établissements d'enseignement doivent utiliser cette information en conséquence. Toutes les prévisions quant aux ressources humaines futures doivent tenir compte des besoins changeants d'une population vieillissante et du nombre et de la distribution de chaque type de professionnels de la santé bucco-dentaire permettant le mieux de répondre à ces besoins.

Afin de répondre aux besoins en matière de santé bucco-dentaire dans les régions mal desservies au pays, il faut adopter des mesures incitatives pour attirer et retenir le personnel en santé dentaire. De plus, les compétences de tous les professionnels de la santé bucco-dentaire devraient être utilisées dans toute la mesure du possible. Un effort de collaboration quant aux champs d'activités serait dans le meilleur intérêt tant des professionnels que de l'ensemble de la population qu'ils desservent.

Certains fournisseurs de soins de santé autres que dentaires ont un rôle actif à jouer dans les activités

de prévention et de promotion destinées aux enfants, aux adultes et aux personnes âgées. Par exemple, les infirmières de santé publique et les médecins sont en contact avec les jeunes enfants dès leur naissance et procèdent à diverses évaluations. Les jeunes enfants à risque ou ayant des caries en bas âge identifiés par une infirmière de santé publique ou un médecin bénéficieraient d'un aiguillage précoce vers des professionnels de la santé bucco-dentaire afin que l'on puisse leur offrir des services de prévention et de traitement. De plus, les travailleurs de la santé dans les résidences pour personnes âgées sont souvent responsables de la santé bucco-dentaire des résidents. Les évaluations dentaires de base et les pratiques quotidiennes simples d'hygiène dentaire devraient être intégrées à leurs programmes de formation respectifs et à leurs pratiques courantes.

Le coût élevé de la formation et l'endettement des diplômés des programmes de formation en santé bucco-dentaire sont particulièrement préoccupants. Ce coût de formation élevé a plusieurs effets négatifs, en plus des considérations d'ordre personnel :

- Un niveau d'endettement élevé peut empêcher un diplômé de se lancer dans la recherche, la santé publique ou l'enseignement, des secteurs où le revenu potentiel après une formation supplémentaire peut être moins élevé que dans la pratique générale.
- Un endettement élevé fait en sorte que les nouveaux diplômés ont immédiatement besoin d'un revenu pour vivre et pour rembourser leurs dettes.
- Les étudiants issus de familles à faible revenu sont moins susceptibles d'entrer dans un programme de médecine ou d'hygiène dentaires.

La formation des spécialistes en santé dentaire publique soulève des préoccupations particulières au Canada. Le coût de la formation comparativement à ce qu'elle rapporte une fois terminée empêche de nombreux dentistes et hygiénistes dentaires d'entrer dans un programme de santé dentaire publique. Le manque de professionnels qualifiés en santé publique crée un vide en matière d'épidémiologie dentaire et de planification et d'évaluation de programmes, des secteurs d'activité essentiels à l'amélioration de l'accès aux soins. De la même façon, il y a une pénurie de professionnels de la

santé bucco-dentaire qui offrent des services spécialisés aux enfants et aux adultes présentant des incapacités/handicaps ainsi qu'aux personnes âgées. Il s'agit d'une spécialité en soi, qui devrait être mise en valeur et soutenue comme il se doit.

Comme on l'a dit plus tôt dans la section sur la promotion de la santé bucco-dentaire, la prise en compte des déterminants de la santé nécessite une approche intégrée, mettant à contribution du personnel varié tant du secteur de la santé que des autres secteurs. Les progrès dans les activités de promotion de la santé tenant compte des déterminants de la santé devraient être considérés dans les projections relatives aux ressources humaines.

**But n° 5. Assurer le recrutement, la répartition et la formation appropriés de professionnels de la santé bucco-dentaire.**

**Objectifs du contrôle des ressources humaines en santé bucco-dentaire.**

D'ici 2010, mettre en œuvre un plan stratégique complet en matière de ressources humaines pour la période de 2010 à 2020, en tenant compte des besoins de la société canadienne liés à la santé bucco-dentaire, de l'éventail complet des professionnels de la santé bucco-dentaire, des secteurs sanitaires connexes et des besoins en éducation.

## **Stratégies pour le développement des ressources humaines**

**Que peuvent faire les fournisseurs en santé bucco-dentaire pour augmenter les ressources humaines disponibles afin de répondre aux besoins en matière de soins de santé bucco-dentaire?**

- Intégration des services bucco-dentaires avec d'autres services de santé.
- Contribuer à attirer du personnel dans le domaine de la santé bucco-dentaire en participant à des journées spéciales sur la carrière dans les écoles secondaires, à des foires sur la santé, au Mois national de la santé bucco-dentaire, à la Semaine nationale de l'hygiène dentaire, etc.
- Un milieu de travail sain et une rémunération adéquate permettraient d'attirer des effectifs et de maintenir l'intérêt pour la profession.
- Accorder une souplesse pour ce qui des heures et des cadres de travail et offrir des possibilités de partage de postes, le cas échéant.

## **Que peuvent faire les organisations dentaires ou les régions sanitaires?**

- Appuyer l'étude sur les ressources humaines en santé bucco-dentaire et continuer d'y participer.
- Promouvoir d'autres formes de prestation des services dans les régions mal desservies, au moyen d'une approche d'équipe.

## **Que peuvent faire les gouvernements?**

- Relever les besoins liés au système de santé bucco-dentaire et appliquer les résultats à la planification des ressources humaines.
  - Accroître la proportion de fournisseurs de soins primaires et d'autres travailleurs qui sont en mesure de cerner et d'utiliser les méthodes primaires de prévention et de contrôle de la carie dentaire et d'aiguiller les clients vers des praticiens en santé bucco-dentaire.
  - Relever les problèmes d'accès aux soins et faire des recommandations pour s'assurer que le nombre de personnes bien formées est suffisant pour que tous les Canadiens aient accès à des programmes de santé bucco-dentaire de qualité.
  - Élaborer et mettre en œuvre des méthodes différentes de prestation de services pour prévenir, diagnostiquer et traiter les problèmes de santé bucco-dentaire parmi les segments mal desservis de la société.
  - Porter à la connaissance des décideurs, des gouvernements, des formateurs et des praticiens la grande disparité qui existe dans l'état de santé bucco-dentaire de la population et l'accès aux soins.
  - Veiller à ce que chaque province et territoire nomme un consultant principal en santé bucco-dentaire pouvant conseiller le gouvernement au sujet des stratégies visant à déterminer, contrôler et développer les ressources humaines.
- Planifier les besoins liés à la formation en santé bucco-dentaire.
  - Se pencher sur la formation de base de chaque professionnel de la santé

- bucco-dentaire. Y a-t-il des solutions de remplacement moins coûteuses tout en étant aussi efficaces?
- Axer les besoins de formation sur les résultats en matière de santé.
  - Élaborer des programmes permettant de prévoir et de surveiller les tendances concernant l'effectif et la demande de personnel dentaire ou participer à leur élaboration, et analyser l'information relative aux facteurs influant sur les besoins et la demande en matière de santé bucco-dentaire.
  - Relever les besoins dans les spécialités bucco-dentaires (y compris en santé bucco-dentaire publique, en recherche et dans le milieu universitaire) et offrir des incitatifs pour encourager les professionnels de la santé à se diriger vers ces domaines.
    - Stratégies de remboursement des prêts étudiants.
    - Bourses d'études et de recherche pour la formation de chercheurs et pouvant leur offrir un soutien dans les débuts de leur carrière universitaire.
    - Rémunération adéquate tenant compte des compétences nécessaires et de la formation additionnelle requise.
    - Bourses d'études avec retour de services.
  - Éliminer les obstacles à la mobilité interprovinciale des professionnels de la santé.
  - Veiller à ce que les fournisseurs soient bien formés et à ce que leurs activités soient réglementées adéquatement.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent :
    - Faire en sorte qu'il soit plus facile pour les hygiénistes dentaires d'offrir des services sans supervision directe dans les établissements de santé publique.
    - Offrir des bourses d'études assorties d'ententes de retour de services.
    - Faire en sorte qu'il soit plus facile pour les dentothérapeutes et les hygiénistes dentaires d'offrir des services dans les régions isolées.
    - Financer la recherche sur les coûts-avantages de la prévention des maladies bucco-dentaires, de la promotion de la santé bucco-dentaire et des services de santé bucco-dentaire.
    - Soutenir le transfert des connaissances et l'élaboration de lignes directrices pour la pratique.
    - Offrir un financement pour la mise en place de modèles différents de prestation de services dans les régions mal desservies.
    - Mener des recherches sur les blessures au travail.
  - Les gouvernements provinciaux peuvent soutenir une hausse du nombre d'admissions dans les programmes de formation en santé bucco-dentaire afin d'obtenir des praticiens dans les domaines où des pénuries de personnel qualifié ont été observées.

## Conclusion

Une première Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire (SCSBD) a été élaborée et décrite. Elle relève les problèmes, présente des buts mesurables en matière de santé bucco-dentaire pour 2010 et recommande des stratégies pouvant être utilisées pour aider les Canadiens à améliorer et/ou maintenir leur santé bucco-dentaire.

Certains segments de la population connaissent des taux de maladie plus élevés et n'ont pas aussi facilement accès aux services de santé offerts par des professionnels que la société en général. Parmi ces segments, on trouve les Autochtones, les familles à faible revenu, les personnes âgées, les personnes récemment immigrées et les personnes atteintes d'invalidités. Il faut tenir compte de ces groupes dans l'ensemble des stratégies, des programmes et des politiques, et la SCSBD leur accorde une attention particulière.

Comme il s'agit de la première stratégie de ce genre, on dispose de peu de données de référence à partir desquelles travailler; il n'y a pas de cadre gouvernemental sur lequel se fonder, la promotion de la santé bucco-dentaire est limitée et la santé bucco-dentaire est peu intégrée aux autres soins de santé. La SCSBD s'est donné pour buts de corriger les pénuries et de répondre aux besoins en matière de santé bucco-dentaire des Canadiens, en se fondant sur le portrait qui se dégage en 2003-2004.

La publication de la présente Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire n'est qu'un début. Il y a beaucoup à faire pour rehausser la promotion de la santé bucco-dentaire, pour améliorer la santé bucco-dentaire (en particulier chez les personnes défavorisées) et pour mettre en place un système de surveillance normalisé. Le site Web du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire facilitera le suivi de l'atteinte des buts de la Stratégie. Les réussites à ce chapitre dépendront des efforts concertés des professionnels de la santé bucco-dentaire et de la population canadienne en général en faveur d'une promotion accrue de la santé bucco-dentaire et de l'élaboration de programmes et de stratégies qui permettront d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les obstacles à une bonne santé bucco-dentaire.

## **Annexes**

**Annexe 1. Liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général**

**Annexe 2. Buts, objectifs, points de référence et état actuel de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire**

**Annexe 3. Comparaison entre les consultations chez le dentiste et les consultations chez le médecin – par niveau de revenu**

**Annexe 4. Processus d'élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire**

## **Annexe 1 - Liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général**

### **Liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général**

Le rôle de la santé bucco-dentaire par rapport à la santé en général comporte quatre aspects :

- La cavité buccale est la voie d'entrée des nutriments dans l'organisme.
- La cavité buccale est un outil de communication.
- Il existe des liens médicaux entre les maladies bucco-dentaires et les autres aspects de la santé.
- La cavité buccale est importante pour l'estime de soi et les contacts sociaux.

### **La cavité buccale, voie d'entrée des nutriments dans l'organisme**

Une bonne santé mentale et physique dépend de la consommation de nutriments sains. Comme la bouche est le point de départ du système digestif, une bonne santé bucco-dentaire est donc essentielle à l'efficacité de la première phase de décomposition des aliments, tandis qu'ils pénètrent dans l'organisme. Des dents saines sont importantes pour broyer toutes sortes d'aliments, y compris les protéines et les fibres, des aliments qui nécessitent plus d'efforts de mastication. Si les dents et les tissus avoisinants ne sont pas en santé, la santé en général peut en souffrir car il y a alors plus de risques de maladies chroniques causées par une ingestion inadéquate des éléments nutritifs essentiels. Les personnes âgées qui ont une mauvaise dentition ou qui sont entièrement édentées peuvent être exposées à des troubles intestinaux en raison d'un manque de fibres, à la dépression psychologique causée par un déséquilibre nutritionnel ou par des carences en vitamines, ou à tout un ensemble d'autres troubles liés à des carences alimentaires. Les jeunes enfants souffrant de maux de dents ou d'abcès peuvent voir leur développement compromis, et leur apprentissage peut être affecté par des carences alimentaires et par la distraction causée par la douleur. Les personnes souffrant de maux de dents, de maladies parodontales ou de dysfonction temporo-mandibulaire, qui ont trop de dents

manquantes ou qui portent des prothèses inconfortables peuvent être incapables de maintenir un bon équilibre nutritionnel, et ce, peu importe leur âge.

### **La cavité buccale, un outil de communication**

Une bonne communication est un aspect essentiel de la vie quotidienne. Des dents saines, des tissus mous sains et une fonction salivaire normale facilitent une bonne élocution.

Une bonne communication n'est pas qu'une question de prononciation de mots et de syllabes, mais dépend aussi de l'expression et de l'apparence faciales. Tous ces aspects font partie d'un système bucco-dentaire sain et fonctionnel.

### **Liens médicaux entre les maladies bucco-dentaires et les autres aspects de la santé**

Au cours des dernières années, des recherches ont été menées sur les liens directs entre les maladies bucco-dentaires et la santé en général. Certains sont des liens de cause à effet (c'est-à-dire lorsqu'un trouble bucco-dentaire est lié à la présence d'un autre trouble systémique) et certains sont des liens de cooccurrence (c'est-à-dire que les individus qui sont plus susceptibles d'être atteints d'une maladie donnée sont également plus susceptibles d'être atteints au même moment d'un trouble bucco-dentaire donné). D'autres recherches devront être menées afin de déterminer dans quelle mesure les liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général sont des liens de cause à effet ou des liens de cooccurrence.

Les liens entre la santé bucco-dentaire et la santé en général peuvent être classés dans les six catégories suivantes :

1. Maladies bucco-dentaires liées au traitement d'autres troubles systémiques

- a. Exemple – perte de production de salive causée par une radiothérapie contre le cancer de la tête ou du cou. Ce phénomène peut entraîner une hausse du taux de caries dentaires, une diminution de la rétention des prothèses ou un inconfort au niveau de la bouche.
2. Maladies bucco-dentaires qui sont des précurseurs d'une maladie systémique
  - a. Exemple – Leucoplasie (plaques blanches) qui évolue en cancer de la bouche et entraîne éventuellement la formation de métastases au niveau d'autres organes.
3. Troubles bucco-dentaires indiquant une maladie systémique
  - a. Exemple – certaines anomalies au niveau de la bouche peuvent permettre de détecter des problèmes comme une carence en vitamine B12 ou des maladies comme le sida et le diabète.
4. Troubles systémiques affectant les tissus buccaux
  - a. Exemple – Le diabète réduit la résistance de l'organisme aux maladies parodontales et à d'autres maladies des muqueuses.
5. Troubles bucco-dentaires à l'origine de problèmes systémiques
  - a. Exemple – Maladie parodontale constituant un facteur causal ou contributif possible de maladies cardiovasculaires, de prématurité et d'insuffisance pondérale chez les bébés, de pneumonies par aspiration chez les personnes âgées ou d'autres affections respiratoires.
6. Syndromes médicaux affectant la cavité buccale et d'autres parties du corps
  - a. Exemple – Trouble de l'ostéogénèse affectant le nombre de dents ou la qualité de celles-ci et ayant des effets sur le squelette.

Tous les liens susmentionnés entre la santé bucco-dentaire et la santé en général ainsi que tous les problèmes décrits peuvent être prévenus, traités ou améliorés en étant au fait de leur existence, en portant attention aux soins bucco-dentaires préventifs à domicile et en ayant recours à des soins de santé bucco-dentaire offerts par des professionnels.

## **Importance de la cavité buccale pour l'estime de soi et les contacts sociaux**

À une époque comme la nôtre, où la santé bucco-dentaire de la majorité de la population s'est grandement améliorée, une belle apparence et un bon fonctionnement de la cavité buccale sont des facteurs qui revêtent beaucoup plus d'importance. Une bonne santé bucco-dentaire permet de socialiser sans embarras. Bien qu'on ne doive pas tous avoir les mêmes dents, il est important que celles-ci n'aient pas d'effets négatifs sur nos contacts sociaux. Les gens ne veulent pas être embarrassés par l'apparence de leurs dents lorsqu'ils rencontrent des amis, se rendent au supermarché ou se trouvent en public. En outre, on a plus de chances de bien réussir une entrevue d'embauche si notre apparence n'est pas compromise par une dent avant manquante, une carie visible ou des odeurs buccales attribuables à une affection des tissus parodontaux.

## **Importance de la santé bucco-dentaire dans le cadre du système de soins de santé**

Malgré le fait que des programmes de soins dentaires aient été recommandés dans le cadre de diverses commissions sur les soins de santé formées par le passé (p. ex., la Commission royale d'enquête sur les services de santé de 1964), dans les rapports publiés dans différentes provinces et par des gouvernements de toutes tendances politiques, on ne prévoit pas de couverture pour les services dentaires par le système public d'assurance-santé, à l'exception de certains services de chirurgie offerts dans les hôpitaux par des chirurgiens stomatologistes ou par des spécialistes en dentisterie pédiatrique. Aussi, malgré quatre présentations à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow – 2002) et un témoignage aux audiences de la Commission, la santé bucco-dentaire et les soins connexes n'ont même pas été mentionnés dans le rapport final. Cela semble indiquer que la santé bucco-dentaire est encore en bonne partie considérée comme ne faisant pas partie du système de santé, et que d'autres efforts doivent être faits pour démontrer le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé en général.

Au Canada, près de 7 % de toutes les dépenses en santé sont destinées aux soins bucco-dentaires, ce qui les place au deuxième rang des catégories de diagnostic, derrière les dépenses en soins cardiovasculaires. Ces coûts sont en majeure partie assumés par des particuliers et des sociétés d'assurance privées (55 % des dépenses assumées par le privé) et, dans une proportion moindre, par les gouvernements provinciaux et territoriaux (5,8 %). Les dépenses en santé bucco-dentaire dépassent les dépenses liées à la santé mentale, au cancer, au diabète et aux affections pulmonaires. La carie dentaire est de loin la maladie la plus répandue chez les enfants. Aussi, le traitement des effets de la carie est la première raison pour laquelle on doit procéder à des anesthésies générales chez des enfants d'âge préscolaire.

Lorsqu'on considère les dépenses en soins dentaires ainsi que les liens entre les affections bucco-dentaires et d'autres maladies, il est clair que les maladies bucco-dentaires sont un poids énorme pour le système de santé.

## Annexe 2 - Buts, objectifs, points de référence et état actuel

### But 1. Améliorer la promotion de la santé bucco-dentaire et sensibiliser la population à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire.

Objectifs	Points de référence	État actuel
<p>Création d'un secrétariat de la santé bucco-dentaire au sein de Santé Canada, chargé des responsabilités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancer une initiative de grande envergure axée sur la promotion de la santé bucco-dentaire.</li> <li>• Offrir des recommandations, des services de consultation et de l'information sur la santé bucco-dentaire.</li> <li>• Intégrer la promotion de la santé bucco-dentaire aux activités d'autres organisations professionnelles intervenant dans le domaine de la santé.</li> <li>• Élaborer des ressources fondées sur des preuves pour la promotion de la santé bucco-dentaire.</li> <li>• Collaborer à l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique fondées sur des preuves, avec la Collaboration canadienne sur les RPC (recommandations pour la pratique clinique) en dentisterie.</li> <li>• Mettre en œuvre les initiatives élaborées dans le cadre de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire.</li> </ul>	<p>1<sup>er</sup> janvier 2004</p> <p>Le poste de dentiste en chef et/ou le secrétariat de la santé bucco-dentaire n'ont pas à cette date été créés à Santé Canada.</p>	<p>1<sup>er</sup> janvier 2004</p> <p>Le poste de dentiste en chef et/ou le secrétariat de la santé bucco-dentaire n'ont pas à cette date été créés à Santé Canada. Diverses organisations militent en faveur de la création de ce poste, y compris le Groupe de travail FPT des directeurs de santé dentaire, l'ACSDP, l'ADC et l'ACHD.</p>
<p>Lancement d'une importante campagne nationale de promotion de la santé bucco-dentaire coordonnée conjointement par L'Association dentaire canadienne, L'Association canadienne des hygiénistes dentaires et Santé Canada.</p>	<p>1<sup>er</sup> janvier 2004</p> <p>Il n'y a à cette date aucun plan concernant une campagne nationale coordonnée de promotion de la santé bucco-dentaire.</p>	

<p>Rédaction d'un rapport national sur la santé bucco-dentaire des Canadiens, analogue au U.S. Surgeon General's First Report on the Oral Health of Americans.</p>	<p>1<sup>er</sup> janvier 2004</p> <p>Il n'y a pas de rapport sur la santé bucco-dentaire des Canadiens décrivant l'état de santé bucco-dentaire, les problèmes d'accès aux soins, etc.</p>	
--	---	--

## But 2. Améliorer l'état de santé bucco-dentaire global des Canadiens.

Objectifs	Points de référence	État actuel
<p><b>Amélioration de l'état de santé bucco-dentaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, à l'âge de 17 ans, au moins 75 % des répondants affirment être satisfaits de l'apparence de leurs dents.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, au moins 75 % des répondants indiquent que l'état de leur santé bucco-dentaire est au moins très bon.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le groupe des 35-44 ans, 45 % des répondants n'ont jamais perdu une dent permanente en raison de caries dentaires ou d'une maladie parodontale.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, 20 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont de la difficulté à mastiquer.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, au moins 75 % des répondants affirment être satisfaits de l'apparence de leurs dents.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 35-44 ans, 20 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont ressenti une douleur péri-buccale au cours du</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des	

dernier mois.	meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, au moins 70 % des répondants indiquent que l'état de leur santé bucco-dentaire est au moins très bon.</li> </ul>	En raison du manque de données scientifiques, cet objectif a été établi à partir d'hypothèses arbitraires et des meilleures prédictions, de manière à obtenir une valeur cible.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, 35 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont de la difficulté à mastiquer.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2001 <sup>56</sup> – problèmes de mastication : 42,9 %.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les questionnaires d'auto-évaluation, dans le groupe des 65 ans et plus, 35 % des répondants, tout au plus, mentionnent qu'ils ont ressenti une douleur péri-buccale au cours du dernier mois.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2001 – inconfort péri-oral : 42,9 %.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le groupe des 65 ans et plus, 30 % des répondants, tout au plus, ont perdu toutes leurs dents naturelles.</li> </ul>	OMS – Québec 1993. Édentement = 58 %	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 65 ans, 50 % des répondants ont encore au moins 20 dents naturelles.</li> </ul>		

Objectifs	Points de référence	État actuel
<b>Réduction de la carie dentaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 6 ans, 50 % des enfants n'ont jamais eu de caries dentaires.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003 53,9% n'ayant aucune DCMO <sup>57</sup>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 6 ans, 20 % des enfants, tout au plus, présentent des besoins en traitements dentaires qui ne sont pas satisfaits.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. Première année. 16,3 % ont besoin de traitements dentaires.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 12 ans, DCMO de 1,0 ou moins.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> années. DCMO = 0,7	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 12 ans, indice SiC (« Significant Caries Index ») de 3,0 ou moins.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> années. Indice SiC = 2,1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'âge de 12 ans, 75 % des enfants n'ont jamais eu de caries des dents permanentes.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 6 <sup>e</sup> et 7 <sup>e</sup> années. 68,2 % n'ayant aucune DCMO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas plus de 10 % des enfants de</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-03. 6 <sup>e</sup> et	

12 ans n'ont pas accès aux traitements dentaires dont ils ont besoin.	7 <sup>e</sup> années. 7,6 % ont besoin de traitements dentaires.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'âge de 17 ans, DCMO de 3,0 ou moins.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 10 <sup>e</sup> , 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> années. DCMO = 2,1	
<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'âge de 17 ans, indice SiC (« Significant Caries Index ») de 5,0 ou moins.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 10 <sup>e</sup> , 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> années. Indice SiC = 5,3	
<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'âge de 17 ans, 50 % des adolescents n'ont jamais eu de caries des dents permanentes.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 10 <sup>e</sup> , 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> années. 43,1 % n'ayant aucune DCMO.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>À l'âge de 17 ans, 10 % des adolescents, tout au plus, présentent des besoins en traitements qui ne sont pas satisfaits.</li> </ul>	Î.-P.-É. – 2002-2003. 10 <sup>e</sup> , 11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> années. 3,8 % ont besoin de traitements dentaires.	

Objectifs	Points de référence	État actuel
<b>Réduction de la prévalence des maladies parodontales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le groupe des 35-44 ans, 60 % des adultes, tout au plus, obtiendront un score CPITN de 3 ou 4.</li> </ul>	Données de l'OMS – 1994-1995 52 % pour qui le score CPITN le plus élevé est de 3; 21 % avec un score CPITN de 4.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans le groupe des 65 ans et plus, 30 % des adultes, tout au plus, obtiendront un score CPITN de 4.</li> </ul>	OMS (données américaines) 1991. 32 % avec un score de 4.	

Objectif	Point de référence	État actuel
<b>Réduction de la mortalité due au cancer de la bouche</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réduction de la mortalité due au cancer de la bouche à moins de 900 décès par année, grâce à la prévention (réduction du tabagisme) et au dépistage précoce de la maladie.</li> </ul>	Environ 1 000 décès attribuables au cancer de la bouche par année.	

Objectifs	Points de référence	État actuel
<b>Réduction de la prévalence des anomalies de développement acquises</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prévalence de fluorose dentaire modérée à sévère (IFSD de 2 ou plus) chez les enfants de 8 ans inférieure à</li> </ul>	Ont. – 1999. Fluorose = 4,9 % d'indice > 2. <sup>58</sup> C.-B. – 1993. Fluorose = 8 % d'indice > 2 (TSIF) <sup>59</sup>	

7 %.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une base de données faisant appel à une méthode de mesure commune, pour surveiller la fréquence et la gravité des cas de fluorose dentaire.</li> </ul>	L'indice TSIF est l'indice de fluorose le plus utilisé au Canada.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une base de données faisant appel à une méthode de mesure commune, pour surveiller la fréquence et la gravité des cas d'hypoplasie dentaire.</li> </ul>	Aucun système de mesure commun n'est en place.	

### But 3. Améliorer l'accès aux services de santé bucco-dentaire.

Objectifs	Points de référence	État actuel
L'utilisation des services dentaires au Canada augmente de 5 % par rapport au taux de 2000-2001.	Un rapport de Statistique Canada publié en 2000 fait état d'un taux d'utilisation de 60 %.	
Toutes les provinces et tous les territoires offrent des programmes de traitement dentaire à l'intention des enfants de familles à faible revenu.	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2004, il y a des programmes de traitements dans les provinces et territoires suivants : Yn, T.N.-O., Nt, Alb., Sask., Ont., Qc, N.-É., Î.-P.-É., T.-N.; programmes d'assistance sociale en C.-B., au Man. et au N.-B.	
Toutes les provinces et tous les territoires offrent des programmes dentaires préventifs dans les écoles.	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2004, il y a des programmes de prévention dans les écoles dans les provinces et territoires suivants : Yn, T.N.-O., Nt, Sask., Ont., N.-É., Î.-P.-É.	
Toutes les provinces et tous les territoires adoptent des lois imposant l'examen bucco-dentaire de tous les nouveaux résidents des établissements de soins de longue durée au moment de leur admission, ainsi que la mise en place de plans continus de soins de santé bucco-dentaire.	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2004, la C.-B. a adopté une loi. L'Î.-P.-É. n'a pas de loi mais impose une évaluation.	
Toutes les provinces et tous les territoires retiennent les services à temps plein de professionnels de la santé bucco-dentaire pour administrer et diriger les services dentaires publics.	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2004, il y a des dentistes-conseils principaux à temps plein en C.-B., au Man., au Qc et à l'Î.-P.-É.	
75 % des personnes âgées non institutionnalisées indiquent avoir un accès adéquat aux soins dentaires.	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2004, on ne dispose d'aucune statistique sur l'accès aux soins chez les personnes âgées qui ne vivent pas en établissement.	

**But 4. Établir une méthode normalisée de contrôle et de surveillance de la santé bucco-dentaire à l'échelle du pays et veiller à ce que la recherche dans le domaine de la santé bucco-dentaire soit suffisamment appuyée.**

<b>Objectifs</b>	<b>Points de référence</b>	<b>État actuel</b>
1. Élaborer des protocoles normalisés de surveillance de la santé bucco-dentaire.	Il n'y a pas pour le moment de normes communes pour mesurer la santé bucco-dentaire.	Des plans ont été faits pour la tenue en 2004 d'un atelier devant permettre d'élaborer des protocoles normalisés.
2. Mettre en place un site central pour recueillir et conserver les résultats d'enquêtes.	Il n'y a pas pour le moment de lieu central pour recueillir et conserver les résultats d'enquêtes.	Des plans ont été faits pour la création d'un site Web devant servir à conserver et à afficher les résultats d'enquêtes.
3. Établir un répertoire central des enquêtes et des rapports de recherche.	Il n'y a pas pour le moment de répertoire central des enquêtes et des rapports de recherche.	Les travaux ont commencé en vue de l'établissement d'un répertoire central de rapports d'enquêtes.

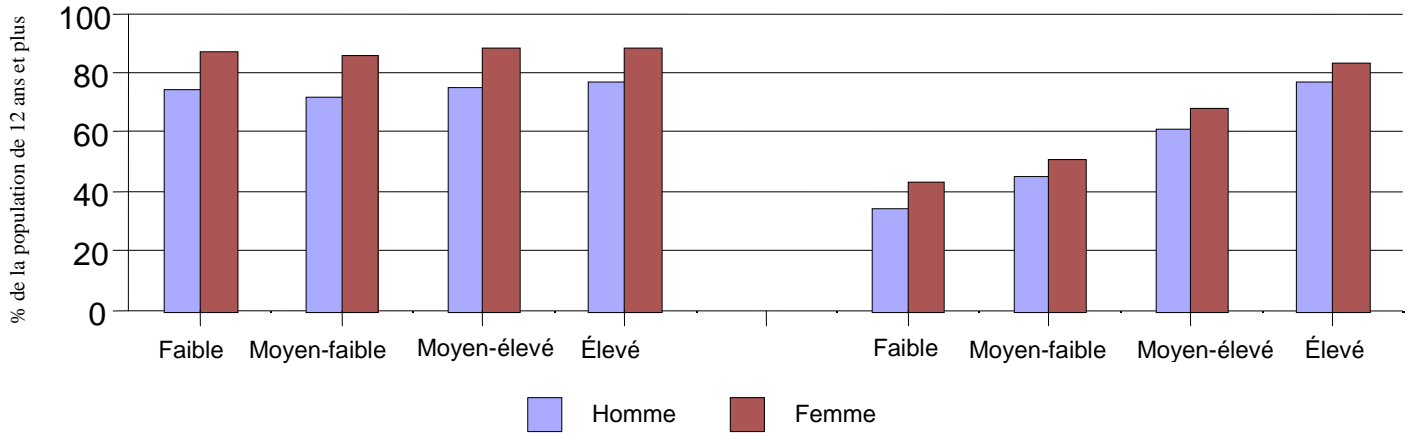
**But 5. Assurer le recrutement, la répartition et la formation appropriée de professionnels de la santé bucco-dentaire.**

<b>But</b>	<b>Point de référence</b>	<b>État actuel</b>
1. D'ici 2010, mettre en œuvre un plan stratégique complet en matière de ressources humaines pour la période de 2010 à 2020, en tenant compte des besoins de la société canadienne liés à la santé bucco-dentaire, de tous les professionnels de la santé bucco-dentaire, des secteurs sanitaires connexes et des besoins en éducation.		

### Annexe 3 – Comparaison entre les consultations chez le dentiste et les consultations chez le médecin – par niveau de revenu

Source : Statistique Canada, Division de la santé, Rapports sur la santé, hiver 1999

#### Nombre de consultations chez le médecin ou chez le dentiste au cours de l'année précédente, par revenu familial – Canada 1998-1999



## **Annexe 4 – Processus d’élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire**

### **Processus d’élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire**

Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire (GTDSB) a entrepris et facilité l’élaboration de la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire par l’entremise d’un processus de consultation vaste et approfondi mettant à contribution les organisations de santé bucco-dentaire, les fournisseurs de soins bucco-dentaires, les représentants gouvernementaux et le public.

Le processus a commencé en novembre 2002 par l’envoi de lettres expliquant le but et le processus d’élaboration de la SCSBD à la ministre fédérale de la Santé, l’honorable Anne McLellan, et aux ministres de la Santé des divers provinces et territoires. Des lettres ont aussi été envoyées à L’Association dentaire canadienne, à L’Association canadienne des hygiénistes dentaires, à L’Association canadienne des assistants(es) dentaires, à toutes les associations dentaires provinciales et territoriales, à toutes les facultés de dentisterie au Canada et à toutes les associations de spécialité dentaire. Les lettres fournissaient une adresse de courriel afin que les organisations puissent envoyer une demande pour figurer sur la liste de distribution de toutes les communications futures sur ce projet. De plus, un site Web a été créé afin que les ébauches et les demandes de commentaires puissent être affichées, permettant à chacun de fournir ses suggestions et ses idées.

La réponse à la lettre originale a été très positive et une liste de distribution de plus de 100 personnes et organisations a été créée. De nombreux groupes, comme l’Association canadienne de santé dentaire publique, L’Association dentaire canadienne et L’Association canadienne des hygiénistes dentaires, tiennent régulièrement leurs membres informés et intéressés par l’entremise de leur propre système de communication. La ministre de la Santé du Canada ainsi que les ministres de la Santé de plusieurs provinces et territoires nous ont envoyé des lettres d’encouragement.

Une fois le réseau de communications établi, la prochaine étape consistait à élaborer le processus. Une description de ce dernier, assortie d’un échéancier, a été affichée sur le site Web et les participants en ont été informés. La structure de base du document qui allait être créé comprenait cinq thèmes principaux, chacun avec une description du problème, des buts mesurables à atteindre et une liste de stratégies. Des commentaires ont été recueillis au sujet de ce cadre, à la suite de quoi les thèmes ont été légèrement modifiés. Étant donné que la santé est de

compétence provinciale au Canada, on a déterminé que la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire pouvait viser des buts nationaux en matière de santé bucco-dentaire et établir des outils de mesure uniformes, mais que lorsqu'il était question de stratégies, le mieux que l'on pouvait faire était d'en établir une liste. Les provinces, les territoires, les organisations de santé bucco-dentaire, les professionnels de la santé bucco-dentaire et le public pourraient ensuite choisir et mettre en œuvre des stratégies proposées dans cette liste afin d'atteindre les buts fixés.

La prochaine étape était d'élaborer l'introduction et les cinq thèmes. Le processus a été le même pour chacun de ces thèmes – chaque partie a été élaborée séparément et l'ébauche initiale a été présentée aux membres du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire (GTDS) afin de recueillir leurs commentaires préliminaires. Des modifications ont été apportées, le document a été affiché sur le site Web et un courriel a été envoyé à chaque participant pour l'en informer. Des directives sur la façon de télécharger le document et de faire des commentaires ont aussi été fournies.

L'élaboration de l'introduction a donné le ton au processus. On a reçu beaucoup de commentaires selon lesquels le document était trop long et trop détaillé. Par conséquent, certaines sections ont été mises en annexe tandis que d'autres ont été éliminées. D'après les commentaires reçus, il ne faisait aucun doute que le document devait comprendre tous les détails relatifs à chaque thème, tout en étant très spécifique et succinct.

Un étape de consultation additionnelle a été ajoutée au processus pour chacun des thèmes. On a formé un groupe de référence de douze personnes comprenant des experts de l'élaboration de plans stratégiques, des experts de la prestation de services de santé et des représentants d'organisations de santé bucco-dentaire. Après la première étape de la collecte de commentaires de la part des membres du GTDS, les documents décrivant les cinq thèmes ont été transmis aux membres du groupe de référence pour recueillir leurs commentaires avant la distribution au vaste public visé. À chaque niveau, tous les commentaires ont été pris très au sérieux et de nombreuses modifications ont été apportées tant au contenu qu'à la formulation de chacun des thèmes.

Une fois tous les thèmes élaborés individuellement, la prochaine étape était de rassembler l'introduction et les cinq thèmes dans un seul et même document et d'y ajouter une page de conclusions générales. Ce document a ensuite été affiché sur le site Web puis a été soumis à un autre tour de commentaires par l'entremise de la liste de distribution. Le principal changement découlant de cette étape a été le renforcement du premier thème portant sur la promotion de la santé bucco-dentaire. Les derniers changements ont été apportés et le document révisé a

été affiché, accompagné d'un message indiquant qu'il était toujours possible d'y apporter des modifications. Aucun autre commentaire n'a été fait à cette étape.

Certains auraient sans doute aimé que des séances de consultation soient tenues un peu partout au pays dans le cadre du processus d'élaboration, mais cela n'a pas été possible en raison de contraintes financières et du fait que le processus reposait sur une base entièrement volontaire. Toutefois, le recours à la technologie moderne, soit à une liste de distribution et à un site Web, a permis à chacun de s'exprimer au moyen d'une tribune électronique, alors que certains n'auraient peut-être pas pu, de toute façon, assister aux séances de consultation publique. Des mises à jour provisoires sur l'état du projet ont été présentées à l'Association canadienne de santé dentaire publique en juin 2003, au forum stratégique de L'Association dentaire canadienne en septembre 2003, aux membres du projet sur la santé bucco-dentaire des aînés de la Nouvelle-Écosse en mars 2004 et au symposium sur l'accès et les soins tenu à Toronto en mai 2004.

En général, le soutien et les encouragements liés au projet ont été tout simplement renversants. Le processus a été plus long que ce qui avait été prévu au départ en raison du volume énorme de commentaires et de suggestions. De nombreux commentaires très positifs ainsi que bon nombre de mots de félicitations ont été reçus au sujet du concept, de la structure et du produit final. Dans l'ensemble du processus, une seule personne s'est montrée très critique au sujet tant du processus que du contenu, et bien que plusieurs de ses suggestions aient été intégrées au document, un grand nombre d'individus et d'organisations ayant des idées contraires s'opposaient à ses principales critiques.

Le GTDSD aimerait profiter de cette occasion pour remercier les nombreuses organisations et personnes qui ont participé au processus – ce document est vraiment le résultat d'efforts concertés, qui ont donné lieu à un produit dont tous les participants peuvent se réjouir et être fiers.

Les membres du GTDSD sont très heureux d'avoir facilité l'élaboration de la première Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire. Nous espérons que les participants continueront à faire preuve du même niveau d'engagement maintenant que nous nous dirigeons vers la mise en œuvre de la Stratégie, tout en utilisant le document et ses suggestions pour faire de l'amélioration de la santé bucco-dentaire une réalité au Canada.

Barry Maze,  
Coordonnateur, Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire  
Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire

## Bibliographie et ressources

- <sup>1</sup> Adresse du site Web du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire : <http://www.fptdd.ca>
- <sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé - <http://www.who.int/ncd/orh/index.htm> (page non disponible en français)
- <sup>3</sup> L'Association dentaire canadienne - <http://www.cda-adc.ca/>
- <sup>4</sup> Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada - <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html>
- <sup>5</sup> Locker D, Matear D. Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life: a summary of recent research evidence. Toronto: Faculty of Dentistry, University of Toronto, 2001. Également disponible à l'adresse <http://www.caphd-acsdp.org/articles1.html> .
- <sup>6</sup> Brodeur, J.-M., Benigeri, M., Olivier. M., Williamson, S., Payette, M. Étude 1996-97 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de sixième année. [http://www.santepub-mtl.qc.ca/Dentaire/stat/pdf/Mtl\\_esdq97.PDF](http://www.santepub-mtl.qc.ca/Dentaire/stat/pdf/Mtl_esdq97.PDF)
- <sup>7</sup> Canada. Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Examen annuel 1999-2000 [en ligne]. Ottawa, Santé Canada, août 2000. [http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/home-domicile/2000\\_cp-pc\\_rev-exam/05\\_dent\\_prog\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/home-domicile/2000_cp-pc_rev-exam/05_dent_prog_f.html)
- <sup>8</sup> Oral Health in America: A Report of the Surgeon General - <http://www.nidr.nih.gov/sgr/oralhealth.asp>
- <sup>9</sup> “A National Call to Action to Promote Oral Health” - <http://www.nidcr.nih.gov/sgr/nationalcalltoaction.htm>
- <sup>10</sup> Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French)
- <sup>11</sup> Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI<sup>ème</sup> siècle – [http://www.cyes.info/themes/promotion\\_sante/declaration\\_jakarta.php](http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/declaration_jakarta.php)
- <sup>12</sup> Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. British Dental Journal, Vol 187, No.1; July 1999
- <sup>13</sup> Developing evidence-based programme guidelines for children's dental care in a dental public health unit in Ontario, Canada. Leake JL, Main PA, Woodward GL. Community Dent Health. 1997 Mar;14(1):11-7.
- <sup>14</sup> Collaboration canadienne sur les RPC en dentisterie - <http://www.cccd.ca/>
- <sup>15</sup> The Cochrane Collaboration - <http://www.cochrane.org/index0.htm>
- <sup>16</sup> The Campbell Collaboration - <http://www.campbellcollaboration.org/>
- <sup>17</sup> L'Association canadienne des hygiénistes dentaires - [http://www.achd.ca/index\\_fr.asp](http://www.achd.ca/index_fr.asp)
- <sup>18</sup> Pour les questions sur la santé bucco-dentaire posées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, voir l'adresse [http://www.sc.gc.ca/francais/concepts/health/cycle2\\_1/pdf/oral2\\_f.pdf](http://www.sc.gc.ca/francais/concepts/health/cycle2_1/pdf/oral2_f.pdf)
- <sup>19</sup> Gift H, Reisine S, Larach D. The social impact of dental problems and visits. American Journal of Public Health 1992; 12:1663-1668
- <sup>20</sup> Moore R., Mao Y., Zhang J., Clarke K., Laboratoire de lutte contre la maladie. *Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993*. Ottawa : Santé Canada, 1997.

- 
- <sup>21</sup> Lawrence H, Leake J. The U.S. Surgeon General's report on Oral health in America: A Canadian Perspective. *JCDA* 2001; 67 (10) 587
- <sup>22</sup> Leake JL, Main PA. The distribution of dental conditions and care in Ontario. *Ont Dent* 1996; 73(6):18-22
- <sup>23</sup> Albert RJ, Cantlin RY, Cross H, Castaldi CR. Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin. *Journal of the Canadian Dental Association* 1988; 54:751-758
- <sup>24</sup> Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. Bratthall D. *Int Dent J.* 2000 Dec;50(6):378-84.
- <sup>25</sup> Organisation mondiale de la santé – Oral Disease Surveillance - <http://www.who.int/ncd/orh/index.htm> (page non disponible en français)
- <sup>26</sup> Jeffcoat M, McGuire M, Newman M. Evidence-based periodontal treatment – Highlights from the 1996 world workshop in periodontics. *JADA* Vol. 128, June 1997, p713-724
- <sup>27</sup> Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003 May;95(5):559-69
- <sup>28</sup> Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. Taylor GW *Ann Periodontol.* 2001 Dec;6(1):99-112.
- <sup>29</sup> Offenbacher S, Jared H, O'Reilly P, Wells S, Salvi G, Lawrence H, Socransky S, Beck J. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complications. *Annals of Periodontology* 1998; 3: 233-250
- <sup>30</sup> Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. Terpenning MS, Taylor GW, Lopatin DE, Kerr CK, Dominguez BL, Loesche WJ. *J Am Geriatr Soc.* 2001 May;49(5):557-63.
- <sup>31</sup> A simplified periodontal screening examination: the Community Periodontal Index of Treatment Needs (WHO) in general practice. Croxson LJ. *Int Dent J.* 1984 Mar;34(1):28-34.
- <sup>32</sup> Periodontal Screening and Recording (PSR) Index: precursors, utility and limitations in a clinical setting. Landry RG, Jean M. *Int Dent J.* 2002 Feb;52(1):35-40.
- <sup>33</sup> Organisation mondiale de la santé - [http://www.who.int/topics/oral\\_health/fr/index.html](http://www.who.int/topics/oral_health/fr/index.html)
- <sup>34</sup> Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer, 2000.* Toronto, INCC, 2000
- <sup>35</sup> Statistique Canada – *Surveillance du cancer en direct* - [http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/cancer/index\\_f.html](http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/dsol-smed/cancer/index_f.html)
- <sup>36</sup> A Systematic Review of Public Water Fluoridation 2000. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/fluores.htm>
- <sup>37</sup> Santé Canada. *Les fluorures et la santé humaine* - [http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/envIRON/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/iyh-vsv/envIRON/index_f.html)
- <sup>38</sup> Miller W, Locker D. « L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires », *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 1 (été 1999). Statistique Canada, n° au catalogue 82-003-XIF.
- <sup>39</sup> Statistique Canada. *Consultation de spécialistes des soins dentaires, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, 2000-2001.* [http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01103/tables/pdf/4295\\_f.pdf](http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/01103/tables/pdf/4295_f.pdf)
- <sup>40</sup> Toronto Oral Health Coalition Dental Care – Who has access.

- 
- <sup>41</sup> Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, Haddad S. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Social Science and Medicine* 2003; 57(Dec):2089-2099
- <sup>42</sup> Perry DA, Freed JR, Kushman JE. Characteristics of patients seeking care from independent dental hygiene practices. *Journal of Public Health Dentistry* 1997;57:76-81
- <sup>43</sup> Sabbah W, Leake JL. « Comparaison des caractéristiques des Canadiens ayant consulté des dentistes et des médecins en 1993-1994 : une analyse secondaire », *Journal de l'Association dentaire canadienne*, vol. 66, n° 1, 2000, p. 90.
- <sup>44</sup> ACSDP. *Programmes de santé dentaire publique au Canada*, Association canadienne de santé dentaire publique – <http://www.caphd-acsdp.org/programs.html>
- <sup>45</sup> Lewis D, Ismail A. *Prévention de la carie dentaire*, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pdf/soins98/s4c36f.pdf>
- <sup>46</sup> NIDCR/CDC Dental, Oral and Craniofacial Data Resource Center (DRC). <http://drc.nidcr.nih.gov/>
- <sup>47</sup> Institut canadien d'information sur la santé - <http://secure.cihi.ca/cihiweb/splash.html>
- <sup>48</sup> Étique – Instituts de recherche en santé du Canada - <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/2891.shtml>
- <sup>49</sup> Personal Information Protection and Electronic Documents Act - <http://www.pipeda.org/>
- <sup>50</sup> Instituts de recherche en santé du Canada. Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13217.html>
- <sup>51</sup> Dentistry Canada Fund. <http://www.dcf-fdc.ca/>
- <sup>52</sup> International Association for Dental Research and American Association for Dental Research. <http://www.iadr.com/>
- <sup>53</sup> Atelier de planification de la recherche en santé bucco-dentaire. « Vers un programme national de recherche en santé bucco-dentaire », (juin 2002). <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/11010.html>
- <sup>54</sup> Le Réseau sur la formation en recherche et santé buccale. Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/11182.html>
- <sup>55</sup> Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences. <http://www.rhdcc.gc.ca/fr/accueil.shtml>
- <sup>56</sup> Penner A. The Impact of Oral health and the Implications on Quality of Life for Seniors: A Prince Edward Island Study. UPEI Apr. 2002
- <sup>57</sup> Prince Edward Island – Results of school dental screenings. 2002-03
- <sup>58</sup> Brothwell DJ, Limeback H. Fluorosis risk in grade 2 students residing in a rural area with widely varying natural fluoride. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999 Apr; 27(2): 130-6.
- <sup>59</sup> Clark DC, Hann HJ, Williamson MF, Berkowitz J. Aesthetic concerns of children and parents in relation to different classifications of the Tooth Surface Index of Fluorosis. *Comm Dent Oral Epid.* 1993 Dec; 21(6):360-4

---

**Personnes-ressources :**

Pour de plus amples renseignements sur la Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire, communiquez avec :

Ron Kelly, président, Groupe de travail fédéral-provincial-territorial des directeurs de santé dentaire (Ronald\_Kelly@hc-sc.gc.ca)  
Barry Maze, coordonnateur, Stratégie canadienne de santé bucco-dentaire (info@fptdwg.ca)