



Évaluation du Bureau du dentiste en chef de juillet 2012 à mars 2016

Document préparé par le
Bureau de la vérification et de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada
En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Mars 2017



Table des matières

SOMMAIRE.....	1
RÉPONSE ET PLAN D’ACTION DE LA DIRECTION (OU RÉPONSE DE LA DIRECTION)	2
1. PORTÉE ET OBJET DE L’ÉVALUATION	4
2. PROFIL	4
3. CONTEXTE.....	5
4. BESOINS EN SANTÉ BUCCODENTAIRE AU CANADA	6
5. LE BDC N’EST PAS BIEN CONNU À L’ASPC	13
6. PERTINENCE DE LA POSITION DANS LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE	14
7. COMPARAISON INTERNATIONALE.....	15
8. CONCLUSION	17
9. RECOMMANDATIONS	18

Acronymes

ASPC	L'agence de la santé publique du Canada
BDC	Le bureau du dentiste en chef
BPPS	Le bureau de planification et politique stratégique
CDC	Les Centres for Disease Control and Prevention
CSBDC	Le Cadre pour la santé buccodentaire au Canada
DG	Directeurs généraux
DGPSPMC	La direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
DGSPNI	La direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
ECMS	L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé
FDI	La Fédération Dentaire Internationale
GFPTDSD	Le groupe fédéral-provincial-territorial des directeurs de la santé dentaire
GTFPTSD	Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire
HRSA	Health Resources and Services Administration
JADC	Le Journal de l'Association dentaire canadienne
NHS	National Health Service
OCDE	L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	L'Organisation mondiale de la Santé
ONG	Les organisations non gouvernementales
SMA	Sous-ministre adjointe
SSNA	Les services de santé non assurés

Sommaire

L'Évaluation du Bureau du dentiste en chef (BDC) a été menée dans le but d'améliorer la compréhension de son rôle tel qu'il est assumé actuellement. L'évaluation a pour but de soutenir la haute direction quant aux décisions à prendre. Elle couvre la période allant de juillet 2012 à mars 2016.

Conclusions

Les informateurs clés internes et externes ont constaté que le BDC joue un rôle très utile en comblant le déficit à l'échelle nationale qui existait avant sa création. Les activités à valeur ajoutée du BDC se caractérisent comme suit : diffusion de perspectives et de messages clés uniformes sur la santé buccodentaire à l'échelle nationale, établissement d'une base de données probantes nationale sur la santé buccodentaire, tenue d'une réunion sur la santé buccodentaire avec divers groupes de professionnels de la santé (p. ex. dentistes, hygiénistes, médecins) et les administrations, en tant que moyen de faciliter la collaboration et l'échange de connaissances. Le BDC est mal connu au sein de l'Agence, ce qui a limité la mesure dans laquelle le Bureau a été consulté concernant les initiatives ayant un volet relatif à la santé buccodentaire. On note une compréhension et des attentes inégales à l'égard du rôle du BDC chez les cadres supérieurs, le BDC lui-même et les intervenants. On constate également une absence de planification stratégique à long terme, ainsi qu'un changement fréquent au niveau des priorités lorsque survient un changement de leadership au BDC.

Recommandations

1. La haute direction de l'Agence, de concert avec les membres du Portefeuille, doit officialiser le mandat et les attentes du BDC relativement à la fonction.
2. Le BDC devrait élaborer un plan stratégique afin de clairement définir les rôles, les priorités et les jalons.
3. Un plan de communication devrait être élaboré afin d'accroître le niveau de sensibilisation au BDC auprès du portefeuille de la Santé et de représenter clairement le mandat du BDC auprès des intervenants externes.

Réponse et plan d'action de la direction (ou Réponse de la direction)

Évaluation de la fonction de santé buccodentaire (BDC) de l'ASPC : de juillet 2012 à mars 2016

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les livrables clés	Indiquer le calendrier de mise en œuvre de chaque résultat attendu	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
1. La haute direction de l'Agence, de concert avec les membres du Portefeuille, doit officialiser le mandat et les attentes du BDC relativement à la fonction.	Accepté – Un mandat écrit pour le BDC n'existe pas à l'heure actuelle.	La SMA de la DGPSPMC collaborera avec l'Agence, le Portefeuille et les partenaires des autres ministères, ainsi qu'avec les principaux intervenants en santé buccodentaire afin d'élaborer un mandat pour le BDC. Document devant être approuvé par le CE de l'ASPC avant d'aborder les	Mandat	1 ^{er} septembre 2017	SMA de la DGPSPMC	Personnel du BPPS, aidé au besoin par le personnel du BDC, dans la limite des ressources existantes

Évaluation du Bureau du dentiste en chef de juillet 2012 à mars 2016
Mars 2017

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsable	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les livrables clés	Indiquer le calendrier de mise en œuvre de chaque résultat attendu	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables	Indiquer quelles ressources humaines et financières sont nécessaires pour mettre en œuvre la recommandation, y compris la source des ressources (budget supplémentaire ou budget existant)
		recommandations 2 et 3.				
2. Le BDC devrait élaborer un plan stratégique afin de clairement définir les rôles, les priorités et les jalons.	Accepté – point sujet au résultat n° 1 ci-dessus. Un cadre stratégique pour le BDC n'existe pas à l'heure actuelle.	Le BDC élaborera un cadre stratégique qui définit clairement ses rôles, ses priorités et ses jalons.	Cadre stratégique	Un mois après la réalisation du résultat n° 1	Dentiste en chef	Personnel du BDC, dans la limite des ressources existantes
3. Un plan de communication devrait être élaboré afin d'accroître le niveau de sensibilisation au BDC auprès du portefeuille de la Santé et de représenter clairement le mandat du BDC auprès des intervenants externes.	Accepté – point sujet au résultat n° 2 ci-dessus. Le niveau de sensibilisation à l'interne et à l'externe est insuffisant quant à l'existence et aux rôles du BDC.	Le BDC travaillera en collaboration avec le service des communications stratégiques de l'ASPC afin d'élaborer un plan de communication stratégique.	Plan de communication	Deux mois après la réalisation du résultat n° 2	Dentiste en chef	Personnel du service des communications stratégiques de l'ASPC au besoin ou demandé par le personnel du BDC, dans la limite des ressources existantes

1. Portée et objet de l'évaluation

L'évaluation du Bureau du dentiste en chef (BDC) a été menée dans le but d'améliorer la compréhension de son rôle, tel qu'il est assumé actuellement, et des besoins qu'il vise à satisfaire, ainsi que pour comparer sa structure à celle d'organisations homologues dans d'autres pays. L'évaluation vise à appuyer le processus décisionnel de la haute direction en ce qui concerne la fonction de la santé buccodentaire du portefeuille de la Santé. Elle couvre la période allant de juillet 2012 à mars 2016. Les méthodes utilisées pour mener l'évaluation comprennent une analyse documentaire, un examen de la documentation et un examen des données du programme. Un total de 15 entrevues (6 externes et 9 internes) ont été effectuées. Au nombre des informateurs clés, mentionnons des représentants internes de l'Agence (Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGPSPMC), Opérations régionales et BDC) ainsi que de Santé Canada. Les intervenants externes interviewés étaient notamment des représentants d'associations professionnelles, d'universités et de provinces/territoires.

2. Profil

Le Bureau du dentiste en chef (BDC) fait partie de la DGPSPMC de l'Agence. Créé en 2005, initialement au sein de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, le BDC a commencé à relever de l'Agence à l'été 2012. À l'heure actuelle, le Bureau compte sur les ressources suivantes : effectif de 4 ETP et budget annuel moyen de 357 563 \$ pour la période de 2012-2013 à 2015-2016. Le BDC a été créé en réponse à une recommandation formulée dans la Stratégie canadienne de santé buccodentaire de 2004 du groupe fédéral-provincial-territorial des directeurs de la santé dentaire (GFPTDSD)¹. La Stratégie établissait la nécessité « d'améliorer la santé buccodentaire des Canadiens et de sensibiliser la population à la prévention des maladies affectant la bouche¹ ».

L'objectif du BDC a évolué au fil du temps, et ses activités actuelles reposent sur l'évaluation des besoins et la coordination de la surveillance, l'élaboration de politiques, la promotion de la santé buccodentaire et la prévention des maladies et la

BDC	
Création :	2005 (DGSPNI); relève de l'Agence depuis 2012.
Lieu :	Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques (DGPSPMC)
Effectif :	4 ETP
Budget :	357 563 \$ par année (*pendant la période visée par l'évaluation)
<u>Historique d'évaluation</u> : Première évaluation	

¹ Le GFPTDSD s'appelle maintenant Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire (GTFPTSD).

collaboration avec les gouvernements provinciaux/territoriaux, les directions générales/ministères fédéraux, les organisations non gouvernementales (ONG), les universités, les associations professionnelles et les organisations responsables de la santé buccodentaire à l'échelle internationale².

3. Contexte

Comme la majeure partie du domaine de la santé buccodentaire n'est pas régie par la Loi canadienne sur la santé, les services et prestations de santé buccodentaire offerts aux citoyens varient grandement partout au pays. Les services de soins de santé (y compris la santé buccodentaire) sont une responsabilité provinciale et territoriale, sauf pour les soins prodigués aux membres des Premières Nations et Inuits qui satisfont aux critères d'admissibilité des services de santé non assurés (SSNA) fédéraux et à certaines populations servies par d'autres ministères fédéraux (p. ex. anciens combattants, prisonniers sous responsabilité fédérale, réfugiés). Comme il est expliqué dans le Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018 (CSBDC) du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire (GTFPTSD), « chaque gouvernement choisit les programmes publics qu'il financera et à qui ceux-ci seront destinés, sans qu'il n'y ait de structure, de normes, de principes ou de lignes directrices nationaux guidant la prestation de soins de santé bucco-dentaire³ ».

Au Canada, la vaste majorité des soins de santé buccodentaire sont financés par le privé, principalement dans le cadre des avantages sociaux des employés ou des régimes d'assurance privés. Les dépenses en soins dentaires engagées par le secteur public ne comptent que pour 6 % des coûts de santé dentaire au Canada⁴. Cela a des répercussions sur l'accès aux soins de santé dentaire par les populations vulnérables. Environ la moitié des répondants de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) d'une des catégories à faible revenu ont affirmé qu'ils n'avaient pas d'assurance dentaire. Le fait de ne pas avoir d'assurance se traduisait par un taux inférieur de visites annuelles chez un professionnel de la santé dentaire pour les enfants et les adolescents (72 % pour ceux sans assurance par rapport à 91 % pour ceux ayant une assurance) et un taux plus élevé de consultations urgentes (19 % pour ceux sans assurance par rapport à 3 % pour ceux ayant une assurance)⁵.

4. Besoins en santé buccodentaire au Canada

Comprendre la santé buccodentaire en tant que composante de la santé générale

On dit que la bouche est une fenêtre sur l'état de santé général d'une personne⁶. La Fédération Dentaire Internationale (FDI) (World Dental Federation) a déclaré que [traduction] « les maladies buccodentaires sont causées ou influencées par les mêmes facteurs de risque évitables que ceux de plus de 100 maladies non transmissibles⁷ ». En l'absence de pratiques de santé buccodentaire adéquates, la bouche peut devenir un foyer d'infection en permettant à des bactéries nuisibles de la bouche et aux médiateurs inflammatoires qui en découlent d'accéder à la circulation sanguine. Ce processus peut ultimement entraîner des répercussions négatives sur la santé dans d'autres parties du corps⁸. De toute évidence, il est nécessaire de comprendre que la santé buccodentaire est une composante clé de la santé générale, et ce fait doit être reflété dans les stratégies de santé correspondantes.

Une mauvaise santé buccodentaire peut empêcher une personne d'avoir un mode de vie sain. La santé buccodentaire et la nutrition sont étroitement liées, car la consommation d'aliments à haute teneur en sucre peut favoriser la carie. Les douleurs à la bouche connexes peuvent avoir une incidence sur les choix alimentaires, qui viseront à réduire au minimum l'inconfort plutôt qu'à optimiser la valeur nutritive. Une étude menée par Brodeur et coll. a constaté que les Canadiens ayant des dents fragilisées ou n'ayant pas leurs dents naturelles [traduction] « préféraient les aliments mous faciles à mâcher ayant une faible teneur en fibres et une densité nutritive inférieure par rapport aux aliments consommés par les gens ayant une dentition intacte⁹ ». L'ECMS de 2007-2009 a révélé que 12 % des Canadiens avaient évité de manger certains aliments en raison de problèmes de santé buccodentaire¹⁰.

La douleur causée par les problèmes buccaux peut également contribuer aux troubles du sommeil. Le manque de sommeil chronique a des répercussions négatives sur la santé, notamment un risque accru de pression artérielle élevée, de maladies du cœur, d'accident vasculaire cérébral, de diabète et de maladies du rein¹¹. Une étude menée au Québec a conclu que de 20 à 59 % des participants à l'étude qui éprouvaient des douleurs à la mâchoire (douleurs légères à graves) avaient des troubles du sommeil comparativement à 13 % des participants qui n'éprouvaient pas de douleur¹².

Promotion de la santé

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fait de la promotion de la santé buccodentaire un de ses principaux « objectifs mondiaux en matière de santé buccodentaire pour 2020 » et fait valoir qu'elle devrait être intégrée à la promotion de la santé générale¹³. En comprenant que la santé buccodentaire fait partie de la santé générale, et en établissant donc une collaboration entre les disciplines dans le cadre

d'initiatives de promotion de la santé pertinentes, on peut adopter une approche plus complète à la prévention des maladies dentaires¹⁴. Le Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018 fait valoir que les efforts de collaboration devraient commencer aux étapes initiales de la formation des futurs professionnels de la santé au-delà du domaine de la santé dentaire (p. ex. école de médecine) en intégrant des approches interprofessionnelles à l'éducation qui permettraient de promouvoir la connaissance de la santé buccodentaire, la traitant ainsi en tant que partie intégrante de la santé générale¹⁵.

Les informateurs clés ont insisté sur l'importance de la promotion de la santé buccodentaire et de la prévention des maladies non seulement à l'échelle individuelle, en influant sur les pratiques de santé personnelles (p. ex. hygiène buccale adéquate, choix alimentaires), mais également à l'échelle municipale, par la fluoration de l'eau. Le fluor est un mécanisme efficace d'intervention en matière de santé buccodentaire, empêchant la carie grâce au renforcement de l'émail des dents¹⁶. La fluoration de l'eau est devenue une question médiatisée au Canada, le soutien public hésitant à l'égard de l'intervention en matière de santé buccodentaire ayant souvent été à l'encontre des directives fondées sur des données probantes de l'Agence à l'appui de la pratique. Les Centres for Disease Control and Prevention (CDC) et l'OMS indiquent que la fluoration de l'eau potable est une des 10 plus formidables réalisations en santé publique du XX^e siècle^{17,18}, et l'initiative a été appuyée par 90 organisations gouvernementales et organisations de santé nationales et internationales¹⁹. Néanmoins, seulement 37,4 %²⁰ des Canadiens bénéficiant d'un approvisionnement public en eau ont accès à une eau potable fluorée. Une étude menée récemment après la défluoruration de l'eau potable de Calgary a permis de constater que, trois ans après le changement, les enfants avaient plus de caries. Le taux de caries par enfant à Calgary a augmenté de 3,8 surfaces dentaires, tandis qu'à Edmonton, ville où l'eau est fluorée, les enfants avaient des caries touchant en moyenne 2,1 surfaces²¹. Les enfants ont environ 20 dents comprenant chacune 5 surfaces²². Les informateurs clés ont affirmé qu'une voix fédérale forte et bien présente est nécessaire à cet égard, car la fluoration de l'eau peut dans certains cas être la seule source de soins dentaires préventifs que les populations vulnérables reçoivent.

Populations vulnérables

Le rôle important que jouent les soins de santé buccodentaire assurés par un régime privé a un effet sur la capacité des populations vulnérables d'accéder en temps opportun à des services de santé buccodentaire. Les inégalités découlant du revenu permettent de prédire l'état de santé général, mais la santé buccodentaire, plus que toute autre catégorie de la santé, est le domaine où ces résultats déterminants ont l'effet le plus prononcé²³. L'Académie canadienne des sciences de la santé a indiqué que « au cours des dernières années, il a été de plus en plus reconnu que dans les

pays où les systèmes de soins dentaires sont principalement basés sur le secteur privé, l'accès aux soins de santé bucco-dentaire devient de plus en plus problématique pour certains groupes²⁴ ». Les membres des Premières Nations et les Inuits, les populations les plus vulnérables du Canada, sont les plus touchés par la carie, présentant des taux de deux à trois fois plus élevés que ceux affichés par la population non autochtone du Canada. Le Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009 a révélé que, au sein de la population ayant fait l'objet de l'enquête, 85 % des enfants d'âge préscolaire, 97,7 % des adolescents et tous les aînés avaient eu des caries dentaires²⁵. Pendant la même période, 60,9 % des enfants non autochtones de familles bénéficiant du régime d'assurance public avaient eu des caries²⁶. Le taux d'incidence des caries pour les enfants d'âge préscolaire membres des Premières Nations et inuits était comparable, mais les taux de visite chez le dentiste pendant une période d'un an variaient grandement entre les deux populations (78,5 % et 47,7 %)²⁷. Selon les données des SSNA (2010-2011), seulement 50 % des clients admissibles ont utilisé les services de soins dentaires sur une période de deux ans. Pendant la moitié de cette période (un an), la population des Canadiens non autochtones à faible revenu présentait un taux d'accès aux services de soins dentaires 10 % plus élevé²⁸.

Rôle du dentiste en chef

Il y a environ 160 pays qui comptent sur des dentistes en chef, ce qui permet une représentation à l'échelle internationale dans le but de mettre de l'avant la santé buccodentaire, de cultiver les efforts en matière de promotion de la santé et de surveiller les systèmes de soins dentaires à l'échelle nationale²⁹. Naturellement, les responsabilités des dentistes en chef varient d'un pays à l'autre selon la mesure dans laquelle le système de soins de santé dentaire est financé publiquement. Voici le contexte : le Canada occupe le deuxième rang le moins élevé parmi les pays de l'OCDE en ce qui a trait à la moyenne des dépenses publiques en matière de soins de santé dentaire par habitant (6 %), ce qui détonne par rapport à certains pays, comme le Japon (77 %), la Finlande (44 %) et la Suède (41 %)³⁰. La section 9 présente une comparaison internationale plus détaillée. Le BDC du Canada a peut-être un objectif plus restreint que ses homologues internationaux, mais les informateurs clés ont mentionné que son rôle est essentiel au domaine en tant que source d'expertise. Le Bureau fournit des connaissances scientifiques à l'échelle fédérale en commandant des recherches qui complètent l'ensemble des connaissances du milieu de la santé buccodentaire. Ces données probantes soutiennent la conception et la prestation des programmes de santé buccodentaire dans les administrations centrales fédérales et à l'échelle régionale, provinciale et territoriale. La Stratégie canadienne de santé buccodentaire a établi ce qui suit : [traduction] « Il faut qu'il y ait à Santé Canada un agent en chef de la santé buccodentaire ayant le mandat d'aborder les questions en matière de santé buccodentaire d'un point de vue national. Un ardent défenseur des intérêts étant en mesure de contribuer à l'intégration de la promotion de la santé

buccodentaire à la promotion de la santé générale est essentiel pour que la santé buccodentaire soit reconnue en tant que composante de la santé générale³¹. »

Importance du BDC

Les intervenants considéraient que le BDC était un expert du contenu fournissant des points de vue fondés sur des données probantes en ce qui concerne la santé buccodentaire. Les informateurs clés internes et externes ont indiqué que le fait de s'aligner sur les messages du BDC confère une légitimité aux conseils que donnent leurs groupes respectifs, surtout en ce qui a trait à la fluoruration de l'eau. Un informateur clé est allé jusqu'à dire que son groupe se fie au BDC pour favoriser le soutien de la fluoruration de l'eau à l'échelle locale et provinciale.

Le BDC lui-même, et principalement les informateurs clés externes, a expliqué que le Bureau assume un important rôle de facilitateur dans le milieu de la santé buccodentaire. Le Bureau sert de premier point de contact au sujet des questions liées à la santé buccodentaire pour les intervenants internes et externes, y compris les Canadiens. Le Bureau sert également de carrefour pour mettre en relation les divers milieux de la santé œuvrant dans le domaine de la santé buccodentaire, comme les dentistes, les hygiénistes dentaires, les médecins et autres, que ce soit en présidant des comités auxquels participent de multiples administrations ou en établissant des liens entre des intervenants clés. Au bout du compte, les informateurs clés ont mentionné que le BDC contribuait à faciliter l'échange de connaissances dans le domaine de la santé buccodentaire.

Globalement, les informateurs clés mentionnaient le plus souvent l'influence exercée par le Bureau, pour s'assurer que les indicateurs de la santé buccodentaire sont inclus dans l'ECMS, comme une de ses réalisations les plus importantes. Même si l'ECMS a été administrée avant la période faisant l'objet de l'évaluation, les informateurs clés ont indiqué que la base de référence concernant l'état de la santé buccodentaire au Canada, qui a été établie grâce à cette enquête, avait eu un effet durable. Les données ont permis de combler une lacune aux échelles nationale, provinciale et territoriale en ce qui a trait à l'état de la santé buccodentaire et d'obtenir des renseignements supplémentaires propres aux populations des Premières Nations et inuites. Les renseignements recueillis dans le cadre de l'ECMS ont également permis au domaine de cerner et d'évaluer les nouvelles questions touchant la santé buccodentaire de la population et de déterminer les secteurs où il faut mener davantage de recherches. La contribution du BDC à l'ECMS a également été reconnue internationalement. De 2006 à 2011, ce qui précède la portée de l'évaluation, le Bureau a présenté 31 exposés à des publics nationaux et internationaux, échangeant des techniques d'étalonnage avec d'autres intervenants pour les aider à élaborer leurs propres stratégies de surveillance de la santé buccodentaire. C'est en 2012 que le BDC a présenté pour la dernière fois

un exposé de la sorte, avant que la portée des activités du Bureau ne soit officiellement rétrécie.

Les informateurs clés convenaient fermement que leurs interactions avec le BDC s'étaient avérées utiles en permettant des occasions de réseautage entre des groupes professionnels, des administrations et des secteurs de programme et en fournissant une expertise et une orientation fondées sur des données probantes. L'analyse des différentes entrevues laisse entendre qu'il existe des difficultés relativement aux attentes différentes quant au rôle du Bureau et à sa visibilité au sein de l'ASPC ainsi que des questions relatives au positionnement organisationnel adéquat du Bureau.

Manque de clarté à l'égard du rôle et des priorités du BDC

Au départ, le mandat prévu du BDC était vaste et comportait des responsabilités internes et externes, l'élaboration de normes professionnelles et l'intégration de systèmes. Le poste de dentiste en chef a été créé en réponse à la recommandation suivante de la Stratégie canadienne de santé buccodentaire de 2004 :

Le mandat du dentiste en chef devrait notamment comprendre les fonctions qui suivent :

- mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé buccodentaire et de prévention des maladies dans tout le pays;
- fournir des conseils à toutes les directions générales de ministères du gouvernement fédéral menant des programmes ou ayant des besoins dans le domaine de la santé buccodentaire;
- coordonner les programmes gouvernementaux;
- soutenir l'élaboration de lignes directrices cliniques, d'information sur la santé et d'initiatives de santé publique fondées sur des données probantes;
- intégrer le système de soins de santé dentaire au système de soins de santé en général³².

Au fil du temps, les détails des objectifs du Bureau ont évolué. Comme il n'existe pas de documents organisationnels énonçant le mandat et les priorités du BDC tout au long de son existence, on a procédé pour la présente évaluation à une comparaison de son rôle ou de ses priorités à trois moments. À la lumière de la comparaison entre la recommandation de la Stratégie canadienne de santé buccodentaire de 2004 ayant entraîné la création du poste de dentiste en chef³³, l'entrevue effectuée en 2009 par le Journal de l'Association dentaire canadienne (JADC) auprès du dentiste en chef du Ministère de l'époque³⁴ et la description du rôle du dentiste en chef selon l'affichage de l'emploi en mars 2016³⁵, il est évident que la portée du rôle a fluctué.

Tout au long de l'existence du BDC, quatre thèmes clés ont été définis dans les sources énumérées ci-dessus : promotion de la santé et prévention des maladies; conseils et expertise; information fondée sur des données probantes; et intégration et collaboration.

Promotion de la santé et prévention des maladies

Les responsabilités liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies sont demeurées stables, mais on insiste maintenant davantage sur les approches collaboratives. Les objectifs des autres catégories ont évolué au fil du temps.

Conseils et expertise

Initialement, on considérait que les conseils et l'expertise étaient de nature interne, concernant la coordination des programmes gouvernementaux et la formulation de conseils à toutes les directions générales responsables des programmes du gouvernement fédéral liés à la santé buccodentaire. Selon un examen mené à mi-parcours, la portée avait évolué pour inclure un public externe composé principalement d'associations professionnelles, d'établissements universitaires, de provinces et d'organisations non gouvernementales. En 2016, on avait envisagé d'accroître la portée du rôle du BDC pour y inclure la collaboration avec des responsables de la santé buccodentaire de gouvernements étrangers, des organismes de réglementation et des représentants du secteur privé de la santé buccodentaire.

Comme il n'existe pas de mandat clairement défini pour le Bureau, la haute direction et les membres du personnel du programme ne comprennent pas de façon uniforme les rôles et les priorités du BDC. À l'heure actuelle, certains considèrent que le rôle est de nature interne, tandis que d'autres sont d'avis que le Bureau est au mieux quand il agit à titre de facilitateur dans le domaine en général et que l'objet actuel devrait être de nouer des relations à l'échelle internationale. En outre, les informateurs clés externes s'attendent à ce que le BDC soit visible sur les plans national et international. La direction a pris la décision de préciser la portée des travaux du Bureau; cela se reflète dans les données précisant le nombre d'exposés présentés par le BDC et les publics cibles. Avant l'entrée en vigueur de la directive consistant à rétrécir la portée des activités du Bureau (2006-2011), le BDC a présenté 47 exposés à des associations professionnelles, ce qui compte pour 39 % des exposés qu'il a donnés. Pour la période 2012-2016, le BDC a présenté en moyenne deux exposés par année à des associations professionnelles, comptant pour 17 % de tous ses exposés. Les informateurs clés externes ont confirmé que, au fil du temps, le BDC s'est moins adressé à des publics externes. Certains intervenants ont laissé entendre que la relation indépendante récente a réduit la visibilité et la présence du Bureau au sein du milieu de la santé buccodentaire au Canada et à l'international.

Information fondée sur des données probantes

Initialement, la Stratégie canadienne de santé buccodentaire recommandait simplement que le dentiste en chef soutienne la production d'initiatives, d'information sur la santé et de lignes directrices cliniques et pratiques fondées sur des données probantes. La réussite du BDC à promouvoir l'intégration des indicateurs de la santé buccodentaire à l'ECMS a excédé de beaucoup la vision initiale prévue pour le Bureau dans le domaine des données probantes liées à l'information sur la santé.

Intégration et collaboration

Parmi les quatre domaines concernant le rôle du BDC, le dernier thème de l'intégration et de la collaboration est celui qui a le plus évolué. Initialement, le but était d'intégrer l'ensemble du système de soins de santé dentaire dans le système de santé général. Cet objectif a par la suite été exprimé dans l'entrevue accordée en 2009 au JADC par le dentiste en chef, qui visait à intégrer la promotion de la santé dentaire aux initiatives de mieux-être en général. En mars 2016, l'affichage du poste de dentiste en chef caractérisait la collaboration comme suit : [traduction] « Mener des tribunes de collaboration pour atténuer les problèmes nationaux relatifs à la santé buccodentaire et les répercussions négatives potentielles sur le mieux-être général et réagir aux problèmes transversaux relatifs à la santé buccodentaire à l'échelle nationale/internationale qui sont d'intérêt public ou professionnel³⁶. » Un objectif qui évolue, combiné à l'effectif restreint du Bureau, rend difficile la réalisation de l'objectif à long terme lié à l'intégration. Il faut un investissement concentré de temps et d'efforts pour nouer des relations et renforcer la capacité des intervenants internes de déterminer les points d'intersection potentiels dans leur travail qui tireraient profit d'une collaboration avec le BDC.

La compréhension du rôle du BDC par de nombreux intervenants internes et externes avait précisément trait aux tâches pour lesquelles ils avaient collaboré avec le Bureau. Globalement, les deux groupes d'informateurs clés ne comprenaient pas très bien en quoi consistaient les priorités ou le mandat officiels du BDC. Les groupes d'informateurs clés avaient une compréhension vaste et variée du rôle du BDC et de l'ampleur de sa portée. Les informateurs clés externes ont dit que le BDC assumait un rôle davantage proactif (p. ex. détermination des secteurs de recherche, présentation des positions nationales quant aux questions liées à la santé buccodentaire, diffusion de renseignements à des réseaux). Les informateurs clés internes considéraient que le Bureau assumait un rôle davantage réactif, répondant à des demandes concernant des tâches précises. Les membres du personnel de l'Agence et du Ministère interviewés s'adressaient au BDC quand ils avaient besoin de renseignements supplémentaires sur la santé buccodentaire ou de l'aide avec un projet ayant une composante liée à la santé buccodentaire. Peu importe la façon dont ils considéraient le rôle du BDC, les informateurs clés ont tous dit que la collaboration avec le Bureau avait été utile en

raison de l'expertise fondée sur des données probantes dont ils avaient bénéficié. Les intervenants ont également affirmé qu'il y a un besoin continu pour le Bureau ainsi que pour le rôle de coordonnateur qu'il assume.

5. Le BDC n'est pas bien connu à l'ASPC

Les personnes interviewées à l'interne ont expliqué qu'elles ne connaissaient pas le BDC avant de collaborer avec lui dans le cadre d'un projet. Cela est problématique puisque, initialement, on considérait que la fonction du BDC devait principalement servir à l'interne. Au départ, le Bureau faisait partie de la DGSPNI, mais son public cible était l'ensemble des ministères du gouvernement fédéral ayant des programmes ou des besoins relatifs à la santé buccodentaire. Récemment, le Bureau a tenu quelques réunions (quatre) avec des directeurs généraux (DG) au sein de leur direction générale et une réunion avec la Direction des aliments de Santé Canada afin d'accroître la sensibilisation à son rôle à l'interne et à la façon dont ils peuvent collaborer avec les programmes. Cependant, aucune autre réunion n'a été prévue. Le BDC a expliqué que, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de tenir continuellement des réunions en raison des limites imposées par son effectif restreint. La capacité du Bureau a été réduite après la réduction des effectifs de la fonction publique fédérale passant de huit ETP à deux ETP, son niveau le plus bas.

La piètre visibilité interne a entraîné des occasions manquées relativement à la consultation du BDC. En raison du manque de sensibilisation à l'expertise existante au sein de l'ASPC en matière de santé buccodentaire, les considérations connexes pertinentes ne sont pas toujours intégrées aux conseils de l'Agence. Un informateur clé a donné un exemple où une association professionnelle externe a été jointe par un secteur de programme de l'Agence pour qu'elle fournisse de l'information sur une question très médiatisée touchant la santé buccodentaire, et la personne a ensuite été redirigée vers le BDC après avoir été informée de son existence. Un exemple ayant eu plus de répercussions sur l'état de la santé buccodentaire est lié au processus d'examen mené par l'ASPC en 2015-2016 par rapport à la réinstallation de 25 000 réfugiés syriens au Canada. Le BDC n'a pas pris part au processus de planification, et les évaluations de santé des réfugiés ne comportaient donc pas de composante liée à la santé buccodentaire, même si l'Agence avait diffusé une communication reconnaissant que les réfugiés auraient probablement des problèmes de santé dentaire³⁷. Par conséquent, l'ampleur complète des problèmes de santé buccodentaire non traités des réfugiés accueillis n'a pas été entièrement comprise ou prise en compte avant leur arrivée. Un informateur clé a donc expliqué que les répercussions en aval pour les systèmes de soins dentaires provinciaux étaient plus

importantes que prévu. Parmi les réfugiés syriens réinstallés à Ottawa, environ 40 % des adultes et 60 % des enfants avaient des infections buccodentaires².

La sensibilisation au Bureau ne posait pas problème pour les informateurs clés externes. Cependant, les informateurs clés internes et externes ont mentionné qu'un changement récent avait fait en sorte que le BDC participait moins aux tribunes clés liées à la santé buccodentaire et avait réduit la portée des sujets de ses présentations. Les informateurs clés externes ont donc parlé d'une visibilité externe réduite du Bureau au cours des dernières années.

6. Pertinence de la position dans la structure organisationnelle

Les informateurs clés internes et externes ont formulé des préoccupations par rapport au positionnement organisationnel du BDC. Bon nombre des informateurs ont expliqué que la nature des travaux menés par le Bureau avait changé après son transfert organisationnel de la DGSPNI à l'ASPC. Les informateurs clés externes ont constaté que la présence du BDC se faisait moins sentir en ce qui a trait à des enjeux clés touchant le domaine, puisqu'il diffusait ou présentait moins les positions nationales sur certaines questions liées à la santé buccodentaire (p. ex. fluoruration de l'eau). Les informateurs clés internes faisant appel aux services du BDC ont ressenti peu de répercussions négatives en raison du transfert du Bureau. Les membres du personnel de l'Agence ont expliqué qu'ils sont en fait maintenant plus susceptibles de joindre le BDC maintenant qu'il n'est plus sous l'égide de la DGSPNI. Les intervenants externes et internes considéraient que l'ASPC était le meilleur endroit pour le Bureau, car sa vaste population cible, soit tous les Canadiens et non seulement les Premières Nations et les Inuits, correspondait davantage à la population cible du Bureau.

Cela dit, les informateurs clés externes et certains informateurs clés internes ont mentionné que les priorités du Bureau avaient été réduites après son transfert à la DGPSPMC. Certains informateurs clés ont prétendu que la diminution des priorités découlait non pas des limites entraînées par le positionnement organisationnel du BDC, mais plutôt des visions divergentes des principaux décideurs à l'égard du Bureau. Les données du programme indiquent en effet que le nombre d'exposés présentés par le BDC avait diminué au fil du temps en raison de sa capacité et de la diminution, imposée par la direction, des tribunes où le BDC peut présenter des exposés. Plus particulièrement, les exposés à l'échelle internationale et municipale ont été entièrement éliminés. Il est toutefois difficile d'attribuer ces changements à la diminution

² Des données pancanadiennes sur le nombre de réfugiés syriens ayant des infections buccodentaires n'étaient pas accessibles.

des priorités découlant du transfert du Bureau à la DGSPMC compte tenu du fait que ce dernier ne compte pas sur des documents de planification à long terme. En outre, certains intervenants internes et externes interviewés ont fait valoir que les priorités du Bureau semblent être déterminées par le dentiste en chef responsable à un moment donné. Le fait que trois personnes aient occupé le poste de dentiste en chef sur une période de deux ans et demi et l'absence d'un plan stratégique global sont des éléments ayant miné la continuité des travaux du BDC et la facilité avec laquelle les priorités peuvent changer. Les informateurs clés externes ont affirmé que le roulement au poste de dentiste en chef avait eu un effet sur la continuité de leurs efforts de collaboration.

Certains informateurs clés externes et internes ont indiqué que la structure hiérarchique actuelle ne reflète pas l'importance de la fonction du BDC. Comme le montre la documentation, il est nécessaire de reconnaître que la santé buccodentaire est une composante de la santé générale. Quelques informateurs clés ont mentionné qu'il fallait établir une relation hiérarchique qui permettrait de mieux soutenir l'intégration des considérations liées à la santé buccodentaire aux directives de planification et aux directives stratégiques sur la santé générale en chargeant le dentiste en chef d'agir à titre d'expert du contenu qui conseille l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP). Certains informateurs clés ont expliqué que le fait que le Bureau faisait partie d'une direction générale, plutôt que de relever directement de l'ACSP, réduisait sa portée, et, dans une certaine mesure, son prestige, ce qui ne correspondait pas nécessairement à leur vision du Bureau. Compte tenu de cela, et comme il a été mentionné précédemment, les intervenants continuent de comprendre de façon variée le rôle du BDC. Il faudrait donc que les décisions concernant la position organisationnelle la plus adéquate ne soient prises qu'une fois qu'un mandat clair du Bureau aura été établi. À l'heure actuelle, son positionnement dans le portefeuille transversal de la promotion de la santé correspond à la nécessité que la santé buccodentaire soit considérée comme un facteur lié aux résultats de la santé en général.

7. Comparaison internationale

Sur le plan international, les dentistes en chef œuvrant dans des pays où les services de soins dentaires publics sont plus courants ont des secteurs de responsabilité plus vastes. L'Angleterre, l'Écosse, la Nouvelle-Zélande, la Suède, l'Italie et l'Australie offrent une assurance dentaire universelle à leurs citoyens jusqu'au début de l'âge adulte³. Dans la plupart des pays, l'assurance est offerte à certaines populations vulnérables, peu importe l'âge. En Angleterre et en Écosse, les dentistes en chef assument des responsabilités à l'échelon du système (p. ex. normes de prestation de services, surveillance des dépenses, etc.) et ils fournissent des conseils sur les

³ L'âge limite de l'assurance va de 17 à 19 ans. En Italie, l'assurance est fournie aux citoyens jusqu'à l'âge de 16 ans.

politiques en matière de santé dentaire et la prestation de services à l'interne et aux professionnels de la santé buccodentaire.

À l'instar du Canada, les États-Unis comptent sur un système de soins de santé buccodentaire principalement privatisé, 4 %³⁸ des soins de santé buccodentaire étant payés par l'entremise de programmes gouvernementaux, comparativement à 6 % au Canada³⁹. Aux États-Unis, le poste de dentiste en chef est fondé sur un mandat de quatre ans, et le titulaire du poste doit avoir de l'expérience dans le domaine de la santé dentaire public. Les trois principaux secteurs de responsabilité du dentiste en chef sont les suivants : conseiller le directeur du Service de santé publique sur la santé buccodentaire (p. ex. discussions stratégiques); agir à titre de coordonnateur pour les agences fédérales dont les activités ont des répercussions sur la santé buccodentaire (p. ex. CDC, FDA); être responsable des composantes cliniques liées à la prestation des services à la population fédérale et à la main-d'œuvre. Les responsabilités du dentiste en chef dans le domaine clinique sont les suivantes : [traduction] « leadership et coordination de sa catégorie professionnelle pour le [Service de santé publique] et le [département de la Santé et des Services sociaux]⁴⁰ ». Le dentiste en chef contribue également à des domaines liés au recrutement, au maintien en poste et au perfectionnement professionnel des agents du secteur public de la santé buccodentaire. Par ailleurs, le dentiste en chef assume un rôle consultatif par rapport aux services de santé buccodentaire de compétence fédérale (p. ex. établissements correctionnels fédéraux)⁴¹.

Il importe également de mentionner d'autres secteurs d'expertise de la santé buccodentaire financés par le gouvernement aux États-Unis. Les CDC ont une division de la santé buccodentaire qui prend part aux initiatives publiques de santé buccodentaire en menant certaines activités, comme la surveillance (semblable aux données découlant de l'ECMS)⁴², la recherche, la promotion de la santé et la prévention des maladies, le renforcement des capacités des États, les enquêtes sur les flambées pertinentes ou les risques pour la santé et la facilitation de la collaboration⁴³. Au sein du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, comme c'est le cas dans d'autres départements/agences du gouvernement américain, il y a un expert responsable de la santé buccodentaire qui communique avec le dentiste en chef en ce qui a trait à des questions médiatisées, mais qui est ultimement responsable des produits fournis et des conseils formulés à l'échelle de son secteur organisationnel.

La Health Resources and Services Administration (HRSA) des États-Unis, agence du département de la Santé et des Services sociaux, affecte chaque année 50 millions de dollars pour financer les programmes de santé buccodentaire. Les CDC offrent également du financement pour les programmes de santé buccodentaire⁴⁴. À l'inverse, le financement du BDC canadien ne comporte pas de composante de subventions et de contributions, et les secteurs de programme du portefeuille de la Santé ne fournissent

pas des occasions équivalentes de financement de la santé buccodentaire à celles du département de la Santé et des Services sociaux.

Pour ce qui est de la structure hiérarchique, le dentiste en chef de l'Angleterre relève de l'administrateur général du National Health Service (NHS), tandis que celui de l'Écosse relève du directeur médical national, qui relève quant à lui du premier dirigeant du NHS. Aux États-Unis, le dentiste en chef est un de 11 agents professionnels en chef des Commissioned Corps qui fournissent une orientation et des conseils au directeur du Service de santé publique et à des comités administratifs pertinents.

Vu les vastes divergences entre les contextes du Canada et d'autres pays examinés, il est difficile de tirer des conclusions à partir de l'analyse environnementale quant au type de travaux que le dentiste en chef devrait mener ou à sa position organisationnelle optimale. Même si les États-Unis comptent sur un système dans lequel l'assurance publique des soins de santé dentaire est minime, comme au Canada, le réseau fédéral de santé buccodentaire au sein de leur système est beaucoup plus vaste et il va au-delà des travaux directs du dentiste en chef, comme le montrent les effectifs affectés à la santé buccodentaire dans certains secteurs d'administration (p. ex. CDC, Centers for Medicare and Medicaid Services, HRSA). Ces secteurs collaborent avec le dentiste en chef, mais au bout du compte ne relèvent pas de ce poste, même si leurs conseils sont harmonisés avec les directives sur la santé buccodentaire fournies par le Bureau du dentiste en chef.

8. Conclusion

Il est nécessaire de compter sur un coordonnateur national de la santé buccodentaire qui fournira une expertise et favorisera les efforts permettant d'aborder les questions touchant l'état de la santé buccodentaire des Canadiens. Santé Canada a déclaré ce qui suit : « Comme il existe un lien certain entre la santé buccodentaire et l'état de santé général, une amélioration de la première peut contribuer à une amélioration de la seconde⁴⁵. » Le BDC a fait des contributions utiles au domaine en augmentant le contenu de la base de données probantes sur la santé buccodentaire, en facilitant l'échange de connaissances entre les administrations et les groupes professionnels de la santé et en produisant des messages uniformes sur la santé buccodentaire d'un point de vue national. À l'heure actuelle, même si les informateurs clés internes et externes considèrent que le BDC est utile, la portée du rôle du dentiste en chef et la nature de ses priorités sèment la confusion. L'absence de documents de planification stratégique à long terme nuit à la capacité de normaliser la compréhension du Bureau par les intervenants et au sein de la haute direction et du BDC. En outre, à l'Agence, il y a un manque de sensibilisation au BDC et à ses activités. Si on assure une compréhension plus concrète du BDC et de ses activités grâce à la planification organisationnelle, il est probable que le Bureau dans son ensemble sera renforcé.

9. Recommandations

1. La haute direction de l'Agence, de concert avec les membres du Portefeuille, doit officialiser le mandat et les attentes du BDC relativement à la fonction.

La vision du rôle du BDC varie fortement au sein des groupes d'intervenants internes et externes ainsi que d'un groupe à l'autre. Compte tenu des besoins dans le domaine de la santé buccodentaire et des questions qui revêtent une importance particulière dans le contexte des rôles et des responsabilités de l'Agence, la haute direction devrait clairement énoncer et officialiser le mandat et la portée du Bureau.

2. Le BDC devrait élaborer un plan stratégique afin de clairement définir les rôles, les priorités et les jalons.

Afin d'atténuer la confusion régnant à l'interne et à l'externe concernant le mandat officiel du BDC, un document d'orientation stratégique devrait être rédigé par le Bureau et approuvé par la haute direction. Cela aiderait à assurer la continuité dans l'orientation du Bureau, indépendamment de la rotation de personnel, et faciliterait la gestion des attentes des intervenants

3. Un plan de communication devrait être élaboré afin d'accroître le niveau de sensibilisation au BDC auprès du portefeuille de la Santé et de représenter clairement le mandat du BDC auprès des intervenants externes.

La visibilité limitée du BDC à l'interne a eu des répercussions sur la mesure dans laquelle le Bureau est consulté. Un plan de communication pourrait permettre de sensibiliser le personnel au rôle du Bureau et soulignerait les possibilités de collaboration entre les intervenants du portefeuille de la Santé et les programmes des autres ministères. Une telle approche pourrait également être soutenue en continuant de présenter des exposés d'introduction au BDC aux autres secteurs de programme. Une stratégie de communication externe pourrait aider à clarifier et à gérer les attentes des intervenants concernant le rôle du BDC.

Notes de fin de document

- ¹ Cooney P. (Février 2009). « *Dr. Peter Cooney: Canada's Chief Dental Officer* ». (Entrevue par le JADC). *The Journal of the Canadian Dental Association*. Vol.75, (1) Consulté en novembre 2016, sur le site Web du JADC : <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/29.pdf>
- ² Agence de la santé publique du Canada. (n.d.) *Oral Health in Canada: a Federal Perspective- Office of the Chief Dental Officer*. Tiré d'une présentation PowerPoint
- ³ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2012). *Réduire les problèmes dentaires Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20FINAL%20-%20French.pdf>
- ⁴ Académie canadienne des sciences de la santé. (2014). *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. Consulté sur le site Web de l'Académie canadienne des sciences de la santé : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf
- ⁵ Statistique Canada. (13 octobre 2013). Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). Consulté en novembre 2016, sur le site Web de Statistique Canada : <http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5071&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2>
- ⁶ Personnel de la Mayo Clinic. (30 avril 2016). « Oral health: A window to your overall health ». *Mayo Clinic*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/dental/art-20047475>
- ⁷ Organisation mondiale de la Santé, Fédération Dentaire Internationale (FDI). (2014) « *Les maladies buccodentaires sont causées ou influencées par les mêmes facteurs de risque évitables que ceux de plus de 100 maladies non transmissibles.* » <https://www.omsd.pt/noticias/2014/03/fdioralhealthworldwide.pdf>
- ⁸ National Institute of Dental and Craniofacial Research. (7 mars 2014). *Chapter 5: Linkages with General Health*. Consulté en novembre 2017, sur le site Web du National Institute of Dental and Craniofacial Research : <https://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap5.htm>

- ⁹ Brodeur, J. M., Laurin, D., Vallee, R. et D. Lachapelle. (1993). « Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly ». *Journal of Prosthodontic Dentistry*, 70 : 468-473.
- ¹⁰ Santé Canada. (Avril 2010). Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS). Consulté à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/oral-bucco/fact-fiche-oral-bucco-stat-fra.php>
- ¹¹ National Heart Lung and Blood Institute (12 février 2012). *Why Is Sleep Important?* Consulté en novembre 2016, sur le site Web du NHLBI : <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sdd/why>
- ¹² Goulet, G.P., Lavigne, G. J. et J. P. Lund. (1995). « Jaw pain prevalence among French-speaking Canadians in Québec and related symptoms of temporomandibular disorders ». *Journal of Dentist Research*, 74(11) :1738-44. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8530734>
- ¹³ Hobdell, M., Petersen, P. E., Clarkson, J. et N. Johnson. (2003). « *Global goals for oral health 2020* ». *International Dental Journal* 53, 285-288
Consulté à l'adresse suivante : http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf
- ¹⁴ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2012). *Réduire les problèmes dentaires Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20F%20INAL%20-%20French.pdf>
- ¹⁵ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2012). *Réduire les problèmes dentaires Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20F%20INAL%20-%20French.pdf>
- ¹⁶ Université de Toronto, faculté de dentisterie. (Avril 2012). *Water Fluoridation: Question & Answers*. Consulté sur le site Web de la faculté de dentisterie de l'Université de Toronto : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/WaterFluoridationQA.pdf>
- ¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Ten Great Public Health Achievements in the 20th Century*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
- ¹⁸ Rabb-Waytowich, D. (2009). « Water Fluoridation in Canada: Past and Present ». *The Journal of the Canadian Dental Association*. Juillet/août 2009, vol. 75, (6).

Consulté en novembre 2016, sur le site Web du JADC : <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-6/451.pdf>

- ¹⁹ Université de Toronto, faculté de dentisterie. (Avril 2012). *Water Fluoridation: Question & Answers*. Consulté sur le site Web de la faculté de dentisterie de l'Université de Toronto : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/WaterFluoridationQA.pdf>
- ²⁰ Université de Toronto, faculté de dentisterie, Unité de recherche sur les services de santé dentaire communautaires. (2012). *L'état de la fluoration de l'eau dans les communautés (FEC) au Canada*.
- ²¹ Université de Calgary. (17 février 2016). *Study shows tooth decay worsened in Calgary children after fluoride removal*. Consulté le 22 décembre 2017, sur le site Web de UToday : <https://www.ucalgary.ca/utoday/issue/2016-02-17/study-shows-tooth-decay-worsened-calgary-children-after-fluoride-removal>
- ²² Université de Calgary. (Février 2016). *Tooth decay worsened in Calgary children after fluoride removal*. Consulté le 24 janvier 2017, sur le site Web de l'Université de Calgary : <http://www.ucalgary.ca/explore/tooth-decay-worsened-calgary-children-after-fluoride-removal>.
- ²³ Académie canadienne des sciences de la santé. (2014). *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. Consulté à l'adresse suivante : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_EN.pdf
- ²⁴ Académie canadienne des sciences de la santé. (2014). *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. Consulté à l'adresse suivante : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_EN.pdf
- ²⁵ Santé Canada. (Mars 2011). *L'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009*. Consulté sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/promotion/_oral-bucco/oral-inuit-buccal-fra.pdf
- ²⁶ Santé Canada. (2010). Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé of the Canadian 2007-2009. Consulté sur le site Web de Publications du gouvernement du Canada : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H34-221-2010-fra.pdf.
- ²⁷ *First Nations Oral Health Survey (FNOHS) 2009-2010*. (Septembre 2012). Consulté sur le site Web du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations : <http://oralhealth.circumpolarhealth.org/files/2013/05/FNOHS-Summary-Report-Sept-2012.pdf>

- ²⁸ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2012). *Réduire les problèmes dentaires Cadre pour la santé buccodentaire au Canada 2013-2018*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.caphd.ca/sites/default/files/Framework%2C%20November%205%20F%20INAL%20-%20French.pdf>
- ²⁹ « *Dr. Peter Cooney: Canada's Chief Dental Officer* ». (Entrevue par le JADC) [transcription]. (Février 2009). Consulté en novembre 2016, sur le site Web du JADC : <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/29.pdf>
- ³⁰ Shaw, J. L., CD, DMD, MSc, FRCD(C) et J. W. Farmer, RDH, MSc. (2015). *An environmental scan of publicly financed dental care in Canada: 2015 update* (rapport de recherche n° 208). Consulté à l'adresse suivante : <https://www.yumpu.com/en/document/view/55955121/an-environmental-scan-of-publicly-financed-dental-care-in-canada-2015-update>
- ³¹ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2005). *Stratégie canadienne de santé buccodentaire*.
- ³² Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2005). *Stratégie canadienne de santé buccodentaire*.
- ³³ Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé dentaire. (2005). *Stratégie canadienne de santé buccodentaire*.
- ³⁴ Cooney P. (Février 2009). « *Dr. Peter Cooney: Canada's Chief Dental Officer* ». (Entrevue par le JADC). *The Journal of the Canadian Dental Association*. Vol.75, (1) Consulté en novembre 2016, sur le site Web du JADC : <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-1/29.pdf>
- ³⁵ Gouvernement du Canada. (2016). *Recrutement pour le poste de dentiste en chef – Agence de la santé publique du Canada, numéro du processus de sélection : 16-AHS-EHPC-EA-NCR-154729* Consulté sur le site Web de la fonction publique : <https://www.canada.ca/fr/commission-fonction-publique/emplois/services/emplois-fonction-publique.html>
- ³⁶ Gouvernement du Canada. (2016). *Recrutement pour le poste de dentiste en chef – Agence de la santé publique du Canada, numéro du processus de sélection : 16-AHS-EHPC-EA-NCR-154729* Consulté sur le site Web de la fonction publique : <https://www.canada.ca/fr/commission-fonction-publique/emplois/services/emplois-fonction-publique.html>
- ³⁷ Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Health Status of Syrian Refugees*. Consulté à l'adresse suivante :

https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/health_status_of_syrian_refugees_final.pdf

- ³⁸ Health Resources and Services Administration. (n.d.) *Oral Health*. Consulté à l'adresse suivante : <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/index.html>
- ³⁹ Académie canadienne des sciences de la santé. (2014). *Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada*. Consulté à l'adresse suivante : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Access_to_Oral_Care_FINAL_REPORT_FR.pdf
- ⁴⁰ Public Health Service Junior Officer Advisory Group des États-Unis. (Décembre 2015). *New Officer's Guide*. Consulté sur le site Web des Commissioned Corps du Service de santé publique des États-Unis : https://dcp.psc.gov/osg/JOAG/documents/JOAG_New_Officer_Guide.pdf
- ⁴¹ Service de santé publique des États-Unis. (2016). *Chief Dental Officer*. Consulté sur le site Web des Commissioned Corps du Service de santé publique des États-Unis : <https://dcp.psc.gov/osg/dentist/chiefdentallofficer.aspx>
- ⁴² Institute of Medicine. (2011). *Advancing Oral Health in America*. Consulté sur le site Web de la Health Resources and Services Administration : <https://www.hrsa.gov/publichealth/clinical/oralhealth/advancingoralhealth.pdf>
- ⁴³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (Mars 2011). *Oral Health Program Strategic Plan for 2011–2014*, H.R. Consulté à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/oralhealth/pdfs/oral_health_strategic_plan.pdf
- ⁴⁴ Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *CDC Funds Seven States to Strengthen Oral Health Disease Prevention Programs*. Consulté à l'adresse suivante : https://www.cdc.gov/OralHealth/publications/resources/press_releases/funding.htm.
- ⁴⁵ Santé Canada. (n.d.) *Vie saine- Effets de la santé buccodentaire sur l'état de santé général*. Consulté à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/dent-fra.php>