



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2015

THESE N°2015 LYO 1D 021

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Juillet 2015

par

Coillard-Lavirotte Arthur

Né le 7 Avril 1991, à Marseille (13)

Le système de santé bucco-dentaire canadien

JURY

Mme le professeur Dominique Seux

Présidente

Mr le docteur Bruno Comte

Assesseur

Mme le docteur Misato Sugarawa Parrochon

Assesseur

Mr le docteur Philippe Rodier

Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F-N. GILLY
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil Scientifique et de la Commission de Recherche	M. le Professeur P-G. GILLET
Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire et de la Commission de la Formation et de la Vie Universitaire	M. le Professeur P. LALLE
Directeur Général des Services	M. A. HELLEU

SECTEUR SANTE

Comité de Coordination des Etudes Médicales	Président : M. le Professeur F-N. GILLY
Faculté de Médecine Lyon Est	Directeur : M. le Professeur. J. ETIENNE
Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation	Directeur : M. le Professeur Y. MATILLON
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences
UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. P. FOURNIER
Institut de Science Financière et d'Assurances	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE)	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directeur : M. B. GUIDERDONI, Directeur de Recherche CNRS
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités
Vice-Doyen : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités
Vice-Doyen : M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences
Vice-Doyen Etudiant : Mlle DARNE Juliette

SOUS-SECTION 56-01: **PEDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER
Maître de Conférences : M. Jean-Pierre DUPREZ

SOUS-SECTION 56-02 : **ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Maîtres de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

SOUS-SECTION 56-03 : **PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE
ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités : M. Denis BOURGEOIS
Professeur des Universités Associé : M. Juan Carlos LLODRA CALVO
Maître de Conférences : M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 : **PARODONTOLOGIE**

Maîtres de Conférences : Mme Kerstin GRITSCH, M. Philippe RODIER,
Maître de Conférences Associé : NIHTILA Annamari

SOUS-SECTION 57-02 : **CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION**

Maître de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
M. Jean-Pierre FUSARI

SOUS-SECTION 57-03 : **SCIENCES BIOLOGIQUES**

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES
Maîtres de Conférences : Mme Odile BARSOTTI, Mme Béatrice RICHARD,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 : **ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE**

Professeur des Universités : M. Pierre FARGE, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Dominique SEUX
Maîtres de Conférences : Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 : **PROTHESE**

Professeurs des Universités : M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
Maîtres de Conférences : M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET, M. Gilbert VIGUIE,
M. Stéphane VIENNOT, M. Bernard VINCENT

SOUS-SECTION 58-03 : **SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES,
BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**

Professeur des Universités : Mme Brigitte GROSGOGEAT, M. Olivier ROBIN
Maîtres de Conférences : M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET
Maître de Conférences Associé : AYARI Hanène

SECTION 87 : **SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**
Mme Florence CARROUEL

Remerciements :

A notre présidente du jury,
Madame le professeur Dominique Seux,

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon,
Praticien-Hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur de l'Université Lyon I,
Habilité à Diriger des Recherches,
Responsable de la sous-section Odontologie Conservatrice - Endodontie,
Vice-Doyen à l'UFR d'Odontologie de Lyon,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous témoignons notre admiration pour votre attachement et votre soutien à notre formation clinique.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

Au docteur Bruno Comte,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon,
Praticien-Hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur de l'Université Lyon I,
Responsable de la sous-section Prévention,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre aide, votre gentillesse et votre soutien.

Au docteur Philippe Rodier,

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon,
Praticien-Hospitalier,
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Docteur de l'Université Lyon I,
Responsable de la sous-section Parodontologie.

Au docteur Sugawara-Parrochon Misato,

Assistant hospitalo-universitaire associé au CSERD de Lyon,
Diplômée en Chirurgie Dentaire.

SOMMAIRE

Introduction	7
I - Le système de santé bucco-dentaire canadien	8
I.1 Définition d'un système de santé	8
I.2 Les objectifs	9
I.3 Historique : le pourquoi de l'exclusion des soins buccodentaires de l'assurance-maladie au Canada	9
I.4 L'organisation du système de santé bucco-dentaire canadien	12
I.5 La stratégie pour la santé bucco-dentaire canadienne = national oral health strategy (NOHS)	14
I.6 La législation	15
I.7 La promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation du public	15
I.8 Le financement du système de santé canadien, le système public et l'assurance privée	16
I.9 Le taux d'accès	22
I.10 Le fardeau économique de la santé buccodentaire	24
II - La demande de soins	25
II.1 Analyse de l'indice CAO détaillé	25
II.2 L'édentement	26
II.3 Les problèmes parodontaux	26
III - L'offre de soins dentaires	27
III.1 Les études dentaires	27
III.2 La démographie de la profession	29
III.3 Les différents plans d'action	31
III.4 L'évaluation des besoins et la surveillance	32
III.5 Le plan de fluoruration	33
IV - Analyse	35
IV.1 Les limites du système de santé bucco-dentaire canadien	35
IV.2 L'avenir du système de santé canadien	38
IV.3 Lecture comparative avec le système français	39
Bibliographie	41

Introduction :

Ayant eu la chance de partir étudier durant le premier semestre de ma 6ème année d'études d'odontologie au sein de l'Université de Colombie-Britannique (University of British Columbia), à Vancouver, au Canada, dans le cadre d'un échange universitaire, le choix de réaliser ma thèse d'exercice sur le système de santé bucco-dentaire canadien m'est apparu comme une évidence.

Au cours de ce semestre passé outre Atlantique, j'ai pu découvrir un fonctionnement universitaire différent, et plus largement, une conception générale du système de santé bucco-dentaire divergente de la nôtre, sur de nombreux points.

Ce projet s'inscrit dans une volonté de décrire un fonctionnement différent du nôtre, et de définir, expliquer et comprendre son fonctionnement.

Pour ce faire, nous décrirons dans une première partie le système de santé bucco-dentaire canadien, son organisation, son financement, et enfin l'accès à celui-ci.

Nous nous intéresserons ensuite à la demande de soins dentaires au Canada, en étudiant les indices CAO.

Enfin nous nous pencherons sur l'offre de soins, en considérant le nombre et le mode d'exercice des professionnels de santé bucco-dentaire, les études dentaires, et les plans de prévention et de prise en charge organisés par l'état.

Il sera alors possible d'établir une analyse du système de santé bucco-dentaire canadien, avec ses limites et son avenir, puis une comparaison avec le système français.

I - Le système de santé bucco-dentaire canadien :

I.1 Définition d'un système de santé :

Nous proposons ici une définition complète d'un système de santé. Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par un pays, une zone géographique ou une entité communautaire, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, un système de santé inclut toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer, et maintenir la santé.

Le rapport de l'OMS, "Research for universal health coverage", World health report 2013, nous rappelle les objectifs d'un système de santé : améliorer et maintenir l'état de santé de la population, assurer la réactivité du système, et garantir une contribution équitable de la part de la société.

Un système de santé a donc quatre fonctions :

- la prestation de services,
- la création de ressources par des investissements et la formation,
- l'administration générale, qui contrôle,
- le financement sous forme de collecte, de mise en commun et d'achats.

Le système de couverture sociale du système de santé désigne l'ensemble des dispositifs et institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses.

Selon l'article de N. Canry, "Economie des politiques sociales", nous pouvons définir deux grands modèles historiques de protection sociale :

- La logique "Beveridgienne" est de fournir à tout individu, un droit à un minimum vital. Pour ce faire, nous avons recours à un financement par l'impôt et chacun bénéficie des mêmes prestations.

- La logique "Bismarckienne" est adossée au travail salarié. L'activité professionnelle fonde la protection sociale sur les solidarités professionnelles. Les prestations ne sont pas uniformes.

Le modèle "Beveridgien" cherche à mettre l'homme à l'abri de la pauvreté et cherche à établir une justice sociale. C'est une solidarité de type verticale. Le but étant d'avoir une société plus égalitaire, plus solidaire.

Le modèle "Bismarckien" cherche à stabiliser les statuts sociaux, la solidarité est de type horizontale. L'objectif est d'assurer les salariés contre les risques sociaux par des revenus de remplacement afin de garantir un niveau de vie. C'est le principe de l'assurance maladie.

Enfin, dans sa conférence sur les systèmes de santé, Hans-Martin Späth nous rappelle la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : les principaux droits sont le droit d'être soigné, le droit à la qualité des soins, le droit à l'information relative à l'état de santé, les examens, les traitements, la liberté de choix de ses professionnels de santé et le droit au secret médical.

I.2 Les objectifs :

L'objectif global du programme de santé dentaire publique est de réduire sensiblement les maladies dentaires chroniques évitables et de promouvoir le plus haut niveau possible de santé orale pour tous les citoyens du Canada.

Les objectifs sont :

- Améliorer la promotion et la prévention sur l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et la relation entre santé bucco-dentaire et santé générale, en particulier en agissant chez les enfants.
- Améliorer l'état de santé bucco-dentaire général de la population.
- Améliorer l'accès aux soins.
- Établir une méthode standardisée de suivi et surveillance de la santé et de la recherche.
- Assurer un nombre approprié et une distribution équitable des professionnels de santé.

I.3 Historique : le pourquoi de l'exclusion des soins buccodentaires de l'assurance-maladie au Canada :

À l'international, les analystes des politiques de santé publique sont souvent surpris de constater que le régime national d'assurance-maladie du Canada ne couvre pas les soins bucco-dentaires malgré la volonté du Canada de privilégier l'égalité d'accès aux soins de santé.

Répondre à la question de savoir pourquoi les soins dentaires au Canada sont exclus de l'assurance-maladie nous amène à analyser des raisons nationales et internationales. Autrement dit, l'histoire est importante pour comprendre la politique de santé.

Nous tenterons dans cette partie de comprendre pourquoi les soins bucco-dentaires sont exclus de l'assurance-maladie au Canada, en se basant sur l'existence de cinq raisons interdépendantes : législatives, professionnelles, socioculturelles, économiques et épidémiologiques.

1) Les raisons législatives :

Le développement de l'assurance-maladie au Canada peut être attribué à une politique sociale et des événements législatifs :

- 1937-1940 : Le premier événement majeur s'établit autour du rôle de la Commission Royale sur les relations fédérales-provinciales. Comme un résultat de la grande crise économique nord américaine des années 30, la Commission a soutenu le gouvernement fédéral dans le financement des services de santé provinciaux, mais aucune contribution n'a été matérialisée en raison des débats sur la fiscalité. La Commission a cependant discuté des soins dentaires, faisant du financement public du système d'assurance de santé dentaire une perspective réelle.

- En 1943, le gouvernement fédéral a proposé un projet de loi pour l'assurance santé qui comprenait les soins dentaires. Cependant, à la fin la seconde guerre mondiale, la conférence fédérale et provinciale sur la reconstruction décrit les soins dentaires comme un service qui serait financé publiquement à un stade ultérieur, derrière les services médicaux et hospitaliers.

- En 1957, le gouvernement fédéral a établi le financement des régimes d'assurance hospitalisation provinciaux, mais pas celui concernant les soins dentaires.

- 1961-1964 : La Commission Royale sur les services de santé a entrepris de nombreuses études sur la dentisterie, et reconnu la maladie dentaire comme l'un des défauts de santé les plus fréquents retrouvés dans la population. La Commission a recommandé la conclusion d'accords par le gouvernement fédéral avec les provinces et territoires pour introduire et présenter le fonctionnement des programmes provinciaux et universels de services de santé, décrivant six catégories:

- services médicaux;
- services dentaires (pour les enfants, les femmes enceintes, et les bénéficiaires des aides publiques);
- services de médicaments sur ordonnance;
- services optionnels (pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide publique);
- services de prothèses;
- services de soins à domicile.

En d'autres termes, la commission entend cibler des actions plutôt que de proposer une couverture universelle pour les soins dentaires.

Nous voyons donc bien ici la façon dont la Commission Royale voyait la santé bucco-dentaire et les soins dentaires. Elle mettait en avant le fait que la responsabilité individuelle concernant sa santé bucco-dentaire était plus importante que l'action collective publique.

Il a été ensuite ajouté que le poids de cette responsabilité individuelle était réduit pour les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'aide publique.

- Ainsi en 1966, la loi sur les soins médicaux, qui a créé l'assurance-maladie, n'a pas inclus la dentisterie. Néanmoins, le gouvernement fédéral a introduit le régime d'assistance publique du Canada, qui représentait le principal mécanisme de financement fédéral pour les programmes de protection sociale provinciaux. Les provinces ont utilisé ce plan afin d'investir dans les soins dentaires pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide publique. Dès lors de nombreux programmes de soins dentaires publics ont vu le jour.

- Cependant en 1980, cette croissance s'est fortement ralentie, le gouvernement fédéral étant confronté à une récession économique.

- 1984 : la loi canadienne sur la santé, déclaration la plus claire de ce pays sur ses principes de distribution de soins de santé, n'a fait aucune mention de la dentisterie, autre que la création des services de chirurgie dentaire à l'hôpital, qui était désormais une norme provinciale commune.

2) Les raisons professionnelles :

Les chirurgiens-dentistes étaient prêts à interagir avec un système public, car ils savaient le rôle que pouvait jouer le gouvernement en matière de santé orale.

Politiquement, la prévention a permis aux chirurgiens-dentistes d'attirer l'attention du gouvernement sur l'étiologie évitable des maladies dentaires.

Cependant le gouvernement considérait ces systèmes de prestation publics comme injustifiés avec un risque économique éventuel.

Avec l'instauration de la fluoruration de l'eau dans les années 1950, une mesure de santé publique efficace et peu chère est devenue l'alternative évidente. La fluoruration a été fortement soutenue au

niveau du gouvernement fédéral.

Dans les années 1960, la préférence professionnelle s'était tournée vers le rôle de l'assurance privée : les assureurs devenant un partenaire efficace de la profession dentaire en offrant une meilleure couverture des soins dentaires.

En 1967, il est devenu clair que l'assurance-maladie n'inclurait pas la dentisterie. Les premiers plans d'action de soins dentaires publics ont commencé alors à apparaître, couvrant les membres et les familles des grands syndicats. Dans le même temps, les assurances santé fournies par l'employeur ont augmenté considérablement, devenant ainsi l'épine dorsale du pays pour financer les soins dentaires.

3) Les raisons socioculturelles :

Dans les années 1920, les Canadiens ont été régulièrement informés, grâce à la presse écrite, aux liens entre santé bucco-dentaire et réussite sociale.

Avoir les dents propres, droites et blanches est devenu l'un des idéaux de santé personnelle les plus omniprésents de la modernité.

Le boom économique de l'après seconde guerre mondiale a promu la prospérité des classes ouvrières et la consommation de masse de biens et de services, y compris les soins dentaires. Cette période a observé l'adoption en masse du poil de brosse à dents en nylon et le début de l'adoption de dentifrice fluoré.

On a également observé la croissance d'une classe moyenne, de plus en plus syndiquée, qui par l'employeur et les incitations fiscales des employés, a commencé à rapidement acquérir des avantages non salariaux sous la forme d'assurance dentaire.

Parallèlement aux avancées technologiques dans la pratique clinique, qui ont fait des soins dentaires plus confortables et prévisibles, les soins dentaires n'étaient désormais plus totalement centrés sur la douleur et l'inconfort, mais remplacés par des notions de simplicité, d'accessibilité et d'esthétique.

Les Canadiens se sont donc plus facilement rendus chez leur chirurgien-dentiste.

Enfin, grâce à l'assurance basée sur l'emploi, le public n'avait plus de raisons de refuser les soins dentaires.

4) Les raisons économiques :

À la fin des années 1940, le Canada a pu observer les impacts économiques des financements publics des soins dentaires. Les données canadiennes ont confirmé que la création de l'assurance maladie serait probablement à l'origine d'une augmentation considérable de la demande de services de santé. Les impacts économiques potentiels étaient clairs.

5) Les raisons épidémiologiques :

En 1964, 98% des enfants canadiens avaient une ou plusieurs dents cariées, et seulement 13% n'avaient pas de défauts dentaires non traités.

Des différences considérables dans les visites chez le chirurgien-dentiste par groupe de revenu étaient également présentes.

Pourtant, avec une population engagée dans de bons comportements de santé orale, et avec un programme de fluoruration, une baisse des maladies dentaires a été observée.

I.4 L'organisation du système de santé bucco-dentaire canadien :

I.4.1 Rôles et responsabilités au niveau fédéral :

Le Canada est une confédération, avec des puissances divisées entre le gouvernement fédéral, dix gouvernements provinciaux et trois territoriaux.

Le Territoire du Nord-Ouest, le Yukon et le Nunavut sont les trois territoires du Canada. Situés en très grande partie au nord du 60e parallèle, ils couvrent 40% du territoire, mais ne représentent qu'environ 3% de la population.

Les dix provinces sont : l'Alberta, la Colombie-Britannique, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Québec, la Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador.

Il existe une nette distinction entre les provinces et les territoires sur le plan constitutionnel. Alors que les provinces exercent des pouvoirs constitutionnels de plein droit, les territoires ont des pouvoirs délégués sous l'autorité du parlement du Canada.

Ainsi il existe au Canada, pour la santé publique bucco-dentaire, trois niveaux de pouvoir qui doivent travailler ensemble :

- au niveau de l'état : l'organisation fédérale.
- au niveau local : les organisations provinciales et territoriales.

Les provinces ont la responsabilité de la prestation des soins de santé et chacune a son propre régime d'assurance santé qui fonctionne en vertu des normes établies par une loi fédérale appelée la Loi canadienne sur la santé.

Le gouvernement fédéral transfère des fonds aux provinces et territoires par l'intermédiaire de la Loi canadienne sur la santé. Cette loi oblige le financement public de la majorité des hôpitaux et des soins médicaux à travers le pays. En cas de non respect, le gouvernement fédéral a la possibilité de retenir ces fonds.

Le gouvernement fédéral finance les soins dentaires pour des groupes spécifiques, tels que les premières nations (les Indiens) et les Inuits, les militaires, les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux.

D'après l'article "Oral Health: Its Place in a Sustainable Health Care System for Canadians What is the Federal/Provincial/Territorial Dental Directors organization", l'organisation fédérale est composée :

- des directeurs de la santé publique dentaire;
- des consultants dentaires seniors pour chacune des provinces et territoires du Canada;
- d'un consultant dentaire principal de la direction de la santé des Indiens et des Inuits.

I.4.2 Rôles et responsabilités au niveau provincial et territorial :

Les provinces et les territoires sont responsables des services de soins de santé pour leurs populations. Comme la santé bucco-dentaire se situe majoritairement en dehors de la Loi canadienne sur la santé, les services dentaires sont très différents d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Chaque gouvernement décide alors quels programmes publics il financera et pour qui. Chaque province a donc sa propre législation pour ses services dentaires.

Les provinces financent par exemple les soins dentaires pour des groupes tels que les enfants des familles à faible revenu, les bénéficiaires de l'aide sociale, les handicapés et les personnes souffrant de troubles cranio-faciaux.

I.4.3 Rôle du ministère de la santé :

D'après le "model core program paper : dental public health", BC health authorities, population health and wellness, BC ministry of health, Octobre 2006, le ministère de la santé a trois rôles principaux :

- Gérer le système de santé dans chaque provinces et territoires, y compris des interventions stratégiques avec les autorités sanitaires pour assurer la poursuite de la prestation des services de santé;
- Travailler avec les autorités sanitaires pour rendre des comptes au gouvernement et au public;
- Gérer les ressources des autorités de santé afin de leur permettre d'offrir des services liés à la santé.

Plus spécifiquement, dans le domaine de la santé dentaire publique, les responsabilités du ministère de la santé au niveau des provinces et territoires sont les suivantes :

- Coordonner et assurer un leadership dans la politique de santé publique dentaire;
- Evaluer des initiatives de soins dentaires à l'échelle locale.

Le ministère de l'éducation, le ministère de l'enfance et de la famille, le ministère de l'emploi et de l'aide au revenu et le ministère de l'environnement sont également liés aux services de santé dentaire.

I.4.4 Rôles et responsabilités au niveau de l'autorité de santé "Health Authority" :

Les rôles et responsabilités de l'autorité de santé canadienne sont d'identifier et évaluer les besoins de santé de chaque région et surveiller et évaluer les services qu'ils fournissent.

Elle gère également la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention des maladies dentaires, avec un accent sur la prévention chez les enfants, la surveillance et l'évaluation de l'état de santé dentaire.

La mise en place d'un programme national commun pour la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention et les traitements est donc conditionnée par l'approbation du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux. La réalisation de ce programme dépend du travail effectué par toutes les parties prenantes.

I.5 La stratégie pour la santé bucco-dentaire canadienne = national oral health strategy (NOHS) :

La stratégie canadienne de santé bucco-dentaire comprend :

- un rôle de leadership des gouvernements;
- la promotion de la santé bucco-dentaire, la prévention et les traitements;
- la normalisation des méthodes de surveillance;
- des enquêtes et l'incorporation d'autres méthodes de prestation de services pour répondre aux besoins de ceux qui ont un accès insuffisant aux soins;
- l'élaboration d'un plan stratégique des ressources humaines et le soutien à la recherche en santé bucco-dentaire.

Cette partie se réfère à la conférence qui s'est tenue à Montréal, "A Canadian Oral Health Strategy Federal, Provincial, Territorial Dental Director's working group meeting" en août 2005.

La première "stratégie pour la santé bucco-dentaire canadienne: 2005-10" (COHS) a été développée par le comité fédéral, provincial et territorial dentaire énumérant les défis, les stratégies possibles, et les objectifs mesurables pour améliorer la santé bucco-dentaire. Lorsque cette stratégie a été élaborée, il n'y avait pas de position claire du gouvernement fédéral sur la santé bucco-dentaire, ni de données de référence récentes qui pouvaient être utilisées pour l'élaboration des objectifs ou pour le suivi des progrès.

Depuis, quelques succès significatifs ont quand même été atteints. Parmi eux :

- Des postes clés ont été créés :
 - . Le bureau du dentiste en chef au gouvernement fédéral.
 - . Deux postes à temps plein d'agents dentaires provinciaux supplémentaires en Alberta et en Nouvelle Écosse.
- Plusieurs enquêtes ont été complétées :
 - . Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Canadiens par l'intermédiaire de mesures de la santé du Canada (ECMS),
 - . Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits (ESBI),
 - . Enquête sur la santé orale des Premières Nations (FNOHS),
 - . Enquête sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées en Nouvelle-Écosse.
- Des initiatives comme celle pour la santé bucco-dentaire des enfants (SOEI) - une approche de prévention de la maladie par voie orale chez les jeunes des premières nations et des Inuits pour les enfants âgés de 0 à 7 ans, leurs parents, et les femmes enceintes.
- Les ressources en ligne et webinaires, par exemple CHNET-WORKS Fireside Chats, mis à disposition.
- La stratégie pour la santé bucco-dentaire canadienne a jeté les bases pour le processus de planification stratégique et de collaboration mettant l'accent sur :
 - . Les populations les moins favorisées avec un ensemble différent de problèmes et défis, nécessitant des stratégies ciblées.
 - . Les groupes prioritaires (les peuples autochtones, les familles à faible revenu, les personnes âgées, les personnes handicapées, les immigrants récents et les réfugiés) qui ont besoin de solutions de rechange comme les soins communautaires publics de santé bucco-dentaire.

I.6 La législation :

Compte tenu de la diversité au sein des administrations provinciales/territoriales et du champ de pratique des professionnels de la santé bucco-dentaire, la normalisation est un problème au Canada.

Dans de nombreux cas, l'autorisation pour les professionnels d'utiliser leurs compétences est limitée par les règlements des gouvernements.

Par exemple, les assistantes dentaires, formées pour appliquer des agents de prévention (fluor topique, produits d'étanchéité) et pour fournir des services de promotion de la santé et de prévention, ne peuvent le faire qu'en Ontario et en Alberta.

La formation de premier cycle pour les étudiants en hygiène dentaire comprend des cours sur la façon de travailler avec les établissements de soins de longue durée, mais les diplômés ne sont autorisés à fournir ces services que dans certaines provinces.

Enfin, au cours des dernières années, les hygiénistes dentaires ont acquis la possibilité d'ouvrir des cabinets indépendants. Beaucoup de ces hygiénistes indépendants acceptent les très jeunes enfants et/ou les visites chez les résidents des établissements de soins de longue durée pour fournir des soins (comme le font de nombreux cabinets dentaires). Cependant toutes les provinces et territoires ne permettent pas ces pratiques indépendantes.

Il existe donc de grandes disparités de législation, tant entre les différents corps de métier autour de la santé bucco-dentaire qu'entre les différents états du Canada.

I.7 La promotion de la santé bucco-dentaire et la sensibilisation du public :

Au Canada, il a été difficile de faire accepter la nécessité d'avoir des hygiénistes dentaires de santé publique qui travaillent dans différents milieux, y compris les écoles, les établissements de soins de longue durée et les centres de santé communautaires.

Alors qu'un nombre très limité d'hygiénistes dentaires travaillent dans le système de santé publique, leur rôle n'est pas largement reconnu. Un passage à une augmentation de leur nombre n'est d'ailleurs pas envisagé.

Les plus grandes améliorations dans la santé bucco-dentaire des Canadiens sont atteintes grâce à des activités de promotion de la santé, d'éducation et de sensibilisation du public par les professionnels de la santé et les décideurs politiques.

D'après "Core Public Health Functions for British Columbia: Model Core Program Paper Dental Public Health", Population Health and Wellness, Ministry of Health, 2009 : dans le cadre des fonctions essentielles de santé publique, la promotion de la santé est non seulement un élément clé, mais aussi une stratégie identifiée.

La Charte d'Ottawa fournit un cadre pour assurer la promotion de la santé grâce à l'élaboration d'une politique publique saine, la création de milieux favorables, le développement des compétences personnelles, le renforcement de l'action communautaire et la réorientation des services de santé. Les stratégies d'autorité de santé comprennent :

- Le développement d'une politique de santé publique saine à travers :

- . La fluoration de systèmes publics d'eau.
- . Les approches de collaboration et de soutien axées sur des politiques et plans d'action alimentaires sains, des initiatives de lutte contre le tabagisme, des politiques de prévention des maladies chroniques.

- La création d'environnements favorables par :

- . Le soutien d'ateliers de renforcement des compétences de soins dentaires et la fourniture de matériel éducatif pour les professionnels de santé et de soins de la famille, des étudiants, des travailleurs en milieu préscolaire et de garde d'enfants et des fournisseurs de soins pour les populations vulnérables.
- . L'intégration de la formation dentaire dans l'éducation, les normes et le processus d'accréditation pour les professionnels de santé.

- Le développement de compétences personnelles à savoir :

- . L'éducation des parents grâce à des campagnes d'information (par exemple par le biais de posters informatifs dans les cabinets dentaires).

- Le renforcement de l'action communautaire par :

- . L'établissement de partenariats entre des services sociaux et de santé de la communauté et des organismes pour la promotion de la santé bucco-dentaire.
- . Le renforcement des capacités des organismes sociaux locaux à promouvoir un meilleur accès aux services dentaires.

Surveillance et évaluation de la santé dentaire :

Surveillance et contrôle sont nécessaires afin de connaître l'état dentaire des Canadiens. Cela permet d'identifier les besoins et les priorités des populations à risque.

I.8 Le financement du système de santé canadien (le système public et l'assurance privée) :

Au Canada, les soins dentaires sont presque entièrement financés par le secteur privé :

- 51% des dépenses pour les soins dentaires sont payées par le biais de l'assurance de l'employeur.
- 44% des dépenses proviennent directement des économies des Canadiens.
- 5% par le secteur public (c'est à dire 6 milliards de dollars, représentant 7% des dépenses totales en matière de santé).

La plupart des soins sont réalisés par des chirurgiens-dentistes privés et par une minorité de chirurgiens-dentistes travaillant dans des centres de santé communautaires.

En plus du gouvernement fédéral, des territoires et provinces, certains services sont fournis par les municipalités de façon ponctuelle. Par exemple, la fluoration de l'eau est une responsabilité municipale.

Néanmoins ces systèmes publics de soins dentaires ne sont pas liés entre eux, ce qui produit d'importantes lacunes en matière de politiques, de services et de couverture pour la population.

Pour bien comprendre l'équilibre entre les soins dentaires privés et les soins dentaires publics, il est plus simple d'en décomposer le financement.

**Indicateurs de la croissance des dépenses
en soins buccodentaires, Canada, 1960-2008**

Dépenses en soins dentaires	Année					
	1960	1970	1980	1990	2000	2008 (estimation)
Total en millions \$	110	265	1 520	4 139	7 180	12 117
Par habitant en \$ courants	6,16	12,45	64,92	149,42	231,60	361,62
en \$ de 1960	6,16	9,52	22,88	29,63	37,75	49,26
par usager en \$ de 1960*	nd	19,04	45,76	55,91	63,98	77,33
% des dépenses totales en soins de santé	5,1	4,2	5,8	6,8	7,5	7,0
% du PIB	0,29	0,31	0,42	0,61	0,69	0,75

*Remarque : Les estimations de l'utilisation et les années d'enquête employées pour calculer les dépenses par usager étaient les suivantes : 1970 – 50 % (1972); 1980 – 50 % (1979) (Charette, 1986); 1990 – 53 % (1990) (Charrette, 1993); 2000 – 59 % (1996) (Millar et Locker, 1999); 2008 – 63,7 % (2008) (Statistique Canada, 2009).

Sources : Baldota et Leake, 2004, avec mises à jour de la BDDNS de l'ICIS pour les années 1975-2008 et de Santé Canada (2002) pour les dépenses; Statistique Canada pour l'IPC; Wikipédia (2008) pour les estimations de la population; et Statistique Canada (2009), tableau CANSIM pour l'utilisation en 2008.

Comme indiqué précédemment, la grande majorité des soins de santé bucco-dentaire sont réalisés par le secteur privé, et très peu de soins sont financés par les fonds publics.

Or, cela n'a pas toujours été le cas, puisqu'au début des années 1980, environ 20 % de tous les soins de santé bucco-dentaire étaient financés par les fonds publics. Il existait également de nombreuses infrastructures publiques de soins de santé bucco-dentaire comme des cliniques dentaires publiques où les chirurgiens-dentistes et les hygiénistes dentaires étaient salariés.

Depuis, la politique provinciale sur les soins de santé bucco-dentaire a changé, et le financement gouvernemental pour la prestation directe des services de soins de santé bucco-dentaire a subi un important repli. Presque tout le financement public disponible va désormais vers une prestation indirecte des services par des cliniques privées.

Toutefois, il est important de préciser que cette répartition public/privé reflète une tension majeure dans le milieu de la dentisterie : celle de la préférence des professionnels pour des soins privés et une prestation indirecte des services de soins dentaires dans des cliniques privées, par rapport à un besoin évident de soins directs, financés par les fonds publics et offerts dans des installations publiques faciles d'accès.

I.8.1 Les dépenses publiques :

Les services dentaires offerts dans le cadre des régimes de santé publics sont financés à 40% par le gouvernement fédéral, et 60% par les provinces et territoires ou par l'entremise des municipalités.

Le ministère de la santé (Santé Canada), a assumé la quasi intégralité des dépenses, principalement parce qu'il gère les dépenses afférentes aux programmes des services de santé des non assurés (SSNA) pour les premières nations (Indiens).

Le gouvernement fédéral, en finançant les soins des populations des premières nations et des Inuits, contribue largement au pourcentage de toutes les dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire au Canada.

En effet, les autorités fédérales, contrairement à la plupart des provinces et territoires, sont les seules à réaliser des soins de santé bucco-dentaire pour les communautés autochtones.

Ces soins sont, soit fournis par l'intermédiaire de chirurgiens-dentistes salariés, à tarif journalier, ou rémunérés à l'acte, qui voyagent vers ces communautés largement isolées, soit réalisés dans des cliniques dentaires privées en milieu urbain et en banlieue.

Les provinces, elles, n'offrent que très peu de soins de santé bucco-dentaire, sauf dans certains cas particuliers comme au Québec, où des hygiénistes dentaires réalisent des soins préventifs.

Dans la plupart des provinces du Canada, les grandes municipalités participent au financement des soins de santé bucco-dentaire, soit par des ententes de partage des coûts avec les provinces, soit par des programmes complètement indépendants. Les très grandes municipalités assurent un certain niveau de prestation directe de services grâce à de petits réseaux de cliniques publiques.

On obtient donc un mélange flou et inégal de financement public et de prestations à l'échelle des provinces et des territoires, ainsi qu'une couverture différente et un accès aux soins dentaires inégal à l'échelle nationale.

Ainsi des programmes de santé publique, financés avec des fonds publics, sont dispensés par le secteur privé.

Bien qu'il y ait des variations entre provinces, ces dernières ont payé les soins assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé (assurance-maladie), c'est à dire les soins devant être dispensés dans les hôpitaux (par exemple le cancer de la bouche, l'anesthésie ou les coûts liés aux salles d'opération pour le traitement de la carie de la petite enfance).

Toutefois, une grande partie de ces coûts concernaient les soins dentaires dispensés aux bénéficiaires des services sociaux (aide sociale) et, selon les provinces, à des groupes ciblés tels que les enfants des familles à faible revenu, les services de prévention, l'aide aux personnes âgées, les programmes pour les personnes socialement marginalisées, les troubles spécifiques tels que la fente palatine et des programmes dentaires dans les établissements de soins de longue durée.

Les municipalités engagent des fonds lorsque les frais des programmes communautaires sont partagés avec la province ou lorsqu'elles choisissent de financer elles-mêmes ces programmes.

Dans ce cas également, les provinces et les municipalités payaient les primes d'assurance dentaire de leurs employés actifs ou à la retraite, mais ces coûts ne sont pas désignés expressément comme des dépenses publiques.

En 2005, les services dentaires financés par l'État ont représenté 225 millions de dollars du budget fédéral de la santé qui est de 5,3 milliards, c'est à dire 4,2%.

Au niveau provincial, territorial et municipal, les services dentaires financés par l'État ont représenté 354 millions de dollars du budget de soins de santé qui est de 94,7 milliards de dollars, soit 0,37%.

I.8.2 Les assurances privées :

La plupart des assurances santé vendues au Canada sont de type compensatoire, c'est à dire que l'assureur indemnise le patient pour les dépenses engagées ou, dans de nombreux cas, paye directement les honoraires au délivreur de soins.

De nombreux régimes remboursent la totalité des soins de base, mais ne payent qu'une partie des soins de prothèse. Lorsque les soins d'orthodontie sont couverts, les frais sont partagés et assujettis à une limite à vie. À part un ou deux régimes offerts par des syndicats, il n'existe pas d'autre modèle d'assurance privée au Canada.

L'assurance dentaire demeure un avantage très recherché dans le milieu du travail, car les primes payées par l'employeur, faisant donc partie de la rémunération globale des employés, ne sont pas imposables par le gouvernement fédéral et la plupart des gouvernements provinciaux.

En vertu de cet arrangement, les soins dentaires des Canadiens les plus aisés sont en bonne partie payés par les fonds publics.

Historiquement, ce mode de financement a été encouragé par des subventions publiques sous la forme de régimes de santé et dentaires privés non imposables, ce qui incite les employeurs à offrir ces avantages sociaux à leurs employés, améliorant ainsi la nature globale des contrats d'embauche.

Cependant de nouveaux éléments menacent la viabilité de ces assurances :

- La hausse constante des coûts, qui dépasse largement le taux d'inflation,
- La robustesse des régimes dentaires privés qui s'est lentement érodée au cours des 20 dernières années. En raison des récents défis économiques, les principaux employeurs examinent désormais les avantages sociaux à la loupe.

Ainsi, et là est tout le problème du système Canadien, les personnes sans assurance sont plus susceptibles de faire partie des groupes les plus pauvres, d'avoir une moins bonne santé bucco-dentaire, d'avoir un moins bon accès aux soins de santé bucco-dentaire, et de devoir payer pour les soins de santé bucco-dentaire avec leur revenu après impôt.

Mis à part certains programmes financés par le secteur public, les canadiens doivent pour la plupart souscrire à des polices d'assurance ou puiser directement dans leurs économies pour couvrir les soins dentaires et autres services de santé bucco-dentaire.

I.8.3 Les comparaisons du Canada à l'échelle internationale :

À partir de données de 1999 et 2000, Van Doorslaer et Masseria ont montré que le Canada figure parmi les pays les plus en retard en matière d'équité pour les soins dentaires.

Les données de 2011 de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que le Canada présente certaines des plus grandes différences entre les riches et les pauvres en ce qui concerne le nombre de consultations annuelles chez le chirurgien-dentiste.

Un peu moins de 80 % des personnes qui font partie des groupes les plus riches sont susceptibles d'avoir consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année précédente, contre 47 % environ des personnes du groupe le plus pauvre.

Aussi, lorsque les données sont classées en fonction du montant de fonds publics alloués aux soins de santé bucco-dentaire, le Canada est proche de la dernière position de l'OCDE.

Par ailleurs, si l'on observe les tendances concernant la proportion des dépenses de soins dentaires financée par des fonds publics en 2001, en 2005 et en 2008, les États-Unis et d'autres pays ont accru leur part du financement public des dépenses en soins de santé bucco-dentaire, tandis que la part du

Canada l'a diminué.

En bref, la plupart des pays membres de l'OCDE allouent beaucoup plus de fonds publics aux soins de santé bucco-dentaire que le Canada et emploient des méthodes plus équitables pour fournir des soins de santé bucco-dentaire à leur population.

Birch et Anderson ont décrit l'une des conséquences de la diminution des investissements publics du Canada dans les soins de santé bucco-dentaire. Ils montrent que, chez les personnes qui ne consultent pas de chirurgien-dentiste en raison des coûts, la différence entre celles qui ont un revenu élevé et celles qui ont un revenu faible est nettement prononcée. Cette conséquence est absente dans les pays qui proposent un système public plus robuste pour le financement et la prestation des soins de santé bucco-dentaire, tels que le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande.

Au Canada, alors que 15 % des personnes des groupes à revenu élevé ne consultent pas de chirurgien-dentiste en raison du coût, ce sont 42 % des personnes provenant de familles à faible revenu qui ne consultent pas de chirurgien-dentiste.

En résumé, bien que le Canada tente d'adopter une approche équitable pour le financement et la prestation des soins de santé générale, ce n'est de toute évidence pas le cas pour les soins de santé bucco-dentaire.

Cette observation est soutenue par d'autres études montrant qu'au Canada, les personnes qui déclarent se sentir en moins bonne santé indiquent consulter davantage leur médecin de famille.

Or, il n'en est pas de même pour la santé bucco-dentaire et en ce qui concerne les soins de santé bucco-dentaire, plus l'état de santé général d'une personne est faible, moins il est probable qu'elle consulte un chirurgien-dentiste.

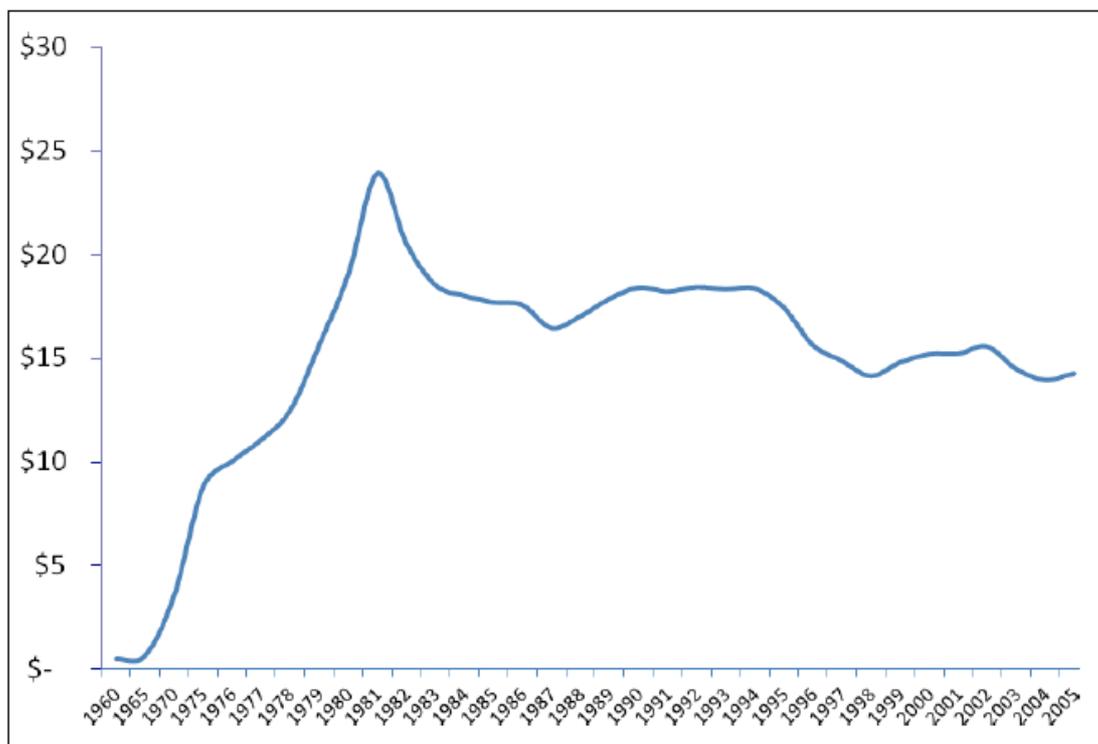


Figure 3.2 Dépenses publiques en soins de santé bucco-dentaire par habitant au Canada, entre 1960 et 2005 (en dollars constants de 2005)

Source : Quiñonez C. et al., (2007) [19]

Tableau 3.2 Total des dépenses en soins de santé générale et bucco-dentaire selon la source de financement au Canada, en 2008 (en millions de dollars; excluant les dépenses du gouvernement fédéral)

Dépenses en soins de santé généraux/médicaux		
Secteur public	Secteur privé	Total
135 100 \$ (70,5 % du total)	56 600 \$ (28,5 % du total)	191 700 \$
Dépenses en soins de santé bucco-dentaire		
585 \$ (4,9 % du total)	11 256 \$ (95 % du total)	11 841 \$
Paiements directs par les clients		Assurance
	5 218 \$ (44 % du total)	6 038 \$ (51 % du total)

Source : ICIS, (2011) [21].

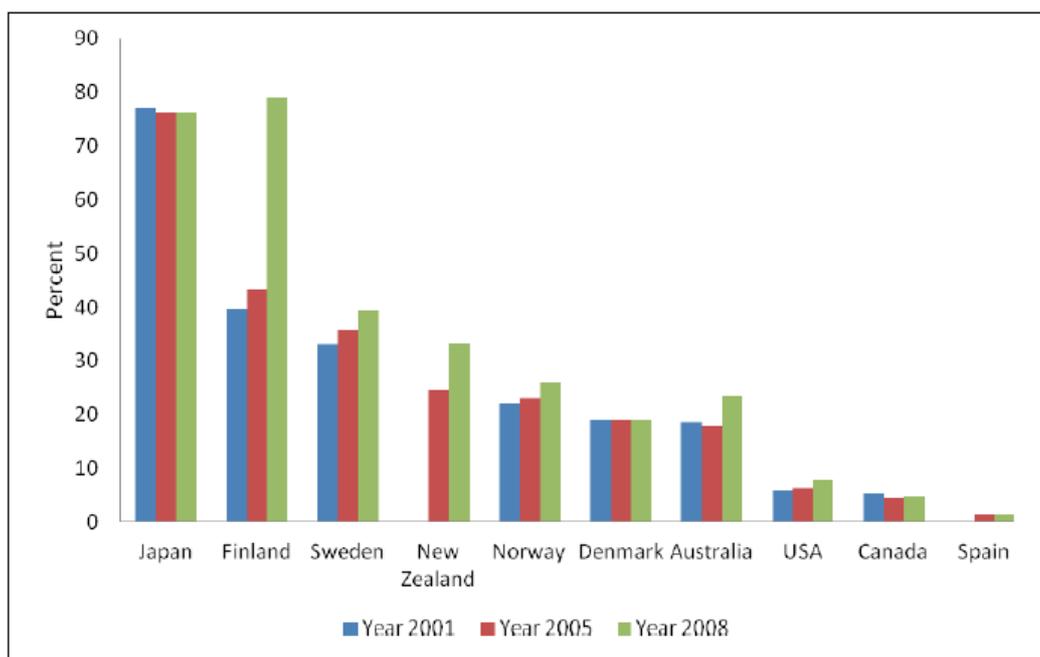


Figure 3.4 Part du secteur public par habitant pour les dépenses en soins dentaires dans les pays de l'OCDE au cours de la période 2001 à 2008

Source : Adapté de Parkin et Devlin (2003) [26].

- Les inégalités dans le financement des soins dentaires :

En vertu du droit fiscal actuel, l'assurance des soins de santé et les primes versées par les employeurs ne sont pas taxées par l'impôt fédéral et provincial sur le revenu.

Ces dispenses fiscales ont trois implications qui doivent être comprises si l'on considère la politique de santé bucco-dentaire nationale :

- Tout d'abord, les Canadiens les plus riches et les mieux assurés reçoivent une exonération de taxes sur les soins dentaires, alors que les non assurés payent une taxe après imposition;
- Tous les Canadiens, y compris les personnes en situation de pauvreté, payent une taxe supplémentaire, pour compenser les impôts non perçus sur les primes d'assurance-maladie;
- Enfin, comme le système fiscal devient moins progressif, les personnes à faible revenu et les gens non assurés contribuent d'avantage à financer les soins des assurés.

Ainsi, les Canadiens ont un programme de soins de santé bucco-dentaire qui exige que la majorité des Canadiens, y compris les personnes à faible revenu, payent plus d'impôts, pour subventionner l'absence de taxes sur les soins de santé bucco-dentaire pour les Canadiens les plus riches et assurés.

De plus, il y a un besoin évident de professionnels de la santé bucco-dentaire, employés par le secteur public. Ce nombre est aujourd'hui trop faible.

Cependant, compte tenu de la crise financière en cours au Canada, le système de soins de santé publique est à ce jour réticent à la création de nouveaux postes publics en matière santé bucco-dentaire.

I.9 Le taux d'accès :

De grandes disparités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins continuent et sont même en augmentation chez les Canadiens.

On estime entre 25 et 30% le nombre de Canadiens qui portent un fardeau plus élevé de maladies bucco-dentaires et n'ont peu ou pas accès aux services professionnels.

Comme beaucoup de maladies, les maladies bucco-dentaires telles que la carie dentaire, la maladie parodontale et le cancer de la cavité buccale sont plus fréquents chez les personnes de niveau socio-économique inférieur.

Non seulement les groupes défavorisés de la société ont des taux de morbidité plus élevés, mais ils ont aussi moins accès aux soins dentaires.

Les plus hauts taux de carie dentaire sont parmi les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les autochtones et les personnes ayant des problèmes de santé affaiblissant leur état général.

L'accès aux soins est un problème de taille pour les populations défavorisées. Même si ceux qui en ont les moyens ne rendent pas tous visite à leur chirurgien-dentiste chaque année, les données montrent systématiquement que l'accès aux services dentaires n'est pas égal pour tous.

Des études ont montré que les personnes dans l'extrémité inférieure de l'échelle économique ont des besoins de traitement qui sont 2 à 3 fois supérieur à ceux des personnes dont le revenu est le plus élevé.

Les taux de caries dentaires des premières nations et des Inuits de tout âge sont de trois à cinq fois supérieurs à la population non autochtone.

Il existe quatre principaux types d'obstacles à l'accès aux soins qui doivent être abordés:

- les obstacles financiers,
- les barrières géographiques,
- les barrières sociales et culturelles,
- les obstacles législatifs.

Dans le cas des soins dentaires, les facteurs socio-économiques déterminent l'utilisation des services à un point tel que le nombre de consultations chez le dentiste est inversement proportionnel aux besoins prévus des patients.

Ainsi, les données sur les dépenses indiquent que les coûts directs du système de soins dentaires, en très grande partie financé par le secteur privé, ont augmenté plus rapidement que le taux de croissance de la population, que l'utilisation des services et que la hausse des prix, selon l'indice des prix à la consommation.

Ils ont aussi augmenté davantage par rapport aux autres dépenses en santé et en proportion du PIB. Ces dépenses accrues ont constitué le revenu des professionnels de la santé bucco-dentaire, dont le nombre a connu une croissance exponentielle.

I.9.1 Les populations autochtones :

Les services de santé bucco-dentaire sont présents dans les communautés Inuits et des premières nations à travers une variété de professionnels de santé bucco-dentaire.

La Direction de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) s'occupe d'assurer ses propres programmes comme :

- les prestations de santé aux non assurés (SSNA),
- les initiatives sur la santé buccodentaire des enfants (SOEI),
- ainsi que des programmes partenaires, comme "Headstart" et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).

Ces soins sont assurés par des professionnels de la santé bucco-dentaire appartenant à la communauté ainsi que par d'autres qui n'appartiennent pas à la communauté. Parmi ces professionnels, on note des chirurgiens-dentistes, des thérapeutes dentaires, des hygiénistes et des assistantes dentaires.

Bien que le SSNA aide à répondre à leurs besoins de santé bucco-dentaire, ces populations ont des barrières géographiques, linguistiques et socioculturelles qui entravent l'accès aux soins.

Beaucoup de services, dans de nombreuses collectivités des premières nations et Inuits, sont délivrés par des thérapeutes dentaires eux mêmes autochtones. Ils parlent donc les langues, comprennent la culture, vivent dans la communauté et donc, sont facilement acceptés.

I.9.2 Les immigrants :

On constate un large écart entre les personnes nées au Canada et les nouveaux arrivants.

En effet, les adolescents immigrants sont cinq fois plus susceptibles d'avoir des caries dentaires que les enfants nés au Canada.

Beaucoup de réfugiés et d'immigrants viennent d'Afrique et d'Asie où la prévalence de la carie dentaire est en augmentation.

Ces nouveaux Canadiens sont confrontés à des obstacles concernant l'accès aux soins de santé bucco-dentaire tels que :

- un revenu limité,
- de faibles compétences linguistiques,
- une peur du chirurgien-dentiste,
- des histoires de soins inadéquats,
- l'embarras au sujet de leur condition buccale actuelle,
- des différences dans les approches culturelles et des concepts de prévention et de traitement dentaire.

I.10 Le fardeau économique de la santé buccodentaire :

On estime que 2,26 millions de jours d'école et 4,15 millions de jours travaillés sont perdus chaque année en raison de visites chez le chirurgien-dentiste.

On estime également à 40,36 millions par an le nombre d'heures des activités normales qui sont perdues, à l'école ou au travail, en raison de visites chez le chirurgien-dentiste.

39,1% de Canadiens a connu une perte de temps de son activité normale pour des raisons de santé bucco-dentaire.

Dans l'ensemble une moyenne de 3,54 heures par an est perdue par personne en raison de la maladie dentaire au Canada.

II - La demande de soins :

Parmi les maladies chroniques, les pathologies buccales sont extrêmement fréquentes et constituent donc un important problème de santé publique de par leur prévalence, leur impact sur les individus et la société, et le coût des traitements.

Les soins bucco-dentaires constituent une activité économique importante au Canada et représentent 7% du total des dépenses consacrées aux soins de santé.

Le coût des soins dispensés par les chirurgiens-dentistes et autres membres des équipes de santé bucco-dentaire a atteint environ 9,7 milliards de dollars en 2005. Ce montant ne devrait pas étonner, étant donné que la carie dentaire constitue la maladie chronique la plus répandue chez les enfants du Canada.

La carie dentaire au Canada a touché :

- 57 % des enfants,
- 60% des jeunes entre 6 et 19 ans,
- 59 % des adolescents,
- 96 % des adultes.

La maladie parodontale est également fréquente. 21% des adultes possédants des dents ont ou ont eu des problèmes parodontaux modérés ou sévères.

L'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) a débuté en 2007 et, en 2010, elle incluait la santé bucco-dentaire pour la première fois.

En 2010, le ministère de la santé a dévoilé un rapport qui présentait les résultats du volet «santé bucco-dentaire» de l'Enquête.

Ce rapport dresse un tableau très utile de ce que le gouvernement canadien réalise pour la santé bucco-dentaire et aussi des objectifs qu'il se propose d'atteindre.

Le rapport présente notamment les résultats suivants :

- 62,6 % des Canadiens ont une assurance dentaire privée;
- 74,5 % des Canadiens ont fait une visite chez le chirurgien-dentiste au cours des 12 derniers mois;
- 17,3 % des Canadiens ont renoncé à consulter un chirurgien-dentiste en raison du coût trop élevé;
- 16,5 % de Canadiens ont refusé les soins recommandés en raison de leur coût trop élevés;

II.1 Analyse de l'indice CAO détaillé :

Les indices CAO proviennent de l'étude du ministère canadien de la santé, "Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé", en 2010.

L'indice CAO est le nombre de dents cariées, absentes ou obturées, en anglais "DMF index" pour Decayed, Missing or Filled teeth.

- enfants de 6 à 11 ans : 56,8 % des enfants âgés de 6 à 11 ans souffrent de carie dentaire.

L'indice CAO est en moyenne de 2,1.

- enfants de 12 à 19 ans : 58,8 % des adolescents ont au moins une dent cariée.
L'indice CAO est de 2,49.

- adultes de 20 à 79 ans : Selon l'ECMS, 95,9 % des Canadiens adultes dentés souffrent de carie, affichant un indice CAO moyen de 10,7.

II.2 L'édentement :

En 1970-1972, l'Enquête Nutrition Canada a révélé que 23,6 % des adultes âgés de 19 ans et plus étaient édentés; ce taux n'est plus que de 6,4 % selon l'ECMS aujourd'hui.

II.3 Les problèmes parodontaux :

La perte d'attache est acceptée comme la véritable mesure de la maladie parodontale. La perte peut varier de 0 à 1 mm chez ceux qui sont pratiquement exempts de maladie à plus de 6 mm chez ceux qui souffrent de maladie grave.

Les dentistes-examineurs ont mesuré la perte d'attache sur dix dents témoins et les mesures ont été compilées pour produire des indices individuels.

On note que 79,1 % des adultes dentés jouissent d'une bonne santé parodontale (perte d'attache de 0 à 3 mm) et que 6,0 % présentent une parodontite avancée.

La prévalence de la bonne santé parodontale est nettement plus élevée parmi les plus jeunes (93,3 %), comparativement aux personnes d'âge moyen (74,1 %) et avancé (53,4 %).

Elle est légèrement plus forte chez les sujets de sexe féminin (80,6 %) que chez les sujets de sexe masculin (77,7 %), mais aucune caractéristique autre que l'âge ne semble être un facteur déterminant de la bonne santé parodontale.

Les cas de maladie grave sont notablement plus fréquents parmi les adultes âgés (14,8 %), la population à faible revenu (9,0 %) et les personnes nées à l'étranger (12,4 %).

De plus, les cas de maladie grave sont généralement plus répandus chez les personnes sans assurance dentaire.

La santé parodontale relativement bonne au Canada concorde avec les résultats montrant que, parmi les deux groupes d'adultes dentés les plus âgés, plus de 70 % affirment se brosser les dents au moins deux fois par jour, 35 à 40 % disent utiliser du fil dentaire au moins cinq fois par semaine, environ 70% consultent un chirurgien-dentiste plus d'une fois par an pour des examens ou un traitement et entre 77 % et 88 % sont non-fumeurs.

III - L'offre de soins dentaires :

III.1 Les études dentaires :

III.1.1 Devenir chirurgien-dentiste / DMD = Doctor of Dental Medicine :

Il existe dix écoles dentaires au Canada. Toutes ces écoles sont dans des universités financées par l'État.

Dans l'état de Colombie-Britannique, au sein de la faculté dentaire "UBC Dentistry", l'admission nécessite entre trois et cinq années de pré-requis universitaires de premier cycle : "undergraduate studies", directement après le lycée.

Les matières durant les années de pré-requis doivent obligatoirement contenir :

- anglais
- chimie
- biologie
- chimie organique
- biochimie

Certains élèves acquièrent même un "bachelor degree", un diplôme/certificat dans ces disciplines.

En dehors de ces matières, les candidats sont libres de choisir d'autres disciplines.

Les étudiants présentent ensuite leur candidature pour la faculté dentaire, sur dossier, et cela peut se faire dès la fin de la 3^{ème} année.

En 2014, à UBC, il y avait 428 candidats, dont 259 de Colombie-Britannique, pour 47 places.

Après l'admission, il y a quatre années d'études au sein du "Nobel biocare oral health center" : deux ans de pré-clinique et deux ans de clinique, similaire au système français.

Le fonctionnement du centre de soins rattaché à la faculté est similaire à celui de Lyon.

Les patients se présentent en sémiologie, le "screening", sont examinés puis attribués à un étudiant pour le semestre.

Le prix des soins et prothèses est de 30 à 40% inférieur à celui des cabinets privés.

Durant la semaine, les étudiants ont en général quatre cours, de 8h à 9h puis clinique de 9h à 12h puis de 14h à 17h quotidiennement, où ils reçoivent en général un patient par vacation.

Le vendredi matin est réservé à l'orthodontie et le jeudi à l'odontologie pédiatrique. Trois boxes sont réservés chaque jour pour les urgences.

Il existe également des travaux pratiques et des "Problem based learning sessions", où les élèves se regroupent par petit nombre dans une salle pour discuter autour de quelques cas cliniques proposés par un professeur avec photos et solutions à la fin du fascicule.

Les étudiants sont enfin diplômés et peuvent encore une fois déposer des candidatures pour les différentes spécialités, "postgraduate studies".

A UBC Dentistry, les nouveaux diplômés ont le choix entre différentes spécialités, d'une durée de deux ans chacune :

- endodontie
- odontologie pédiatrique
- odontologie prothétique
- orthodontie
- parodontologie
- recherche

III.1.2 Devenir hygiéniste dentaire (= dental hygienist) :

Les hygiénistes dentaires travaillent en collaboration avec les chirurgiens-dentistes. L'hygiéniste dentaire est un professionnel de santé qui joue un rôle primordial dans l'éducation de la population afin de favoriser l'acquisition, le contrôle et le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire.

L'hygiéniste dentaire a pour rôle de :

- dépister les maladies bucco-dentaires,
- enseigner les principes d'hygiène orale,
- réaliser des actes préventifs : sealants, application de fluor (en fonction de la législation),
- détartrer et polir les dents,
- effectuer des examens radiographiques.

Dans certains Etats du Canada l'hygiéniste dentaire peut même :

- réaliser des traitements esthétiques (éclaircissement dentaire), comme c'est le cas en Colombie-Britannique,
- effectuer des obturations.

Le programme des études d'hygiéniste dentaire est un programme de quatre ans à temps plein. Les modalités d'admission diffèrent entre les différents états et les différentes écoles, nous détaillerons ici celles pratiquées en Colombie-Britannique à UBC.

L'admission au programme de diplôme en hygiène dentaire se base sur :

- Les notes et moyennes scolaires du lycée,
- Le curriculum vitae,
- Un entretien.

Les facteurs pris en compte dans l'examen de la demande sont les suivants : compétences en leadership, pensée critique, résolution de problèmes, éthique, bénévolat substantiel, participation active à des activités parascolaires et connaissances de la profession de l'hygiène dentaire.

Durant le lycée, tous les candidats, pour être admissible, doivent satisfaire aux exigences des pré-requis suivantes :

- anglais
- biologie
- chimie
- "principes de mathématiques" ou calcul ou fondements des mathématiques

- une des études sociales ou études sur les premières nations.

Les étudiants peuvent intégrer le programme directement après le lycée, ou bien faire une ou deux années d'études, "undergraduate studies" puis déposer une nouvelle candidature.

II.1.3 Devenir thérapeute dentaire :

Selon le lieu où ils exercent, les thérapeutes dentaires n'ont pas les mêmes prérogatives concernant leur exercice professionnel. L'étendue de leur activité dépend de la législation du territoire dans lequel ils se trouvent. Certains travaillent pour les gouvernements provinciaux ou le gouvernement fédéral.

Leurs rôles :

- examiner les dents des patients et consulter le chirurgien-dentiste au sujet des soins à leur donner;
- prendre des empreintes;
- effectuer des radiographies;
- détartrer;
- appliquer des fluors;
- donner des conseils aux patients sur les procédures d'hygiène buccale;
- réaliser des extractions et des obturations.

III.2 La démographie de la profession :

Pour un total de 35 millions d'habitants, le Canada compte plus de 40 600 professionnels de soins de santé bucco-dentaires qui, en 2007, (comparativement à seulement 5 854 en 1960) se répartissaient ainsi :

- 19 200 chirurgiens-dentistes,
- 20 900 hygiénistes dentaires,
- 300 thérapeutes dentaires.

Il y a environ 512 diplômés de toutes les écoles dentaires au Canada chaque année, 53% du corps étudiant étant féminin.

Approximativement 89% sont en exercice omnipratique, et 11% sont spécialisés.

La spécialité avec le plus grand nombre de praticiens étant l'orthodontie, avec 735 orthodontistes en 2010.

La spécialité avec le plus petit nombre de spécialiste est la radiologie orale avec 12 spécialistes en 2012.

Cette offre équivaut à environ 1 725 personnes par dentiste et à environ 777 Canadiens par prestataire de soins de santé dentaire agréé.

L'augmentation la plus spectaculaire concerne le nombre d'hygiénistes dentaires, qui est passé de 74 en 1961 à près de 21 000 en 2007.

En 2009, environ 72% des chirurgiens-dentistes au Canada étaient des hommes et 34% avaient moins de 40 ans. Environ 18% avaient plus de 60 ans.

Mais plus de 58% des chirurgiens-dentistes dans les moins de 30 ans étaient des femmes. En revanche, seulement 8% des chirurgiens-dentistes dans le groupe d'âge de plus de 60 ans étaient des femmes.

L'âge moyen d'un chirurgien-dentiste canadien était de 46 ans en 2009.

La plupart des chirurgiens-dentistes sont en pratique privée seul (54%), et 7% dans des structures de plus de 5 praticiens. Environ 19% sont dans des collaborations et 19% sont associés dans un cabinet privé.

Environ 2% sont dans un cadre universitaire, 1% dans la santé publique et 1% dans l'armée.

Le nombre moyen de chirurgiens-dentistes dans un cabinet, en 2006, était de 2,1.

Les professionnels de la santé bucco-dentaire travaillant pour le gouvernement, à temps plein, se répartissent de la manière suivante :

- 47 spécialistes,
- 66 chirurgiens-dentistes,
- 152 thérapeutes dentaires,
- 453 hygiénistes dentaires.

Indicateurs de la croissance du nombre de fournisseurs de soins dentaires, Canada, 1960-2008

Fournisseurs de soins dentaires	Année					
	1960	1970	1980	1990	2000	2007
Dentistes	5 780	7 413	11 095	14 341	17 287	19 201
Hygiénistes dentaires	74 (1961)	746	3 862	8 832	14 895	20 928
Denturologistes	0	0	1 526	1 925 (1989)	2 075 (1999)	2 200
Thérapeutes dentaires						304
Nombre d'habitants par dispensateur de soins dentaires	3 052	2 610	1 466	1 088	905	777

Sources : Baldota et Leake, 2004; avec mises à jour selon les données de l'ICIS sur les fournisseurs de soins dentaires au Canada pour différentes années jusqu'en 2009 et la correspondance privée avec des associations de denturologistes et de thérapeutes dentaires.

III.3 Les différents plans d'action :

III.3.1 Les cliniques à tarifs réduits :

Dans certaines villes à travers le pays (par exemple, Vancouver, Calgary, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto et Halifax), il y a des cliniques à tarif réduit qui réalisent des soins de santé bucco-dentaire pour les personnes dans le besoin.

Les dix écoles dentaires du Canada offrent des services à taux réduit dans leurs cliniques d'enseignement ou en collaboration avec d'autres organismes provinciaux : par exemple Jim Lund Clinique dentaire de Montréal, un partenariat entre la faculté de médecine dentaire de l'Université McGill et de la Mission Bon Accueil, où encore à Vancouver où le "Nobel Biocare Oral Health Center" offre, comme au service de consultations et de traitements dentaires de Lyon, des soins et prothèses réalisés par les étudiants et supervisés par le corps enseignant, à tarif réduit.

De même, dans certaines régions du Canada, des écoles d'hygiène dentaire et d'assistance dentaire fournissent des services cliniques préventifs (à taux réduit ou sans frais) et dans certains cas réalisent des actions de prévention des maladies et de promotion de la santé bucco-dentaire dans les collectivités des premières nations, des programmes de garde d'enfants, des écoles, des centres de personnes âgées, et soins de longue durée.

III.3.2 Les programmes pour les enfants :

Quatre provinces offrent des programmes universels dentaires pour les enfants :

- Le Québec couvre les enfants de moins de 10 ans,
- La Terre-Neuve-et-Labrador jusqu'à 12 ans,
- La Nouvelle-Écosse jusqu'à 13 ans,
- L'Île-du-Prince-Édouard jusqu'à 17 ans.

Le coût des services de prévention et de traitement de base pour les enfants des familles à faible revenu est couvert en Alberta, en Colombie-Britannique, en Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick et au Saskatchewan.

La CINOT (Children In Need Of Treatment) et le programme Beaux sourires en Ontario fournissent une couverture pour les familles à faible revenu qui n'ont pas d'assurance dentaire. Cette couverture concerne leurs enfants jusqu'à l'âge de 17 ans.

Des programmes en milieu scolaire sont offerts en Alberta, à l'Île-du-Québec, en Saskatchewan et dans le Yukon : ces programmes ont pour but de réduire les caries chez les enfants en fournissant des services de prévention tels que les fluors topiques et des programmes d'hygiène buccale.

III.3.3 Les programmes pour les seniors :

Actuellement les seniors consultent un chirurgien-dentiste moins souvent que les autres Canadiens. Cependant cela pourrait changer avec l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées, qui ont des besoins différents en santé bucco-dentaire.

Cette partie de la population est généralement en bonne santé bucco-dentaire avec des taux beaucoup plus faibles d'édentements que les précédentes générations. Par contre, leurs dents sont souvent fortement restaurées.

A la place d'un besoin en prothèses amovibles, les futures personnes âgées auront besoin d'aide à l'hygiène orale quotidienne, de traitement de la maladie parodontale, et de contrôle de leurs restaurations dentaires.

Le vieillissement conduit généralement à une moins bonne hygiène orale. De plus les séniors, avec des revenus fixes, peuvent avoir un manque de ressources pour les soins dentaires et autres soins de santé non assurés.

Les facultés dentaires devront donc développer l'enseignement des compétences nécessaire pour traiter les personnes âgées dans les établissements spécialisés. Cependant il y a une pénurie de professeurs qualifiés dans ce domaine.

Les résidents des établissements de soins de longue durée ont généralement des problèmes de santé complexes, une mobilité restreinte et un revenu très limité.

Uniquement 25% des personnes vivant dans les établissements de soins de longue durée en Nouvelle-Écosse ont rapporté avoir vu un professionnel de santé bucco-dentaire dans la dernière année (enquête TOHAP).

Malheureusement, seul l'Alberta et le Yukon ont un programme dédié à aider les personnes âgées à faible revenu.

III.4 L'évaluation des besoins et la surveillance :

La surveillance de la santé et l'évaluation des programmes de santé bucco-dentaire sont des facteurs clés de la santé publique. Ils renseignent sur les tendances de la population et sur les effets des interventions de santé bucco-dentaire. Ils permettent d'évaluer les effets produits en fonction des dollars dépensés.

L'enquête canadienne "composante de santé bucco-dentaire des mesures de la santé 2007-2009" est devenue l'enquête de référence au Canada. Plus adaptée aux enquêtes à grande échelle ou de recherche, la même méthodologie a été utilisée pour :

- l'Enquête sur la santé bucco-dentaire des Inuits,
- l'Enquête sur la santé orale des Premières Nations,
- l'Enquête sur les séniors de la Nouvelle-Écosse.

Basées sur l'épidémiologie des maladies dentaires, les enquêtes nationales sont effectuées tous les 10 ans. Les enquêtes régionales peuvent être effectuées plus fréquemment si un besoin spécifique se pose ou pour surveiller les effets des programmes et des interventions.

De nombreuses régions effectuent des examens dentaires pour identifier la maladie ou le risque de maladie, de sorte que les personnes peuvent recevoir des interventions préventives ou adaptées à leurs besoins.

III.5 Le plan de fluoration :

Les informations sur la fluoration au Canada proviennent du site du ministère de la santé : Santé Canada, "Guidelines for Canadian Drinking Water Quality: Guideline Technical Document-Fluoride".

La plupart des sources d'eau potable au Canada contiennent de faibles concentrations naturelles en fluor, celui-ci pouvant être présent naturellement dans les eaux de surface ainsi que dans les eaux souterraines. De nombreuses activités humaines rejettent aussi du fluor dans l'environnement.

À de faibles concentrations dans l'eau potable, le fluor prévient la formation de caries.

La fluoration consiste à ajuster la concentration de fluor à un niveau qui optimise les bienfaits pour la santé dentaire. Ce niveau s'appelle concentration optimale et est généralement bien inférieur à la concentration maximale acceptable.

Le rôle des gouvernements provinciaux et territoriaux dans la fluoration est la réglementation de la qualité de l'eau potable. La fluoration de l'eau de consommation est une décision qui revient à chaque municipalité, en collaboration avec le pouvoir provincial ou territorial approprié. On peut également prendre cette décision après consultation des résidents.

Il est relativement peu fréquent de constater la présence de concentrations élevées de fluor naturelle dans l'eau potable au Canada, même si des collectivités du Québec, de la Saskatchewan et de l'Alberta ont relevé des concentrations pouvant atteindre 2 520 à 4 350 µg/L (Droste, 1987).

En 1986, environ 38% de la population canadienne recevait de l'eau potable fluorée (Droste, 1987), tandis qu'en 2007, de l'eau potable fluorée a été distribuée à environ 45% de la population canadienne (Santé Canada, 2009).

Les statistiques canadiennes indiquent que c'est en Ontario, en Alberta et au Manitoba que les pourcentages des populations recevant de l'eau potable fluorée sont les plus élevés.

Les pourcentages les plus faibles sont enregistrés au Nunavut, au Yukon, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Colombie-Britannique et au Québec.

Les données provinciales et territoriales fournies par les membres du Comité fédéral-provincial-territorial sur l'eau potable en 2005 indiquent que les concentrations de fluor dans les systèmes d'approvisionnement en eau potable fluorée varient de 0,46 à 1,1 mg/l en moyenne au Canada.

Santé Canada, le ministère de la santé canadien, recommande une concentration maximale acceptable de 1,5 mg/l de fluor dans l'eau potable. L'eau qui contient du fluor à un niveau égal ou inférieur à cette concentration maximale acceptable ne présente aucun risque pour la santé humaine.

On estime en outre que plus de 75% de la population canadienne branchée à un réseau de distribution d'eau reçoit une eau dont la concentration en fluor est inférieure à 0,6 mg/l. Moins de 2% de la population reçoit de l'eau dont la teneur en fluor dépasse 1,0 mg/l.

Santé Canada travaille également en collaboration avec les provinces et les territoires au maintien et à l'amélioration de la qualité de l'eau potable. Ensemble, les gouvernements fédéral et provinciaux élaborent les premières recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada. Ces recommandations sont réexaminées périodiquement afin de tenir compte des nouvelles données scientifiques.

Estimations provinciales et territoriales du pourcentage d'eau fluorée dans les collectivités, 2009 :

Province	Population totale	Population qui consomme de l'eau fluorurée	Population qui consomme de l'eau non fluorurée	Pourcentage de la population consommant de l'eau fluorurée (%)	Pourcentage de la population consommant de l'eau non fluorurée (%)
Colombie-Britannique	4 113 000	152 241	3 960 759	3,7	96,3
Alberta	3 290 350	2 457 406	832 944	74,7	25,3
Saskatchewan	968 157	356 096	612 061	36,8	63,2
Manitoba	1 148 401	803 116	345 285	69,9	30,1
Ontario	12 160 282	9 229 015	2 931 267	75,9	24,1
Québec	7 546 131	489 420	7 067 711	6,4	93,7
Nouveau-Brunswick	729 498	188 607	540 891	25,9	74,2
Nouvelle-Écosse	913 462	519 031	394 431	56,8	43,2
Île-du-Prince-Édouard	135 851	32 174	103 677	23,7	76,3
Terre-Neuve et Labrador	505 469	7 572	497 897	1,5	98,5
Nunavut	29 474	0	29 474	0,0	100,0
Territoires du Nord-Ouest	41 464	23 400	18 034	56,4	43,6
Yukon	30 372	0	30 372	0,0	100,0
Totaux nationaux	31 611 911	14 258 078	17 364 803	45,1	54,9

^a Ces données ont été recueillies auprès des ministères de l'Environnement provinciaux et territoriaux et puis vérifiées par le directeur des services. Les ministères de l'Environnement ont fourni des données finales ou détaillées sur l'eau fluorée dans les collectivités ou sur l'usine de traitement de l'eau, de même que des données sur la population. (Santé Canada, 2009).

IV - Analyse :

IV.1 Les limites du système de santé bucco-dentaire canadien :

D'après l'article "Oral Health: Its Place in a Sustainable Health Care System for Canadians" de la commission sur le futur du système de santé au Canada écrit par les directeurs dentaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, il existe principalement sept grandes limites au système de santé bucco-dentaire canadien :

1. Le manque de leadership, de structure et d'un plan stratégique :

Actuellement, le Canada n'a pas de réel plan stratégique de santé bucco-dentaire national.

Bien que la santé relève des compétences des provinces, il est important que le gouvernement fédéral du Canada ait un certain leadership pour travailler avec les provinces et les territoires afin d'établir un cadre dans lequel la santé bucco-dentaire pourrait être correctement reconnu comme un élément majeur de la santé générale.

De nombreux pays développés ou en développement ont au moins un ou plusieurs programmes de santé bucco-dentaire intégrés dans leurs systèmes de santé, ainsi qu'une planification centrale afin d'améliorer la santé bucco-dentaire.

Au Canada, il n'y a pas de consultant dentaire rattaché au ministre fédéral de la santé. Bien que cette fonction existait dans le passé, elle est devenue vacante au milieu des années quatre vingt dix et n'a jamais été réattribuée.

On note donc une absence de leadership à l'échelle nationale. Aucun responsable fédéral n'est chargé d'amener les problèmes de santé bucco-dentaire vers l'avant dans le concept global de la santé, ou de travailler sur les aspects préventifs, promotionnels ou intégratifs de la santé bucco-dentaire.

Bien que les particularités régionales doivent être respectées, la coordination entre les provinces et les territoires fait défaut. Il y a une grande variation dans les postes de direction. En effet, certaines provinces et territoires ont des administrateurs dentaires consultants à temps plein, dont les fonctions impliquent la planification stratégique et la surveillance, tandis que d'autres ont une reconnaissance minimale de la santé bucco-dentaire.

2. La santé bucco-dentaire n'est pas suffisamment reconnue comme un élément important de la santé générale :

Lorsque l'on considère la santé bucco-dentaire comme une partie de la santé générale, il faut savoir que :

- La carie dentaire et les maladies parodontales sont des maladies infectieuses.
- Presque toutes les maladies orales/dentaires sont évitables.
- Des mesures de prévention simples et efficaces sont disponibles pour prévenir les maladies dentaires.
- Lors de la petite enfance, la carie dentaire affecte un nombre important de jeunes enfants -

entre 5% et 60% de la population jeune des enfants, selon le segment de la population recensée.

Il est à souligner que la majorité des anesthésies générales effectuées dans les hôpitaux pour enfants d'âge préscolaire, le sont pour le traitement de la carie dentaire.

· Il existe des liens entre la maladie parodontale et :

- l'enfant prématuré ou de petit poids à la naissance,
- les maladies cardiovasculaires,
- les accidents vasculaires cérébraux,
- les problèmes respiratoires.

· Il existe des liens entre mauvaise santé orale et malnutrition et faible poids involontaire pour les seniors. Sont également suspectés des liens entre une mauvaise santé bucco-dentaire et la dépression chez les personnes âgées.

3. Le système d'assurance maladie couvre très peu de services liés à la santé bucco-dentaire :

Il ya très peu de services de santé bucco-dentaire couverts par le système d'assurance-maladie canadien.

Cependant, les traitements de plusieurs pathologies dans lesquelles les soins bucco-dentaires sont un élément essentiel de la thérapeutique, ne sont pas toujours pris en charge par les systèmes de soins de santé dans chaque province ou territoire. Par exemple :

- Anomalies congénitales telles que fente palatine, et d'autres syndromes cranio-faciaux.
- Effets oraux de la radiothérapie sur la tête et le cou.
- La leucémie et autres cancers.
- Malformations cardiaques infections du myocarde.
- Les maladies du système immunitaire (VIH, etc.)
- L'hémophilie et d'autres troubles sanguins.

4. L'accès aux soins bucco-dentaire :

Comme vu dans la partie traitant le taux d'accès, il y a au Canada de larges inégalités entre les différentes populations quant à l'accès aux soins de santé bucco-dentaire.

5. Les inégalités en matière de santé bucco-dentaire :

Les segments les plus pauvres et défavorisés de la population ainsi que les immigrants, les personnes âgées et les populations autochtones sont touchés de manière disproportionnée par la carie dentaire. Ils ont des besoins en soins dentaires bien supérieurs aux personnes les plus aisées.

6. Obstacles à la santé buccodentaire :

- Les obstacles financiers : dans le cadre du système privé de rémunération des soins, seules les personnes qui peuvent se les permettre, ou qui ont des assurances dentaires privées, ont accès à ces services. Si les soins dentaires faisaient partie de l'assurance-maladie, la barrière financière de l'accès aux traitements serait supprimée.

- Les obstacles géographiques : les communautés éloignées géographiquement n'ont pas ou très peu de services dentaires à leur disposition pour assurer la prévention et le traitement des maladies dentaires.

- Les barrières sociales : comme vu dans la partie sur les populations autochtones.

- Les barrières législatives : la législation doit faciliter l'accès aux services de santé bucco-dentaire et ne devrait pas être un obstacle à ces soins.

En plus de rendre les services dentaires adéquats et disponibles à tous les Canadiens, il est également important d'aider les gens à devenir moins dépendants de ces services et d'avantage acteurs de leur santé bucco-dentaire

7. Manque d'informations dans l'établissement et la modification des programmes et des services :

Afin de fournir des programmes dentaires publics efficaces et accessibles par le biais des cabinets dentaires privés, il est nécessaire d'avoir des données probantes fondées pour la prise de décisions.

Il est important de connaître l'efficacité relative des schémas de prévention et des services de soins bucco-dentaire.

La politique de pratique clinique doit être claire pour aider les gouvernements et les praticiens. Les résultats pour la santé, par le biais de la plupart des méthodes rentables, devraient être au centre de la politique de pratique clinique.

Il y a un début dans le processus de collecte de preuves pour la santé orale, par la Collaboration canadienne sur les lignes directrices de pratique clinique en dentisterie "Clinical Practice Guidelines In Dentistry (CCCD)", une création de l'Association dentaire canadienne.

Lorsqu'il existait des consultants dentaires supérieurs, le ministère de la santé a fait d'excellents travaux au niveau de la politique de pratique clinique dans les domaines de la radiologie dentaire et des soins préventifs.

D'après "Dental hygiene at a crossroads : knowledge creation and capacity building in the 21st century", The canadian dental hygienists association, 2009, les complexités de la gouvernance et de la prise de décision sur les questions de santé publique au Canada aggravent la situation quant aux grandes questions en jeu dans la prestation de services publics de soins de santé.

IV.2 L'avenir du système de santé canadien :

Le Canada, un pays classé régulièrement en tête des pays où il fait bon vivre, a acquis une réputation internationale pour ses valeurs sociales, et la traduction de ces valeurs dans son système éducatif et les systèmes de prestation de soins de santé, cependant :

- Le système de prestation des soins dentaires a cessé d'être considéré soins de santé,
- Ce système semble se poursuivre vers un service axé sur le marché, à la disposition de ceux qui peuvent se le permettre;
- L'augmentation des coûts de l'assurance dentaire, les disparités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins menace la durabilité du système actuel;
- La loi qui permet aux plus riches assurés de recevoir des soins en franchise d'impôt et exige de tous, y compris des pauvres, des subventions pour les dépenses fiscales est socialement injuste;

L'avenir de la délivrance des soins de santé bucco-dentaire au Canada était le sujet d'une récente conférence aux étudiants de l'Université de Toronto.

Le Dr. John O'Keefe a souligné que les tendances en matière de démographie, les conditions économiques, les connaissances et la technologie, les valeurs sociales et la politique du gouvernement sont susceptibles de modifier la profession.

Il envisageait plusieurs voies que la profession pourrait prendre entre aujourd'hui et 2020 et il a esquissé les implications de chacune.

Bien que les scénaris du Dr. O'Keefe suscitent la réflexion, sa thèse principale semble être que les forces extérieures de la démographie, de la technologie et de la puissance économique décideront de l'avenir. Les professionnels de la santé bucco-dentaire et la population devront suivre ce que la société décidera pour eux.

Dans cette hypothèse, les professionnels de la santé bucco-dentaire soigneraient uniquement ceux qui peuvent se payer les soins de dernière technologie.

Si cela se produisait, une renégociation du contrat social aurait sûrement lieu. Cela pourrait ouvrir le marché en permettant à d'autres professionnels de fournir des soins de santé bucco-dentaire, à ce jour réservé aux chirurgiens-dentistes.

En effet, dans un avant-goût de cet avenir, la loi de l'Alberta ne restreint plus la réalisation d'un diagnostic exclusivement aux chirurgiens-dentistes.

A moins d'une alternative à ce système, la dentisterie ne serait plus vu comme une profession qui travaille pour le bien public, et cela serait suivi par une nouvelle baisse du soutien public à l'éducation et à la recherche dentaire et un accroissement des écarts en matière de santé bucco-dentaire.

Si la dentisterie n'était plus considérée comme un élément de soins de santé (en supposant qu'elle le soit maintenant), il serait justifié de faire d'autres compressions budgétaires de professeurs, d'autres fermetures des hôpitaux dentaires, l'augmentation des taxations des assurance dentaires et la réaffectation de fonds dentaires de recherche.

IV.3 Lecture comparative avec le système français :

L'Organisation Mondiale de la Santé a procédé à la première analyse des systèmes de santé dans le monde. Cinq indicateurs de performance sont utilisés pour mesurer les systèmes de santé des 191 états membres.

L'analyse conclut que la France fournit les meilleurs soins de santé généraux, suivie notamment de l'Italie, de l'Espagne, d'Oman, de l'Autriche et du Japon.

En Amérique du Nord, le Canada est classé au rang 17, tandis que les Etats-Unis sont au rang 54.

Le système de santé bucco-dentaire canadien est donc un système de santé qui ne couvre qu'une infime partie de la population et seulement un nombre restreint de soins.

Les bénéficiaires de ce système de santé sont donc les plus démunis et les plus riches, qui possèdent non seulement une assurance privée qui leur permet de s'offrir de nombreux soins bucco-dentaire et bénéficient aussi d'une franchise d'impôt sur ces soins.

Tous les Canadiens n'appartenant à aucune de ces deux classes doivent puiser directement et entièrement dans leurs portefeuilles, voire dans certains cas renoncer aux soins.

La France, quant à elle, possède une couverture universelle et publique de santé.

Le système français de sécurité sociale s'inspire, de par son histoire, à la fois du modèle "Bismarkien", et "Beveridgien": il conserve la logique d'un système assurantiel, financé par des cotisations des travailleurs, mais vise à la mise en place d'un système généralisé, centralisé et global de sécurité sociale.

Ainsi, tout oppose le système de santé bucco-dentaire canadien au système français.

Le système d'assurance maladie français rembourse entièrement tous les soins de bases : restaurations, extractions, traitements endodontiques et une partie de la prothèse, pour tous les citoyens.

Il protège les plus démunis avec la Couverture Maladie Universelle qui rembourse même les couronnes, les prothèses amovibles et certains bridges.

Le chirurgien-dentiste ne peut facturer de dépassements d'honoraires et est tenu d'appliquer les tarifs fixés par arrêté, ses bénéficiaires n'ont pas non plus à avancer les frais.

Il existe même, en France, une Aide Médicale d'Etat, pour les étrangers en situation irrégulière.

La problématique n'est donc pas la même qu'en France, au sein d'une Union Européenne en crise.

En France, une idée pour certains économistes de la santé pour réduire les dépenses de formation initiale, serait de privatiser le système de formation, et d'augmenter le nombre de dentistes, avec une privatisation du système éducatif. Cette mesure aurait pour impact d'amener plus de chirurgiens-dentistes sur le marché, augmentant la concurrence, avec comme idée une réduction du coût des soins.

Une dernière piste d'évolution de notre système, évoquée par certains, conduirait à la possibilité de pouvoir sortir librement du régime de la sécurité sociale générale, et souscrire à une assurance privée.

Sans doute sera-t-il nécessaire, avant d'envisager les conséquences d'une privatisation du système de couverture de santé français, d'en maîtriser les processus, et d'en mesurer les effets.

Aussi en France, le prix des études dentaires est de quelques centaines d'euros par an, alors qu'il est pour l'exemple de UBC de 42 000 euros par an pour les citoyens canadiens, et de 62 000 euros pour les étrangers et résidents permanents non citoyen Canadien.

La problématique est donc totalement inverse entre les deux pays. En France il s'agit de diminuer les dépenses en santé bucco-dentaire, alors qu'au Canada il faut évidemment les augmenter et mieux les distribuer.

Ceci ne doit pas nous faire oublier, pour finir, un point : le système de santé français est caractérisé par l'étude " rapport sur la Santé dans le Monde 2000, Pour un système de santé plus performant" de l'OMS, comme le plus performant dans la prise en charge et l'organisation des soins.

Bibliographie :

Articles :

- Canry C. Economie des politiques sociales. License 3 à l'Unviversité Paris 1 ; 2011.
- Gabriele A. Le système de santé bucco-dentaire au Chili. Thèse d'exercice : Odontologie : Lyon 1 ; 2013.
- Hans-Martin Spät. Les Systèmes de Santé ; 2014.
- Anne Castot, Alice Rouleau-Quenette, Ophélie Broca, Ingrid Rebiere. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans, mise au point de l'AFSSAPS ; Octobre 2008.
- Wayne Halstrom. Redonnons leur importance aux soins bucco-dentaires CMAJ : Canadian Medical Association Journal, Canadian Medical Association ; 2007
- Dr. Steve Patterson. Canadian Oral Health Strategy Federal/Provincial/Territorial ; 2013
- Santé Canada. Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé ; 2007-2009.
- A Canadian Oral Health Strategy Federal, Provincial, Territorial Dental Director's working group meeting- Montreal ; Août 2005.
- Canadian Dental Association. Dental Health Services in Canada Facts and Figures ; 2010.
- Reducing Dental Disease. A Federal, Provincial and Territorial Framework for Action to Improve Oral Health ; 2014
- James L. Leake, DDS, MSc, FRCD(C). Why Do We Need an Oral Health Care Policy in Canada? A presentation to the Access and Care Symposium. University of Toronto ; May 4th 2004.
- Healthy together Victoria, state government Victoria. Action plan for oral health promotion ; 2013.
- The Commission on the Future of Health Care in Canada Federal/Provincial/Territorial Dental Directors. Oral Health: Its Place in a Sustainable Health Care System for Canadian ; January 2002.
- Vickie J. Kimbrough et Karen Henderson, Pearson prentice hall. Oral health education ; 2006.
- BC Ministry of Health. Model Core Program Paper: Dental Public Health BC Health Authorities Population Health and Wellness October ; 2006.
- The canadian dental hygienists association. Dental hygiene at a crossroads : knowledge creation and capacity building in the 21st century ; 2009.
- Carlos Quinonez, Why was dental care excluded from Canadian Medicare? network for canadian oral health reserch ; 2013.
- Académie Canadienne des sciences de la santé. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada ; 2014.

- L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde, Communiqué de presse : Rapport sur la Santé dans le Monde ; 2000.

Sites internet :

- The World Oral Health Report 2013: research for universal health coverage, <http://www.who.int>

- Site de l'Université d'Ottawa, <http://www.med.uottawa.ca>

- Site du Bureau du dentiste en chef (BDC), www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/index-fra.php

- Site du ministère de la santé : Santé Canada Guidelines for Canadian Drinking Water Quality: Guideline Technical Document - Fluoride.

- Site de la faculté dentaire de l'Université de Colombie Britannique <http://www.dentistry.ubc.ca/dmd/dmd-required-prerequisites/>

		N° 2015 LYO 1D 021
Coillard-Lavirotte Arthur - Le système de santé bucco-dentaire canadien.		
(Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2015.021) N°2015 LYO 1D 021		
<p>Le système de santé bucco-dentaire canadien est, à bien des égards, différent du système français. Par un manque de leadership du gouvernement, une santé bucco-dentaire pas largement reconnue comme un élément important de la santé générale, une augmentation des coûts de l'assurance dentaire, des disparités en matière de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins, la durabilité du système actuel est menacée.</p> <p>De plus, le système de santé bucco-dentaire canadien est un système de santé qui ne couvre qu'une infime partie de la population et seulement un nombre restreint de soins.</p> <p>Les bénéficiaires de ce système de santé sont les plus démunis mais aussi les plus riches, qui possèdent non seulement une assurance privée et bénéficient d'une franchise d'impôt sur ces soins. Ce système semble se poursuivre vers un service axé sur le marché, à la disposition de ceux qui peuvent se le permettre.</p> <p>Nous décrivons et expliquerons système de santé bucco-dentaire du Canada, mais aussi sa stratégie, son historique et son financement.</p> <p>Analyse de la demande de soins bucco-dentaire par la population.</p> <p>Etude de l'offre de soins avec les études, la démographie de la profession et les plans d'action.</p> <p>Puis les limites, l'avenir et une comparaison avec le système français.</p>		
<u>Rubrique de classement :</u>		Santé Publique
<u>Mots clés :</u>		- Santé bucco-dentaire - Canada - Système de santé
<u>Mots clés en anglais :</u>		- Oral health - Canada - Health care system
<u>Jury :</u>	Président : Asseseurs :	Madame le Professeur Dominique Seux Monsieur le Docteur Philippe Rodier <u>Monsieur le Docteur Bruno Comte</u> Madame le Docteur Misato Sugawara Parrochon
<u>Adresse de l'auteur :</u>		17 Rue Pierre Dupont, 69450 Saint Cyr au Mont d'Or