

**MÉMOIRE DE
L'ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE**

PRÉSENTÉ À LA

**COMMISSION
SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA**

DÉCEMBRE 2001

Préface

Mission

L'Association dentaire canadienne est le porte-parole national officiel de la dentisterie et se voue à la représentation et au progrès de la profession à l'échelle nationale et internationale, ainsi qu'à la réalisation d'une santé buccodentaire optimale.

Vision et objectifs des points clés

Chef de file en matière de soins buccodentaires pour les Canadiens — dans l'éthique et la modernité, nous sommes à l'écoute.

1. Amélioration mesurable de la santé buccodentaire
2. Chef de file reconnu en matière de soins buccodentaires
3. Soutien des ressources et aide aux membres
4. Maintien d'un milieu professionnel viable

Définition de la santé buccodentaire

Tout au long de ce mémoire, nous utilisons à maintes reprises l'expression «santé buccodentaire». Afin que toutes les parties sachent précisément à quoi cet objectif fait référence, l'ADC propose la définition suivante :

La santé buccodentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil buccodentaire 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.

Historique

L'Association dentaire canadienne a été créée il y a 100 ans, en septembre 1902. À l'aube de cette année qui marquera son centenaire, l'ADC tient à rappeler les propos de son fondateur, le Dr Eudore Dubeau, lesquels demeurent tout aussi pertinents aujourd'hui qu'il y a cent ans : «Chaque dentiste du Canada, qui envisage la profession dans une perspective qui va au-delà des simples besoins locaux ou provinciaux et qui reconnaît les avantages immenses qui résulteraient de la nationalisation de la profession dentaire, devrait souscrire sans hésiter à cette idée». Les dentistes ont répondu à son appel : un dentiste sur cinq, parmi ceux qui exerçaient alors au Canada, se sont réunis à l'Université McGill, à Montréal, et ont formé ensemble l'ADC.

En 1962, l'ADC présentait un mémoire intitulé *Exposé de l'Association dentaire canadienne présenté à la Commission royale sur les services de santé*. Ironiquement, bon

nombre des préoccupations soulevées il y a près de quarante ans demeurent toujours d'actualité, comme nous le démontrons dans ce mémoire.

Tout en marquant un temps d'arrêt pour se remémorer le passé et rendre hommage au travail acharné et à la clairvoyance de ceux qui nous ont précédés, l'ADC veut profiter de cette année de son centenaire pour se tourner vers l'avenir et anticiper ce que les cent prochaines années réservent à la dentisterie au Canada.

Introduction

Il ressort clairement que la santé buccodentaire ne figure pas parmi les priorités actuelles des gouvernements fédéral ou provinciaux du Canada. En effet, malgré les recherches qui montrent que la santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé globale et du bien-être, les fonds publics alloués à ce secteur diminuent dans bien des domaines. Ainsi, bien que les soins buccodentaires représentent environ 7 p. 100 des dépenses totales de santé au Canada, l'importance qui est accordée à la santé buccodentaire dans les mesures d'aide et les programmes gouvernementaux demeure faible et disproportionnée.

Pour être en mesure de planifier les besoins futurs en matière de soins buccodentaires au Canada, nous devons d'abord examiner certains problèmes qui existent déjà, à savoir : l'absence d'indicateurs de la santé buccodentaire; le fait que la carie dentaire frappe principalement la population pauvre; la nécessité de réduire la consommation de tabac; les problèmes liés aux ressources humaines et à l'escalade des frais de scolarité, ainsi que l'accès aux soins.

Le présent rapport vise à faire le point sur la situation actuelle dans ce pays et à proposer des orientations et des suggestions sur les moyens d'améliorer la santé buccodentaire et l'état de santé en général des futures générations de Canadiens.

PLAN D'ACTION EN MATIÈRE DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

PRÉVENTION

Seul l'établissement de fondements solides en matière de prévention permettra d'assurer le maintien d'une santé buccodentaire durable. La prévention en dentisterie prend diverses formes, depuis les examens préventifs périodiques dont la fréquence est établie en fonction des besoins du patient, aux programmes d'éducation du public et de promotion sur l'importance des soins dentaires à la maison, à l'utilisation du fluorure, à la réduction de la consommation de tabac et aux initiatives menées conjointement avec le gouvernement pour faire reconnaître l'importance des soins buccodentaires. Cependant, comme la santé buccodentaire n'est généralement pas perçue comme un volet critique de la santé, ni un aspect susceptible de mettre la vie en danger, son importance est souvent minimisée en dehors du milieu de la dentisterie. Et cette attitude doit changer. On découvre en effet de plus en plus de liens entre la santé buccodentaire et l'état de santé en

général. Il deviendra donc encore plus important de s'assurer que la santé buccodentaire devienne une priorité manifeste pour les gouvernements.

Nous proposons dans cette section une démarche axée sur la prévention, davantage que sur le traitement de maladies, pour assurer la santé buccodentaire.

Indicateurs de la santé buccodentaire

L'absence d'indicateurs traditionnels de la santé buccodentaire — comme l'indice DCAO (dents cariées, absentes ou obturées) qui est largement utilisé à l'échelle internationale comme indicateur du développement social, au même titre que l'espérance de vie ou le taux de mortalité infantile — témoigne bien du peu d'importance qu'accorde depuis toujours le gouvernement à ce volet de la santé. De même, il existe peu d'indicateurs subjectifs de la santé buccodentaire qui pourraient être évalués au moyen de questionnaires interrogeant les patients sur la douleur buccale ou la gêne qu'ils ressentent à cause de l'état de leur bouche¹. Ce manque d'intérêt a pour effet de limiter les communications officielles entre la profession et le gouvernement, au détriment des deux parties. La dentisterie est également absente des études menées par le gouvernement sur les soins de santé alors qu'il serait utile qu'elle y figure, et la dentisterie souffre d'un manque d'information sur les soins buccodentaires et les nouveaux besoins dans ce domaine. Pour être en mesure de planifier efficacement l'ensemble des soins de santé, le gouvernement a besoin de données exhaustives, y compris sur la santé buccodentaire. À cette fin, l'ADC a écrit à Statistique Canada pour demander que des indicateurs de la santé buccodentaire soient inclus dans l'Enquête sur la santé des communautés canadiennes qui est menée régulièrement, dans l'espoir que le Canada commence à corriger cette situation.

Dans son mémoire présenté en 1962 (*Exposé de l'Association dentaire canadienne présenté à la Commission royale sur les services de santé*), l'Association dentaire canadienne insistait sur le fait qu'il fallait accorder une plus grande place à la dentisterie dans les études fédérales, afin de déterminer les besoins des Canadiens en matière de soins dentaires. Dans la section de ce mémoire consacrée aux **BESOINS DENTAIRE**S, on décrit la nature des maladies de la bouche et les besoins y sont regroupés en cinq catégories, comme suit : caries dentaires, maladies des tissus de soutien, malocclusion, anomalies congénitales et lésions nécessitant un traitement chirurgical. De plus, on insiste sur la prévention comme moyen de réduire les besoins et on fait ressortir le manque flagrant de données sur la prévalence réelle des maladies dentaires au Canada, ainsi que la nécessité d'agir (paragraphe 30) :

Il faut procéder à des enquêtes directes auprès de la population. De telles enquêtes n'ont été réalisées qu'auprès d'enfants âgés de 7 à 13 ans, dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé dentaire menée par l'Association dentaire canadienne.

Pour déterminer les ressources humaines et financières susceptibles d'être requises pour répondre aux besoins dentaires, nous avons besoin d'une estimation des besoins en matière de traitement...Cependant, tant qu'aucune étude n'aura été menée à cette fin, les besoins (en termes d'heures de traitement en cabinet) ne pourront être estimés que de façon très approximative.

Quarante ans plus tard, la situation demeure pratiquement inchangée. De fait, en l'absence des données nécessaires, il demeure toujours extrêmement difficile de planifier les besoins des générations futures ou de cerner les communautés à risque qui pourraient avoir besoin de niveaux d'intervention accrus. La nécessité d'évaluer de façon systématique et globale les besoins des Canadiens en matière de soins buccodentaires existe toujours.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement s'engage à inclure des enquêtes épidémiologiques nationales sur la santé buccodentaire dans son Enquête sur la santé des communautés canadiennes ou, tout au moins, qu'il s'engage à appuyer un questionnaire national sur des indicateurs subjectifs de la santé buccodentaire. L'ADC s'engage, pour sa part, à mettre son expertise à profit dans la réalisation de cette initiative.

Prévention de la carie

Certains pourraient être portés à croire que la carie dentaire est une maladie du passé. Malheureusement, il n'en est rien. La carie dentaire est souvent décrite comme une «épidémie silencieuse» et, comme bien d'autres fléaux qui se sont produits auparavant, la carie dentaire frappe principalement les membres vulnérables et défavorisés de la société. Dans les pays développés, y compris au Canada et aux États-Unis, le taux de caries chez 20 p. 100 de la population se situe souvent entre 60 et 80 p. 100ⁱⁱ. Dans la majeure partie des cas, ces 20 p. 100 correspondent aux segments les plus pauvres de la population.

La carie dentaire n'a peut-être pas été enrayerée, mais il est possible de la prévenir. De fait, le fluorure s'est révélé un des outils les plus efficaces pour lutter contre la carie dentaire. Le défi qui se pose aujourd'hui est de voir à ce que toutes les communautés aient un accès adéquat au fluorure, afin que personne ne soit privé de cette protection utile. Selon le *Centers for Disease Control*, la fluoration de l'eau est une des mesures de santé publique les plus efficaces du dernier siècle. Pourtant, seulement 42 p. 100 environ de la population canadienne vit dans une communauté ayant accès à de l'eau fluorurée.

Parmi les autres mécanismes permettant l'apport de fluorure, mentionnons les dentifrices, les traitements professionnels au fluorure, les rince-bouche et les suppléments. L'utilisation judicieuse du fluorure réside dans un dosage bien contrôlé, afin d'assurer l'apport de la dose minimale requise pour réduire la carie. Les programmes d'éducation du public revêtent ici une importance, non seulement pour démontrer l'efficacité du

fluorure dans la réduction de la carie, mais aussi pour indiquer les précautions à prendre afin d'en assurer un usage judicieux. Au fil des ans, l'Association dentaire canadienne a revu attentivement ses directives sur l'apport complémentaire de fluorure pour tenir compte du fait que les besoins dans ce domaine ont diminué, en raison de la popularité croissante d'autres modes d'application de fluorure, notamment des dentifrices au fluorure.

La carie de la petite enfance (ou carie du biberon) pose un problème particulier, car ce type de carie survient habituellement chez les enfants d'âge préscolaire dont bon nombre n'utilisent pas encore régulièrement de dentifrice au fluorure ou ne consomment pas beaucoup d'eau fluorurée. La carie de la petite enfance peut être due au fait que l'enfant s'endort régulièrement avec une bouteille de lait ou de jus. Ce type de carie peut détruire un grand nombre de dents, et ce en une période très courte. D'où l'importance d'avoir une stratégie globale de promotion de la santé qui comporte un volet d'éducation du public, afin d'informer les parents sur ce problème potentiellement dévastateur et de préconiser de meilleures pratiques d'alimentation des nourrissons. L'Association dentaire canadienne a collaboré avec d'autres organisations dentaires et le gouvernement à des programmes d'éducation du public et elle compte sur un appui global et croissant du gouvernement dans ce domaine.

Les agents de scellement des puits et fissures, communément appelés scellants dentaires, sont d'autres outils sous-utilisés, qui se sont avérés efficaces pour réduire la formation de nouvelles caries. Cependant, alors que l'application de scellants est couverte par bon nombre de régimes de soins dentaires privés, peu de régimes financés par l'État offrent ce service à ceux qui en ont le plus besoin, comme les enfants des travailleurs à faible revenu. Comme le revenu discrétionnaire de ce groupe de la population est limité, bon nombre d'entre eux n'ont peut-être pas les moyens d'investir aujourd'hui dans la valeur préventive à long terme des scellants. Donc, la population qui vraisemblablement en aurait le plus besoin est privée de cet outil de prévention utile.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral mette en place une vaste stratégie de promotion de la santé axée sur la prévention de la carie, en particulier durant la petite enfance, et veille à ce que la population ait un accès adéquat au fluorure.

L'Association dentaire canadienne recommande que les régimes de soins dentaires financés par les administrations fédérale et provinciales couvrent l'application, par les dentistes, d'agents de scellement des puits et des fissures en tant qu'importante mesure de prévention.

Lutte contre le tabagisme

La réduction de la consommation de tabac et la dénormalisation de cette pratique sont essentielles à la santé future des Canadiens. Dans l'exercice de leur travail, les dentistes ont régulièrement l'occasion d'observer directement les effets dévastateurs de la consommation excessive de tabac; ces effets varient d'une coloration inesthétique des

dents à de graves maladies parodontales et au cancer de la bouche. Par l'entremise de l'ADC, la profession a collaboré avec Santé Canada afin que le public soit bien informé des dangers du tabac. Ce rôle joué par l'ADC dans la lutte contre le tabagisme a par ailleurs mené à l'apposition d'étiquettes de mise en garde comportant des images très évocatrices, illustrant entre autres les effets dévastateurs du tabac dans la bouche.

Les risques pour la santé associés à la fumée de tabac, pour les fumeurs et les non-fumeurs, sont nombreux et bien connus. Il existe également d'autres formes de tabac, comme le tabac à mâcher et le tabac sans fumée, qui sont tout aussi nocives pour la santé. Selon Santé Canada, les coûts pour la société engendrés par le tabagisme ont totalisé quelque 11 milliards de dollars en 1993, les coûts directs des soins de santé (incluant les frais d'hospitalisation et de consultation) s'élevant à trois milliards; les huit milliards qui restent sont imputables à une baisse de la productivité, notamment à un manque à gagner pour les ménages. Pour sa part, le ministère du Travail estime qu'il en coûte de 2 308 \$ à 2 613 \$ de plus par année pour un employé qui fume, ces coûts supplémentaires étant imputables à l'absentéisme au travail, à des primes d'assurance -maladie et d'assurance -vie plus élevées, ainsi qu'à une baisse de la productivité. À titre de comparaison, les taxes et les droits d'accise qui ont été perçus par le gouvernement fédéral durant l'exercice 1993-1994 ont totalisé environ 2,6 milliards de dollarsⁱⁱⁱ. Comme 85 p. 100 des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 16 ans, les effets négatifs du tabac se feront sentir durant presque toute leur vie.

Malheureusement, la dépendance qu'engendrent les produits du tabac fait qu'il est très difficile de persuader un fumeur invétéré de se défaire de cette habitude. Les dentistes sont toutefois dans une position unique pour aider leurs patients à cesser de fumer, car ils entretiennent généralement des relations continues avec leurs patients et que les visites se font sur une base régulière. Consciente de cette possibilité qui s'offre en matière de santé publique, l'ADC a investi de nombreuses ressources en vue d'élaborer une stratégie globale visant à réduire la consommation de tabac. Dans le cadre d'une initiative entièrement autofinancée, l'ADC fournit aux dentistes de tous les coins du pays du matériel didactique qui fait ressortir les ravages du tabac sur la santé et qui s'accompagne d'outils bien documentés sur la manière de parler avec les patients de l'importance de cesser de fumer. Ce message a aussi été véhiculé directement à la population, dans le cadre d'une campagne publicitaire à l'aide d'imprimés visant à encourager les fumeurs à discuter avec leur dentiste des moyens de cesser de fumer. Cette initiative s'ajoute aux efforts continus que mène l'ADC de concert avec le gouvernement, en vue d'informer le public sur les dangers du tabac et de hausser les taxes sur le tabac.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral continue de consolider sa stratégie globale axée sur la lutte contre le tabagisme et la dénormalisation de cette pratique, en particulier auprès des jeunes canadiens, afin de réduire sensiblement le nombre de nouveaux fumeurs et de maladies liées au tabac.

Santé buccodentaire et santé globale

La bouche est parfois décrite comme la «porte d'entrée» à une bonne santé, non seulement parce qu'une bouche en santé facilite l'alimentation, mais aussi parce que des maladies systémiques peuvent se révéler par des manifestations buccales. De plus en plus, les chercheurs découvrent des liens entre la santé buccodentaire et l'état de santé global, et plus particulièrement des corrélations entre des maladies parodontales et des affections comme le diabète, les cardiopathies et les issues défavorables de la grossesse (par exemple, les accouchements prématurés et le faible poids à la naissance). On ignore cependant s'il s'agit d'une relation de causalité ou d'une coïncidence, et plus de recherches devront être menées pour déterminer la véritable nature de ce lien.

Dans son rapport publié en 2000 et intitulé « *Oral Health in America* », le US Surgeon General consacre une partie appréciable de son rapport à la relation entre la santé buccodentaire et l'état de santé en général, en rappelant non seulement les liens précités, mais également des observations plus subjectives, comme l'impact de la santé buccodentaire sur la qualité de vie — par exemple sur la capacité de sourire et de rire sans gêne.

Même s'il devait s'avérer que le lien entre la santé buccodentaire et l'état de santé général est plus complexe que le seul fait de se laver les dents pour prévenir les crises cardiaques, il deviendra essentiel de comprendre les effets de l'état de la bouche sur le reste de l'organisme, pour élucider certains mystères dans le domaine de la santé. La question de la recherche en santé buccodentaire est traitée plus en détail, ultérieurement dans le présent rapport.

La dentisterie et l'environnement

Les dentistes savent que la prévention ne se limite pas à la dentisterie et, depuis toujours, de grandes précautions sont prises pour assurer le traitement adéquat des déchets dentaires spéciaux. Grâce aux nouvelles technologies récemment mises au point, les dentistes peuvent traiter les déchets d'amalgame d'une manière encore plus soucieuse de l'environnement. Les séparateurs d'amalgame permettent ainsi de capter des particules de déchets beaucoup plus fines à la sortie des conduites d'eau que celles qui étaient retenues par les filtres auparavant utilisés dans les cabinets dentaires.

Même si le protocole actuel de gestion des déchets ne comporte aucun risque pour la santé, la dentisterie aborde cette question d'une manière proactive. Et soucieuse de faire sa part en vue d'assurer un environnement sain pour les générations à venir, l'Association dentaire canadienne collabore avec Environnement Canada, afin de faciliter la mise en application du Standard panacadien relatif au mercure dans les amalgames dentaires, établi par le Conseil canadien des ministres de l'Environnement. De plus, l'ADC et Environnement Canada sont sur le point de signer un protocole d'entente en vue de l'installation volontaire, dans un délai précis, de séparateurs d'amalgame dans chaque cabinet produisant des déchets d'amalgame. Il est important que ce processus soit mis en oeuvre à l'échelle nationale et que des objectifs de réduction de base soient établis. À l'heure actuelle, les lois établies par certaines administrations municipales diffèrent d'une ville à une autre; il est donc difficile pour les fabricants d'uniformiser la technologie et pour les dentistes de l'appliquer.

L'Association dentaire canadienne recommande que l'on donne suite au protocole d'entente sur les standards pancanadiens et que les administrations municipales souscrivent aux principes qui y sont énoncés, plutôt que d'établir leurs propres critères relatifs à la séparation des amalgames.

RESSOURCES HUMAINES ET RECHERCHE EN DENTISTERIE

Il existe un équilibre fragile entre l'offre et la demande de personnel dentaire. Au Canada, la grande majorité de la population, sauf en régions éloignées, n'a aucune difficulté à trouver un dentiste ou à obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable. Nous pourrions donc être amenés à conclure, à tort, qu'il n'existe aucun problème de ressources humaines ou que cet équilibre entre l'offre et la demande pourra se maintenir avec peu, ou pas d'efforts.

Nous examinons dans cette section les problèmes liés aux ressources humaines qui se posent en dentisterie et définissons les domaines où une intervention s'impose déjà et ceux où une surveillance vigilante est justifiée pour permettre au Canada de s'attaquer aux problèmes alors qu'il s n'en sont encore qu'à leurs débuts.

Études sectorielles sur la santé par Développement des ressources humaines Canada

L'Association dentaire canadienne, de concert avec Développement des ressources humaines Canada, a entrepris une vaste étude des ressources humaines dans le secteur de la santé buccodentaire, afin d'examiner les tendances relatives à l'offre et au champ d'activités des dentistes et du personnel dentaire connexe, en fonction des variations provinciales en matière de besoins et de règlements. Cette étude a pour but de cerner les secteurs de préoccupation et de trouver des solutions aux problèmes tels que le gaspillage susceptible de résulter des chevauchements dans la formation et les responsabilités.

Cette étude en est encore à l'étape de la recherche des faits et l'ADC sera heureuse de partager avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada les recommandations qui découleront de cette étude, à mesure qu'elles seront formulées.

Vulnérabilité des facultés de médecine dentaire au Canada

Les facultés canadiennes de médecine dentaire sont vulnérables et luttent pour se maintenir à flot, car elles sont aux prises avec des problèmes qui sont étrangers aux facultés de médecine. L'enseignement dentaire coûte plus cher, car les universités doivent exploiter des cliniques de formation dentaire coûteuses, dont les coûts élevés sautent aux yeux des administrations d'universités qui cherchent à faire des économies.

Aussi certaines universités canadiennes ont-elles entrepris d'«intégrer» les facultés de médecine et de médecine dentaire. Dans son rapport présenté en 1998, le Groupe de travail de l'ADC sur l'avenir de l'enseignement dentaire exprime de grandes inquiétudes, disant craindre que de telles intégrations ne soient davantage dictées par des impératifs économiques que par le souci d'améliorer l'enseignement dentaire. Le Groupe de travail

note que la médecine dentaire peut se comparer à une spécialité de la médecine. Or pour devenir spécialiste, l'étudiant en médecine doit avoir terminé sa formation médicale de base avant d'entreprendre sa formation spécialisée. Donc, s'il y avait intégration complète et équitable de l'enseignement dentaire, le même processus serait suivi. À la place, il arrive que des étudiants en médecine dentaire suivent simplement des cours destinés aux étudiants en médecine et soient ainsi privés de certaines dimensions spécialisées propres à la dentisterie. Les écoles traditionnelles de médecine dentaire combinent des éléments de la médecine générale à des éléments de la formation spécialisée — une approche «hybride» qui est plus économique.

Le gouvernement fédéral doit se préoccuper des problèmes financiers liés à l'enseignement dentaire. Les facultés de médecine dentaire offrent en effet des services dentaires à un large éventail de personnes, y compris à un grand nombre de personnes défavorisées sur le plan économique. Les cliniques dentaires spécialisées des universités — celles où les étudiants apprennent une spécialité dentaire comme l'orthodontie, la chirurgie buccale, la dentisterie pédiatrique, etc. — offrent aussi des services dentaires à la population et, dans les petites provinces, il arrive que les cliniques universitaires soient la seule source de soins dentaires spécialisés dans la région.

Cependant, le système provincial de financement ne subventionne pas ce volet axé sur la prestation de services dentaires généraux et spécialisés au public. Les écoles peuvent donc être forcées de fermer ou d'être intégrées, ce qui risque en retour d'entraîner à long terme une diminution de l'offre de praticiens spécialisés, compétents et bien préparés sur le plan clinique.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral prenne des mesures afin de soutenir financièrement les écoles de médecine dentaire dans la prestation des soins dentaires, ce volet permettant d'offrir des services abordables à un grand nombre de personnes et de familles à faible revenu.

Frais de scolarité

Les problèmes financiers qui se posent actuellement dans le domaine de l'enseignement dentaire trouvent également écho dans d'autres réalités courantes, notamment dans le fait que les frais de scolarité des étudiants en médecine dentaire sont en général beaucoup plus élevés que les frais exigés dans tout autre programme.

Or ces frais de scolarité élevés, combinés à la crainte d'accumuler une lourde dette, créent des obstacles socio-économiques qui nuisent aux inscriptions dans les programmes professionnels d'études postsecondaires. Ces obstacles peuvent également empêcher des personnes habituellement à plus faible revenu, comme les personnes handicapées et les mères monoparentales, de poursuivre des études qui mèneraient à une carrière professionnelle.

Les Canadiens s'attendent à ce que les règles du jeu soient équitables pour tous, afin que les étudiants puissent choisir une carrière en fonction de leurs aptitudes, de leurs ambitions et de leurs préférences personnelles et non de leur statut socio-économique.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral augmente le financement des établissements d'enseignement postsecondaire, afin d'atténuer certaines des pressions qui contribuent à la hausse des frais de scolarité et qu'il augmente également l'aide financière accordée aux étudiants, notamment sous forme de bourses d'études. Cette aide financière devrait en outre être non coercitive; être offerte en même temps que toute augmentation des frais de scolarité ou avant et, enfin, être proportionnelle à la hausse des frais de scolarité et suffire à répondre aux besoins des étudiants.

Recrutement par les facultés de médecine dentaire — «Sans professeur, il ne peut y avoir de profession»

Les facultés canadiennes de médecine dentaire luttent déjà pour conserver leurs effectifs et en recruter de nouveaux et pour faire contrepoids aux perceptions potentiellement négatives au sujet d'une carrière universitaire. En raison de la disparité croissante entre le revenu d'un dentiste exerçant en cabinet privé et celui d'un dentiste poursuivant une carrière universitaire, le nombre de professionnels qui choisissent de faire carrière dans l'enseignement et la recherche diminue. Il est donc possible que les fonds, qui devraient servir à établir des frais de scolarité raisonnables et ainsi plus accessibles à un éventail plus large de la société, doivent bientôt être utilisés pour créer des programmes d'avancement professionnel et d'aide financière spéciale visant à attirer un plus grand nombre d'enseignants bien qualifiés, ce qui aura pour effet de gruger des budgets déjà limités.

L'ADC craint également que l'on assiste à un exode croissant vers les États-Unis de professeurs hautement qualifiés des facultés canadiennes de médecine dentaire. Et, bien que le problème de recrutement puisse en partie être imputable à des facteurs démographiques, on ne peut écarter non plus les problèmes croissants auxquels font face les facultés canadiennes de médecine dentaire (et les doutes quant à leur viabilité future).

Dans les dix écoles de médecine dentaire réparties à travers le Canada, jusqu'à un poste de professeur à temps plein sur six est vacant (soit 49 postes vacants sur un total de 305). Et c'est à l'Université de Montréal que le problème est le plus grave, car 11 des 43 postes au sein de la faculté de médecine dentaire sont à combler.

Recherche buccale et cranio-faciale

La dentisterie compte sur une recherche scientifique et clinique de qualité pour continuer à améliorer la santé buccodentaire de la population. Au Canada, la majeure partie de ces recherches sont menées dans les facultés de médecine dentaire des universités canadiennes, en grande partie grâce à des fonds de l'extérieur. Au Canada, le financement

des chercheurs indépendants est assuré en grande partie par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Cependant, autant la désignation des instituts à l'intérieur du réseau des IRSC, que le mode de répartition des fonds, illustrent bien la tendance du gouvernement de marginaliser la santé buccodentaire — un problème auquel nous avons fait référence précédemment. La recherche buccale et cranio-faciale relève de la responsabilité de l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite. Or l'absence de la santé buccodentaire de la désignation de cet institut a pour effet d'atténuer l'importance de ce domaine, et ceci se reflète en retour dans les sommes négligeables qui sont allouées à la recherche sur la santé buccodentaire. En 1999, seulement 1,6 p. 100 des fonds consentis aux IRSC ont été versés à des chercheurs en santé buccodentaire, bien que les soins bucco dentaires représentent 7 p. 100 des dépenses totales en santé dans ce pays.

Lorsque cette tendance s'ajoute aux contraintes financières des universités qui ont de la difficulté à recruter et à conserver des professeurs et des chercheurs de haut calibre, il ne fait aucun doute que nous sommes aux bords d'une crise.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral fasse de la santé buccodentaire une priorité manifeste, en y allouant une part plus équitable du financement. Au moins 3,5 p. 100 des fonds versés aux IRSC devraient être consacrés à la santé buccodentaire, car celle-ci représente 7 p. 100 des dépenses nationales en santé.

MODÈLES DE PRESTATION ET DE FINANCEMENT

Financement

L'Association dentaire canadienne, les dentistes exerçant en cabinets privés et les services dentaires institutionnels constatent que l'aide fédérale et provinciale allouée aux soins buccodentaires ne cesse de diminuer, et ce problème n'a fait que s'aggraver au cours de la dernière décennie, comme en témoignent clairement les données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé^{iv}. Le tableau 1 présente les données pour la période allant de 1975 à 1981. On remarquera que, durant cette période, le financement alloué aux services dentaires a augmenté progressivement chaque année. En 1975, 7,41 p. 100 des fonds publics sont allés aux services dentaires et cette proportion a atteint 15,27 p. 100 en 1981, ce qui représente une hausse de près de 100 p. 100 par rapport à l'année de base 1975.

TABLEAU 1 : Dépenses/financement au titre des services dentaires, de 1975 à 1981 (en milliers de dollars)

Ensemble du Canada							
Secteur/Année	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981

Adm. provinciale	46 032	56 281	69 487	88 167	125 308	168 029	246 669
Adm. fédérale	4 842	5 676	6 702	7 440	9 235	14 506	17 734
Adm. municipale	2 501	4 513	4 084	4 366	4 637	7 868	9 121
Caisses de sécurité sociale	1 447	1 654	1 750	2 142	2 360	2 897	2 777
Total - Secteur public	54 822	68 124	82 023	102 115	141 540	193 299	276 301
Secteur privé	685 272	799 310	950 940	1 087 296	1 230 702	1 397 037	1 533 360
Total – Services dentaires	740 094	867 434	1 032 963	1 189 411	1 372 242	1 590 336	1 809 661
% couvert par le secteur public	7,41	7,85	7,94	8,59	10,31	12,15	15,27

TABLEAU 2 : Dépenses/financement au titre des services dentaires, de 1990 à 1998 (en milliers de dollars)

Ensemble du Canada									
Secteur/Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Adm. provinciale	269 659	283 089	272 091	267 889	270 663	251 416	222 326	217 802	215 810
Adm. fédérale	99 770	113 475	130 156	142 838	149 731	155 992	140 718	135 714	133 806
Adm. municipale	6 619	2 020	7 315	7 467	7 308	8 693	8 195	8 962	7 186
Caisses de sécurité sociale	6 059	7 069	7 818	6 822	6 702	6 479	6 686	5 662	6 566
Total – secteur public	382 107	405 653	417 379	425 016	434 403	422 580	377 925	368 139	363 368
Secteur privé	3 756	7884 061	8114 272	8164 500	8534 781	2455 060	2465 340	7145 555	0505 986
Total – Services dentaires	4 138 895	4 467 464	4 690 195	4 925 869	5 215 648	5 482 826	5 718 639	5 923 189	6 350 160
% couvert par le secteur public	9,23	9,08	8,90	8,63	8,33	7,71	6,61	6,22	5,72

Entre 1975 et 1998, toutefois, la part du financement public alloué aux services dentaires a en fait diminué de 1,69 p. 100.

Faible priorité pour le gouvernement

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la santé buccodentaire n'est pas une priorité manifeste pour le Gouvernement du Canada, un fait qui ressort non seulement des

données présentées précédemment, mais également du fonctionnement courant d'un large éventail de programmes gouvernementaux et d'activités dans le domaine de la santé. Le financement des services dentaires provient en majeure partie des régimes de soins dentaires financés par un tiers. Une majorité d'employeurs offre des régimes privés à leurs employés et ces régimes répondent aux besoins d'environ 53 p. 100 des Canadiens^v. D'autres régimes sont également offerts par des compagnies qui ne sont pas membres de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Les patients qui n'ont pas accès à un régime de soins dentaires et qui ne sont pas couverts par les régimes financés par l'État (par exemple, les membres des Premières nations et les Inuits, les Anciens combattants, les membres de la GRC et les bénéficiaires de l'aide sociale) doivent assumer eux-mêmes le coût des soins dentaires. Selon Statistique Canada, 48,5 p. 100 des ménages ont déclaré des dépenses directes pour des soins dentaires en 1998, ces dépenses totalisant en moyenne 476 \$ par ménage^{vi}.

L'ADC ne propose pas que tous les soins buccodentaires soient couverts par les régimes d'assurance-maladie, mais elle propose plutôt de mettre en place un filet de sécurité pour assurer l'accès aux citoyens défavorisés. L'ADC maintient sa position et croit qu'il serait possible de faire certains progrès dans cette direction, en commençant par offrir une couverture là où les besoins sont les plus grands — c'est-à-dire les travailleurs à faible revenu et leur famille et les personnes âgées à faible revenu. Il ne fait aucun doute que les soins buccodentaires méritent de faire l'objet d'une plus attention de la part du gouvernement fédéral.

L'Association dentaire canadienne recommande l'adoption d'une approche axée sur les besoins, en vue de la création d'un filet de sécurité sociale pour la prestation de soins buccodentaires aux Canadiens défavorisés sur le plan socio-économique.

Jusqu'à maintenant, le gouvernement s'est préoccupé principalement de la prestation des soins médicaux et des fournisseurs de soins assujettis au régime d'assurance-maladie, dont le mandat est de sauver des vies et de prolonger la vie. Cependant, de plus en plus de données montrent que les soins buccodentaires préventifs constituent un volet essentiel des soins et qu'ils pourraient avoir une incidence favorable sur l'issue de certaines affections — par exemple, en améliorant peut-être le taux de survie de certains patients dont l'état de santé est affaibli et qui doivent subir une intervention cardio-vasculaire.

À l'heure actuelle, toutefois, seule une poignée de fonctionnaires fédéraux s'occupent directement de la dentisterie, alors que des milliers sont affectés aux régimes d'assurance-maladie et aux programmes de santé publique. De plus, les fonctionnaires qui s'occupent de dentisterie sont liés principalement au programme des Services de santé non assurés, qui s'adresse aux membres des Premières nations du Canada et dont nous traitons plus en détail, ultérieurement dans ce rapport.

L'Association dentaire canadienne recommande que le gouvernement fédéral accorde une priorité plus manifeste à la dentisterie, car il est temps de reconnaître que la santé buccodentaire fait partie intégrante de l'ensemble des soins de santé.

Prestation des services dentaires

L'Association dentaire canadienne est d'avis que les Canadiens bénéficient actuellement de services dentaires parmi les meilleurs au monde. Cependant, la viabilité future de ces services dépend, non seulement du maintien et de l'amélioration des fondements mentionnés précédemment en matière de recherche et d'enseignement, mais également d'autres facteurs.

Il convient notamment de revoir les assises financières sur lesquelles repose la prestation des services dentaires. Les régimes de paiement anticipé par des tiers forment la majeure partie de ces assises, mais des problèmes surgissent et ils s'intensifient. Les compagnies d'assurance trouvent que la couverture des soins dentaires coûte cher et elles cherchent à réduire les coûts en limitant la couverture. Elles imposent donc de plus en plus de limites, quant à la fréquence des traitements ou aux types de traitements couverts. On assiste également au retour des régimes par «capitation», en vertu desquels le dentiste assume les risques de la compagnie d'assurance (en acceptant un mode de paiement par patient et en acceptant d'adapter les besoins du patient aux sommes allouées). Bien qu'il soit raisonnable pour les compagnies de chercher à limiter leurs coûts, les régimes par capitation, de même que le fait de limiter la fréquence ou la couverture des traitements, comportent des dangers appréciables.

Le principal danger vient de la prestation de soins inadéquats, que ce soit parce que le patient ne peut avoir accès aux soins ou à cause de contraintes financières visant à dissuader les praticiens d'offrir des soins optimaux en raison du financement insuffisant généré par le régime par capitation. Un danger connexe est celui qui consiste à «dicter le traitement» et qui se produit lorsqu'on limite les choix offerts au patient, en exigeant que celui-ci opte pour le traitement le moins coûteux s'il veut être admissible à la couverture.

Les hygiénistes dentaires et le personnel dentaire connexe revendiquent pour leur part un exercice indépendant et la possibilité de traiter les patients nécessitant des traitements préliminaires à faible coût. Cependant, les gouvernements provinciaux feraient erreur en pensant qu'une telle mesure réduirait les coûts pour le public. Pareille mesure aurait plutôt inévitablement pour effet de rendre prohibitifs les coûts liés à l'installation et au maintien d'un cabinet privé complet. Bon nombre de dentistes sont donc anxieux face aux tendances qui se dessinent et ils s'inquiètent de la viabilité à long terme de l'exercice de la médecine dentaire. Le gouvernement fédéral devrait lui aussi s'en inquiéter, car il ne pourrait plus alors compter sur ces installations privées et bien équipées, pour la plupart non liées au régime d'assurance-maladie, pour dispenser la majeure partie des soins dentaires aux Canadiens.

L'Association dentaire canadienne s'inquiète également de l'incidence qu'aurait une telle scission sur les soins dentaires adaptés, coordonnés et intégrés qui sont offerts aux patients. Les dentistes sont les seuls professionnels capables de poser des diagnostics, d'élaborer des plans de traitement et de dispenser les soins dans tous les volets requis de la santé buccodentaire. Ces énoncés de principe sont souvent rejetés, en prétextant qu'il

ne s'agit que de simples rivalités de clocher et de motifs d'autoprotection économique; cependant, c'est la protection même de la santé des patients qui est en jeu.

D'autres problèmes importants se posent également pour nos patients. Ainsi, l'accès aux soins dentaires demeure un grave problème pour les Canadiens qui vivent en régions éloignées et pour les personnes socio-économiquement défavorisées qui ne sont couvertes par aucun régime de soins dentaires par un tiers. Jusqu'à maintenant, on a généralement répondu aux besoins de ces groupes sur une base ponctuelle, un grand nombre de dentistes faisant du travail bénévole ou offrant des plans de paiement particuliers pour aider les patients nécessitant des traitements. Cette approche manque toutefois de coordination et elle ne peut assurer l'accès à toutes les personnes.

Le gouvernement dispose toutefois de nombreuses approches différentes, à la fois pour accorder une plus grande importance à la santé buccodentaire et agir en vue d'améliorer la situation; en voici quelques-unes :

- Soustraire du calcul de l'impôt sur le revenu des particuliers les coûts des régimes de soins dentaires par des tiers, qui sont offerts aux employés. (La norme actuelle, qui consiste à exonérer de l'impôt les primes versées au titre des régimes de soins dentaires et qui a été étendue aux travailleurs autonomes non constitués en société, est manifestement un pas dans la bonne direction. Cette approche devrait cependant être élargie pour s'appliquer à un plus vaste segment de la population.)
- Encourager les gouvernements provinciaux à réintroduire ou à étendre la couverture des soins dentaires offerte aux personnes défavorisées, dans le cadre des régimes d'assurance-maladie.
- Modifier les politiques qui limitent les services dentaires couverts par les régimes d'assurance-maladie aux soins dispensés en milieu hospitalier et qui empêchent ainsi les dentistes d'offrir les mêmes services en cabinets privés, en étant couverts par les régimes d'assurance-maladie.
- Collaborer avec le milieu de la dentisterie afin d'offrir des mesures visant à inciter plus de dentistes à s'installer dans les municipalités privées de dentistes permanents.
- Encourager les gouvernements provinciaux à engager des dentistes itinérants à temps plein pour desservir les régions dont la population est trop dispersée pour justifier la présence de dentistes permanents.

À la lumière des nombreuses possibilités énoncées précédemment, sans parler des autres solutions nouvelles qui pourraient être exploitées, il pourrait être difficile de déterminer quelles options ont le plus grand mérite. Les recommandations qui suivent visent à aider le gouvernement à déterminer les approches à choisir, en respectant les principes clés de la prestation de soins dentaires de qualité.

L'Association dentaire canadienne recommande que le choix des nouveaux modèles de financement ou de prestation des soins buccodentaires, ou que la modification des modèles existants, se fassent selon les principes clés suivants :

- Les patients devraient être libres de consulter le dentiste de leur choix.
- Il faudrait encourager et favoriser les relations à long terme entre les dentistes et les patients.
- Les dentistes et les patients devraient être en mesure de décider conjointement du traitement, sans ingérence de la part du tiers payeur en fonction de la couverture offerte.
- Reconnaître que les dentistes sont les seuls fournisseurs de soins buccodentaires capables de poser des diagnostics et d'élaborer des plans de soins complets pour les patients.
- Que la confidentialité des renseignements privés sur la santé d'un patient soit assurée, à la fois par le dentiste qui dispense les soins et par les institutions gouvernementales qui financent les soins.

Services dentaires en établissement

Le nombre et l'importance des services et des départements dentaires en milieu hospitalier et institutionnel augmentent, car ces services répondent à des besoins réels et croissants. Comme nous l'avons mentionné précédemment, de s données montrent que la santé buccodentaire des patients dont l'état de santé est affaibli pourrait être d'une importance vitale, en raison des liens entre la santé buccodentaire et les maladies systémiques actuellement à l'étude. Ces services répondent aussi aux besoins des étudiants qui complètent des programmes de résidence ou des stages en médecine dentaire ou un programme de formation dans une des spécialités dentaires. On constate également depuis quelques années que de plus en plus d'étudiants souhaitent acquérir une expérience en institution avant d'ouvrir leur cabinet. De plus, le milieu de l'enseignement dentaire semble intéressé à modifier l'enseignement dentaire en l'adaptant au modèle d'internat propre à l'enseignement de la médecine. Un tel modèle d'enseignement pourrait aider à satisfaire aux désirs des étudiants qui veulent acquérir une expérience en institution, tout en réduisant les problèmes occasionnés par les calendriers d'enseignement de plus en plus chargés, à cause de l'élargissement du programme d'études. Malgré l'urgence d'agir, il est difficile d'implanter un service dentaire en milieu hospitalier.

Le financement des services dentaires en milieu hospitalier et institutionnel constitue le principal problème. On s'attend en effet à ce que la majeure partie des activités des services dentaires institutionnels soient financées à même les revenus de la clinique et, dans certains cas, les budgets des hôpitaux ne prévoient aucun montant pour les départements ou services dentaires. À ce la s'ajoute le fait que les chirurgiens buccaux qui travaillent dans ces services doivent en général faire concurrence aux plasticiens pour obtenir des lits pour leurs patients. Or selon l'hôpital et les politiques administratives en vigueur, cette concurrence ne se fait pas toujours sur des bases équitables.

La plupart des services dentaires institutionnels reconnaissent le besoin d'offrir des soins buccodentaires à la population qui vit dans les centres de soins prolongés ou de soins tertiaires. Ils n'ont toutefois pas les ressources nécessaires pour le faire. La priorité va à la prestation des traitements préventifs et des traitements requis par les patients dont l'état

de santé général est affaibli, ainsi qu'au traitement des patients en externe qui ont besoin de soins spécialisés ou de traitements de restauration ou autres traitements sous sédation ou anesthésie générale.

Cependant, le gouvernement fédéral pourrait utiliser divers moyens, toujours en jouant un rôle défini et limité, pour aider à atténuer les problèmes de la dentisterie hospitalière et institutionnelle et accroître les avantages résultant de la mise en commun des compétences. L'ADC serait heureuse de collaborer à des discussions conjointes sur cette question.

La santé buccodentaire des Premières nations et des Inuits

Les Premières nations du Canada sont uniques, tant par leurs besoins en matière de soins dentaires que par le système de prestation des soins qui leur est offert. Le gouvernement reconnaît la nécessité d'agir pour améliorer la qualité de vie des peuples autochtones du Canada. L'indice DCAO (dents cariées, absentes ou obturées) des enfants autochtones de 12 ans est de 4,4, ce qui est de deux à trois fois supérieur à l'indice DCAO des enfants non autochtones du Canada pour lesquels des statistiques ont été compilées, et qui se compare à l'indice DCAO de pays en développement comme le Costa Rica (4,8), l'Ukraine (4,4) et la Lettonie (4,2).

Le gouvernement fédéral joue un rôle déterminant dans la prestation des soins aux Premières nations et aux Inuits, dans le cadre du programme dentaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. En sa qualité de responsable de la santé buccodentaire de ces communautés, le gouvernement fédéral doit veiller à ce que le message de prévention soit communiqué à l'ensemble de ces communautés et que les contraintes financières ne viennent pas nuire à la prestation de soins de qualité, ni à l'accès à de tels soins.

Malheureusement, bien que les objectifs du programme soient louables, son administration quotidienne comporte de graves lacunes. Les dentistes doivent en effet se plier à un processus administratif extrêmement lourd pour dispenser des soins dont a grandement besoin cette population. Dans bien des cas, il faut procéder à une longue prédétermination avant d'amorcer le traitement, ce qui occasionne souvent des frais de transport élevés pour le gouvernement fédéral, car le patient qui vit en région éloignée doit se rendre plusieurs fois au cabinet du dentiste. Cette «prédétermination» consiste essentiellement à confier à un autre dentiste de l'appareil bureaucratique le soin d'anticiper le plan de traitement, sans faire passer d'exams au patient, et représente une ingérence non justifiée de la part du gouvernement dans le processus de consentement éclairé. Le gouvernement procède également à de lourdes évaluations sur place des fournisseurs de soins, que l'on ne retrouve nulle part ailleurs dans le marché de l'assurance. Bien que l'ADC reconnaisse que le gouvernement doit veiller à l'utilisation adéquate des fonds publics, le processus de vérification actuel inquiète vivement la dentisterie car il semble contrevenir aux lois existantes de certaines provinces. La dentisterie a aussi fait part à Santé Canada de ses grandes inquiétudes quant au traitement qui est fait des renseignements personnels sur la santé, contenus dans les dossiers des patients. Une proposition élaborée conjointement par l'Association dentaire canadienne,

L'Association dentaire de l'Ontario et le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario, et énonçant des solutions de rechange valables et pratiques au processus de vérification sur place, a été soumise à Santé Canada mais, malheureusement, cette proposition a été rejetée catégoriquement. L'avenir de la santé buccodentaire des patients qui dépendent de ce programme est tributaire d'un remaniement en profondeur du programme des SSNA, de manière à mettre l'accent sur les soins aux patients et à atténuer le fardeau administratif.

L'ADC collabore à la transmission du message de prévention aux populations des Premières nations, par l'établissement d'une relation de travail positive avec Santé Canada sur les questions liées à l'éducation. Ainsi, une initiative de prévention menée conjointement par l'ADC, Santé Canada et l'Assemblée des Premières nations permet de diffuser dans l'ensemble du pays des renseignements sur la santé buccodentaire aux communautés des Premières nations. Cette information est communiquée aux dentistes-conseils et aux infirmières des services régionaux de santé de toutes les provinces. L'ADC maintient aussi un dialogue continu avec les fonctionnaires de Santé Canada au sujet de l'administration du programme d'assurance dentaire auquel doivent se conformer nos membres lorsqu'ils dispensent des soins aux membres des Premières nations et aux Inuits inscrits.

L'Association dentaire canadienne recommande d'accroître le financement alloué à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, afin que d'autres programmes de prévention puissent être élaborés et mis en place pour les Premières nations et les Inuits, et plus particulièrement pour les enfants, et que les dentistes puissent dispenser les traitements requis, conformément aux principes énoncés précédemment dans les recommandations relatives à la prestation et au financement. À cette fin, l'ADC est prête à mettre son expertise à profit, de quelque manière qui puisse mener à une amélioration sensible de la santé buccodentaire de tous les Canadiens, et elle reconnaît les besoins uniques de ce segment de notre population.

Conclusion

Afin d'améliorer la santé buccodentaire de l'ensemble des Canadiens, nous devons revoir certaines perceptions de longue date quant à la priorité à accorder à la santé buccodentaire et aux moyens à prendre pour atteindre cet objectif. Il est impossible d'assurer l'accès aux soins sans tenir compte du financement ou des ressources humaines nécessaires à la prestation des services requis. De même, la question des ressources humaines ne peut être résolue isolément, sans tenir compte des problèmes liés aux frais de scolarité. Il nous faut adopter une approche globale qui tienne compte de tous les aspects de la question et qui favorise la mise en place d'un système de prestation des soins buccodentaires dont nous serons tous partie.

ⁱLocker, D. et Miller, Y. «Evaluation of Subjective Oral Health Status Indicators», *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 54, n° 3, 1994, p. 167-176.

ⁱⁱMandel, I. «Caries Prevention», *JADA*, vol. 127, n° 10, Octobre 96, p. 1477-1488 et O'Keefe, John. «A Template Dental Health Status Report for Ontario Public Health Units», *Canadian Journal of Community Dentistry*, vol. 10, n° 1, p. 18-24.

ⁱⁱⁱComité directeur de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada en partenariat avec le Comité consultatif sur la santé de la population, *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada – Une stratégie nationale*, 1999.

^{iv}Institut canadien d'information sur la santé, « *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2000*», 2000.

^vSite Web de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. – enquêtes spéciales sur la couverture de l'assurance-maladie, 2000

^{vi}Statistique Canada, «Dépenses des ménages en soins de santé», *Rapports sur la santé*, vol. 12.