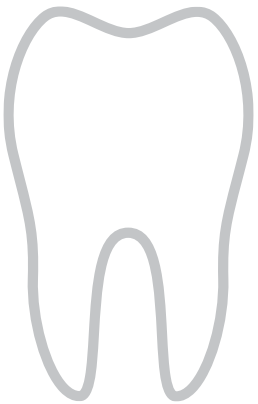




Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec



**ÉTUDE ÉCONOMIQUE DE
L'ORDRE DES HYGIÉNISTES
DENTAIRES DU QUÉBEC**



Analyse coûts-avantages
de l'offre de services
en soins buccodentaires
préventifs

ÉDITION

Coordination

Sophie Lecavalier
Responsable des communications
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

Anne Le Bel
Directrice Conseil
Agence Globale de Communications AGC

Rédaction

Pierre Éric Langlois
Analyste de politiques, Économiste

Collaboration à la rédaction

Diane Duval, HD
Présidente
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

Recherche et documentation

Agathe Bergeron, HD
Responsable, Inspection et pratique professionnelles
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

PRODUCTION

Révision linguistique

Louise-Hélène Tremblay

Conception et réalisation graphique de la page couverture

F. L Chicoine

Correction d'épreuves

Isabelle Caron
Adjointe administrative à la présidence et direction générale
Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

DISTRIBUTION

Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

1155, boulevard Robert-Bourassa, bureau 1212 Montréal (Québec) H3B 3A7

Téléphone : 514 284-7639

Télécopieur : 514 284-3147

info@ohdq.com www.ohdq.com

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN 978-2-9805388-3-4 (imprimé)

ISBN 978-2-9805388-4-1 (PDF)

© Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2015

Tous droits réservés

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iii
NOTE SUR LES AUTEURS	1
SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
1^{RE} PARTIE	6
1. ÉTAT DES LIEUX DES SERVICES DE SANTÉ BUCCODENTAIRE	8
1.1. État de la santé buccodentaire de la population québécoise versus canadienne	8
1.2. Importance de la prévention buccodentaire en santé	9
1.3. Importance de la prévention en santé buccodentaire	10
1.4. Demande de services buccodentaires au Québec	10
1.4.1. Lourd fardeau pour les Québécois	11
2. DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES	14
2.1. Répartition des consommateurs de services buccodentaires	14
2.2. Rôle des assurances privées	15
2.3. Revenu familial	15
2.4. Services buccodentaires assurés par l'État (RAMQ)	16
3. POPULATIONS CIBLÉES PAR LE PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE (PASDP)	18
3.1. Petite enfance	18
3.2. Enfants d'âge scolaire	19
3.2.1. Lacunes du programme de santé dentaire publique	20
3.3. Personnes en perte d'autonomie	22
4. ORGANISATION DES SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS	25
4.1. Modèles de pratique pluralistes ailleurs au Canada	25
4.2. Conditions d'exercice de l'hygiéniste dentaire québécois	26
4.3. Réorganisation des services dans l'intérêt de la société québécoise	27
2^E PARTIE	30
5. ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS	32
5.1. Établissement du rapport coûts-avantages en santé buccodentaire	32
5.2. Offre de services des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec ...	33

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

6. ANALYSE DES COÛTS-AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS EN SANTÉ PUBLIQUE	35
6.1. Petite enfance	35
6.1.1. Coût d'hospitalisation des enfants québécois pour une chirurgie dentaire.....	35
6.1.2. Évaluation des ressources requises à l'application du PASDP à la petite enfance ..	36
6.2. Enfants d'âge scolaire	37
6.2.1. Performance du programme de santé dentaire à l'école.....	37
6.2.2. Avantages potentiels du programme de scellement à l'école.....	39
6.2.3. Pour une saine gouvernance : le bon professionnel au meilleur coût	41
6.2.4. Application du programme de scellement à la 2e année du secondaire.....	43
6.3. Personnes en perte d'autonomie en CHSLD	43
6.3.1. Modèle de soins à privilégier en CHSLD.....	44
6.3.2. Coûts-avantages de ce modèle de soins en CHSLD.....	45
6.4. Bilan coûts-avantages d'analyse du programme de santé dentaire publique.....	45
6.5. Personnes à domicile et en centre d'hébergement intermédiaire.....	46
7. COÛTS ET AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS DANS LE SECTEUR PRIVÉ	47
7.1. Hygiéniste dentaire indépendant : un modèle prometteur	47
7.2. Perspective d'avenir.....	48
7.3. Aperçu global des coûts-avantages pour l'État et la société	51
CONCLUSION	53
LISTE DES ANNEXES.....	55

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Statistiques comparées en santé dentaire (Québec-Canada).....	8
Tableau 2 : Résumé des dépenses de soins dentaires au Canada en 2015	10
Tableau 3 : Résumé de la répartition des dépenses dentaires au Québec : estimation 2015.....	11
Tableau 4 : Dépenses moyennes des ménages au titre des soins de santé, Québec 2013.....	12
Tableau 5 : Dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge de la personne de référence, Québec, 2006.....	13
Tableau 6 : Évolution des services buccodentaires assurés par la RAMQ chez les enfants	17
Tableau 7 : Activités au niveau de la maternelle.....	37
Tableau 8 : Activités au niveau de la 2 ^e année primaire	38
Tableau 9 : Évolution des avantages d'hygiénistes dentaires indépendants.....	49
Tableau 10 : Synthèse économique des coûts-avantages de l'offre de services en santé buccodentaire préventive	51

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

NOTE SUR LES AUTEURS

Pierre Éric Langlois est conseiller et analyste de politiques économiques depuis une vingtaine d'années. Il a une expérience diversifiée comme analyste principal en politiques pour le gouvernement du Canada au sein de ministères à vocation économique.

M. Langlois a réalisé un grand nombre d'analyses pointues sur différents enjeux économiques, règlementaires et environnementaux dans les domaines suivants : station spatiale internationale, coopération économique Asie-Pacifique (APEC), développement économique des Premières Nations, transport, développement régional, bois d'œuvre, énergie (pétrole, gaz).

Depuis cinq ans, il réalise des études économiques pour le compte d'ordres professionnels et d'associations sectorielles. Certains de ses plus récents travaux ont porté sur les domaines suivants : la sécurité des patients et la qualité des soins, la valeur économique des physiothérapeutes, le coût du cancer et le rehaussement de la formation infirmière.

Diane Duval est présidente de *l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* depuis 2013. Elle a travaillé en cabinet dentaire, en santé dentaire publique et elle enseigne présentement au Cégep de l'Outaouais.

Mme Duval a collaboré de façon majeure à l'écriture de nombreux documents de l'Ordre, dont les mémoires présentés aux Commissions de la Santé et des Services sociaux sur la création d'une assurance autonomie à l'automne 2013 et le projet de loi 10 en novembre 2014. Elle est co-auteure de la pétition présentée à l'Assemblée nationale le 18 mai 2011 en faveur de l'accessibilité des services buccodentaires à la population, notamment pour les plus vulnérables de notre société.

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

SOMMAIRE

Avant l'arrivée des hygiénistes dentaires, peu de place était faite au Québec à l'éducation et aux soins préventifs dans le domaine de la santé buccodentaire. En effet, la profession a été créée en 1975 pour combler ce vide. L'hygiéniste dentaire tient un rôle primordial auprès de la population dans l'acquisition, le contrôle et le maintien d'une bonne santé buccodentaire.

Cette étude appuie la position de *l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* qui considère que les services buccodentaire préventifs doivent être accessibles à tous les segments de la population québécoise.

L'étude « **ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS** » entend démontrer l'efficiencia économique d'une pratique indépendante de l'hygiéniste dentaire québécois. À la lumière de cette étude, le gouvernement est en mesure de rendre accessibles les soins buccodentaires préventifs à un plus grand nombre de Québécois.

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** (ci-après appelé : l'« Ordre ») a manifesté publiquement son inquiétude par rapport à l'incapacité de la profession de satisfaire aux besoins de prévention et de soins d'hygiène dentaire des Québécois. À ce sujet, l'Ordre a présenté deux mémoires en commission parlementaire : un premier sur l'assurance autonomie à l'automne 2013 et un second sur le projet de loi n° 10 à l'automne 2014. De plus, en mars 2013, juillet 2014, avril 2015 et, récemment en octobre 2015, l'Ordre a fait valoir à l'Office des professions du Québec (OPQ) la nécessité d'élargir l'accès aux services de l'hygiéniste dentaire à toutes les couches de la population.

L'Ordre s'inquiète particulièrement de l'absence de services buccodentaires préventifs en CHSLD, en centres d'hébergement, à domicile, en régions rurales et éloignées ou pour ceux pour qui la barrière économique est un obstacle infranchissable. Enfin, l'Ordre est préoccupé par l'application inégale du programme de santé dentaire publique chez les enfants du Québec et de la façon dont les ressources du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) y sont utilisées.

Quarante ans après sa création, l'Ordre est devant deux occasions majeures d'actualiser le champ de pratique de l'hygiéniste dentaire pour mieux relever les défis que présente l'état de santé buccodentaire de la population québécoise :

- 1) un nouveau *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP) du gouvernement du Québec est prévu pour l'automne 2015;
- 2) les travaux de modernisation du champ d'exercice de l'hygiéniste dentaire sont en cours à l'*Office des professions du Québec* (OPQ).

La présente étude vise à :

- démontrer l'importance du rôle et des services de l'hygiéniste dentaire et des effets bénéfiques qu'ils ont sur la santé;
- promouvoir l'accessibilité accrue aux soins buccodentaires préventifs pour toute la population, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables;
- contribuer à réduire les coûts de santé pour la population et pour l'État en agissant en prévention des maladies buccodentaires.

En première partie, l'étude présente l'état des lieux des services de santé buccodentaires au Québec et les conséquences sanitaires des obstacles actuels au déploiement optimal des services de l'hygiéniste dentaire. En deuxième partie, l'étude fournit une analyse des enjeux financiers suite à l'utilisation judicieuse des compétences de la profession au regard de nouveaux modèles de prestation de services buccodentaires préventifs.

ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

MANDAT DE L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

Depuis sa création en 1975, l'Ordre est chargé d'assurer la protection du public en veillant à la qualité de l'exercice de la profession. Avec plus de 6 000 membres dans toutes les régions du Québec¹, l'Ordre contribue sans cesse à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois en s'assurant que les hygiénistes dentaires possèdent les compétences pertinentes et qu'ils les maintiennent à jour par de la formation continue.

Profession à prédominance féminine (98 %), 92 % des membres actifs exercent en cabinet dentaire, 5 % en santé dentaire publique et 3 % en enseignement et dans divers autres secteurs d'activité². L'éducation et la prévention des affections buccodentaires sont l'essence même de la profession d'hygiéniste dentaire.

¹ Selon le site Internet de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* situé à l'adresse Internet suivante : www.ohdq.com, *Les hygiénistes dentaires jouent un rôle crucial dans l'octroi des soins de santé buccodentaire*, Communiqué de presse, 13 avril 2015

² Statistiques de l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* en date du 1^{er} juin 2015

**ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DE L'OFFRE DE SERVICES EN SOINS
BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS**

1^{RE} PARTIE

1. ÉTAT DES LIEUX DES SERVICES DE SANTÉ BUCCODENTAIRE

1.1. État de la santé buccodentaire de la population québécoise versus canadienne

De grandes enquêtes en santé publique démontrent que le Québec fait moins bonne figure que le reste du Canada sur le plan de la santé dentaire, de l'hygiène dentaire et de la fréquentation en cabinet dentaire. Ces données soulèvent des enjeux importants, notamment au niveau des impacts sur les autres maladies. Ces enjeux mettent en relief la nécessité de faire davantage de prévention et d'établir des modèles qui permettent à l'ensemble de la population de bénéficier de soins de prévention en santé buccodentaire.

En 2009, l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*³ comparait l'état de la dentition des diverses collectivités canadiennes. L'Enquête relatait les statistiques suivantes :

Tableau 1 : Statistiques comparées en santé dentaire (Québec-Canada)

	Québec	Reste du Canada
Trois ans ou plus depuis la dernière visite chez un spécialiste des soins dentaires pour la population en général	24 %	14 %
Personnes de 45 ans et plus ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête	56 %	71 %
Personnes de 45 ans et plus déclarant porter des prothèses	58 %	33 %
Proportion de la population âgée de 45 ans et plus rapportant n'avoir aucune dent naturelle	24 %	13 %

Source : Zoom santé SANTÉ ET BIEN-ÊTRE Novembre 2014 | Numéro 48⁴

³ Rosanna Baraldi avec la collaboration de Valeriu Dumitru, *Zoom santé SANTÉ ET BIEN-ÊTRE* Novembre 2014 | Numéro 48 Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Institut de la statistique du Québec

⁴ *Idem* note 3

D'autres statistiques sont dignes de mention :

- l'édentation demeure un problème important au Québec, notamment chez les personnes de 65 ans et plus, 40 % d'entre elles n'ont plus de dents naturelles⁵;
- l'*Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*⁶ révèle qu'au Québec, seulement 57 % des répondants sont allés chez le dentiste au cours des 12 derniers mois. C'est l'un des résultats les plus pauvres dans l'ensemble des pays du Commonwealth. Au Canada, ce pourcentage est de 66 % et, dans certains pays, il dépasse les 75 % (Suède et Allemagne). Chez les Québécoises et les Québécois de 65 ans et plus, la fréquentation annuelle en cabinet dentaire n'est plus que de 42 %;
- en CHSLD, en résidence intermédiaire et à domicile, l'état de santé dentaire des personnes en perte d'autonomie est préoccupant et l'hygiène dentaire quotidienne est rarement incluse dans les plans de soins. Plus de 40 % des aînés ayant des dents naturelles présentent des caries dentaires et plus de 30 % ont des problèmes de gencive⁷;
- le Québec est la province canadienne détenant le plus haut pourcentage de caries dentaires. En effet, encore aujourd'hui, 42 % des enfants québécois présentent au moins une carie lorsqu'ils commencent la maternelle⁸.

1.2. Importance de la prévention buccodentaire en santé

Les recherches mettent en évidence les interrelations entre l'état de santé dentaire et le développement de nombreuses maladies. Une hygiène buccale inadéquate entraîne des lésions carieuses, des maladies parodontales (affections des gencives et de l'os de soutien des dents), des abcès et diverses infections buccales qui, à leur tour, causent d'autres infections à distance comme des pneumonies d'aspiration, des bactériémies et des endocardites bactériennes, particulièrement chez les personnes dont la santé est compromise.⁹

⁵ H. Camirand et C. Galarnau, *Santé buccodentaire dans L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010

⁶ Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé, Résultats de l'*Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*, Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.

⁷ Association des dentistes de santé publique du Québec; *Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux relativement au livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*; 15 octobre 2013

⁸ MSSS, Direction des communications, *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015*, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-231-01.pdf>

⁹ Voir le site Internet de l'Association dentaire canadienne à l'adresse Internet suivante : <https://www.cda-adc.ca/fr/index.asp>

Par une mauvaise santé dentaire, l'état général de santé d'une personne est à risque de se dégrader davantage en raison des conséquences qu'elle entraîne : malnutrition, troubles gastro-intestinaux, déséquilibre du diabète, affaiblissement immunologique, etc. Cette dégradation provoque une augmentation des dépenses en soins de santé avec répercussions financières pour le patient et pour l'État.

1.3. Importance de la prévention en santé buccodentaire

La prévention est la clé du succès pour diminuer l'incidence des caries et des maladies du parodonte (gencives et os de support des dents). L'importance de l'hygiéniste dentaire dans la prestation des soins buccodentaires est bien documentée.

À l'instar des hygiénistes dentaires dans le reste du Canada, l'hygiéniste dentaire du Québec a l'expertise requise pour utiliser les méthodes scientifiques de prévention et de contrôle des affections buccodentaires. L'hygiéniste dentaire peut contribuer de façon significative à l'atteinte des objectifs de santé du gouvernement.

Les coûts de prévention en santé buccodentaire sont abordables alors que les coûts de restaurations dentaires sont dispendieux. Le système de santé du Québec doit agir en amont des maladies dans ce domaine de la santé pour sa population.

1.4. Demande de services buccodentaires au Québec

La demande de services buccodentaires est conditionnée par un ensemble de facteurs socioéconomiques reliés à l'accès aux soins, à la couverture en assurance et à la capacité de l'individu à se procurer ces soins. En 2013, l'Association dentaire canadienne¹⁰ estimait à 12,5 G\$ le total des dépenses consacrées aux soins dentaires au Canada, pour une moyenne de 356,70 \$ par Canadien. En dollars de 2015, ceci équivaut à 12,93 G\$¹¹, soit environ 364 \$ par Canadien.

Tableau 2 : Résumé des dépenses de soins dentaires au Canada en 2015

	Estimations 2013	Estimations 2015
Dépenses du secteur public consacrées aux soins dentaires	755 M\$	775,8 M\$
Dépenses du secteur privé consacrées aux soins dentaires	11,8 G\$	12,15 G\$
Total des dépenses consacrées aux soins dentaires	12,5 G\$	12,93 G\$

Source: National Health Expenditure Trends, 1975-2012, CIHI 2013.

¹⁰ Selon le site Internet de l'Association dentaire canadienne à l'adresse Internet suivante : www.cda-adc.ca, *Résumé des dépenses de soins dentaires au Canada en 2012*

¹¹ Selon le site Internet de la Banque du Canada à l'adresse Internet suivante : www.banqueducanada.ca, *Feuille de calcul de l'inflation*

Le Québec constitue 23,1 % de la population canadienne. Nous estimons qu'en 2015, le Québec aurait une demande globale de soins buccodentaires évaluée à plus de 3 G\$, pour une moyenne de 365\$ par Québécois.

Cette demande tient compte des dépenses de soins buccodentaires remboursés par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) pour les personnes couvertes par le régime public et le coût du *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP) dont les activités sont dispensées principalement dans les écoles.

Selon les chiffres de 2013-2014 de la RAMQ, les dépenses en soins dentaires étaient de 167 M\$¹². En 2015, on estime que ce montant serait de 185 M\$ (selon une croissance annuelle de plus de 10 %). Quant au *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP), son coût est estimé à 15 M\$, estimation essentiellement basée sur les ressources professionnelles qui y sont consacrées.

Tableau 3 : Résumé de la répartition des dépenses dentaires au Québec : estimation 2015

Catégories de dépenses	Dépenses (\$)
Dépenses des Québécois en cabinet dentaire	2 800 000 000
Dépenses de la RAMQ	185 000 000
Dépenses en santé dentaire publique	15 000 000
TOTAL	3 000 000 000

1.4.1. Lourd fardeau pour les Québécois

Au plan individuel

Rappelons que l'« *Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013* »¹³ révélait qu'au Québec, seulement 57 % des répondants avaient visité un cabinet dentaire en 2013. Compte tenu des coûts dispendieux de dentisterie, il y a lieu de croire que le taux de fréquentation annuelle serait sensiblement le même en 2015 et, en fait, le coût moyen de la demande en soins dentaires par québécois ne serait pas de 365 \$ mais plutôt de 640 \$ (40 \$ défrayé par l'État et 600 \$ par le citoyen).

¹² MSSS - Québec - *Montants des dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux, selon les éléments de la structure budgétaire*, au Québec, 2000-2001 à 2013-2014; juillet 2015

¹³ Perceptions et expériences de soins de la population: le Québec comparé, Résultats de l'*Enquête internationale sur les politiques de santé* du Commonwealth Fund de 2013, Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec.

Au plan des ménages

Dans sa publication annuelle *Le Québec économique*, CIRANO dressait un portrait des dépenses moyennes des ménages au titre des soins de santé en 2013. Les ménages québécois dépenseraient plus en soins dentaires que les ménages ontariens et les autres ménages canadiens. Au Québec, les soins dentaires représentent près de 15 % des dépenses des ménages en santé. Ils arrivent au 3^e rang après les régimes privés d'assurances-maladies et les médicaments prescrits et ils devancent les coûts des régimes d'assurance hospitalisation et assurances médicaments.

Tableau 4 : Dépenses moyennes des ménages au titre des soins de santé, Québec 2013

CATÉGORIES DE DÉPENSES EN SANTÉ	QUÉBEC (\$)	ONTARIO (\$)	CANADA (\$)
Régimes privés d'assurance-maladie	805	345	527
Médicaments prescrits	553	326	448
Soins dentaires	406	307	350
Régimes d'assurance hospitalisation et assurances médicaments	314	112	218
Soins des yeux	278	208	230
Médicaments non prescrits	182	631	414
Services de santé	234	199	220
TOTAL	2 771	2 127	2 407

Source : http://qe.cirano.qc.ca/theme/indicateurs_sociaux/dépenses_de_santé_et_financement

Dans les prochaines années, le contexte économique et financier du Québec entraînera des changements structurels importants au sein de la société, dans les services publics et dans la dispensation des soins de santé. De plus, nous pouvons prévoir que les nouvelles technologies et l'évolution des pratiques professionnelles joueront un rôle capital dans la transformation du système de santé. Il est à prévoir que les planificateurs gouvernementaux jugeront prioritaire d'accroître la performance des services de première ligne et des soins à domicile, lesquels constitueront davantage la base des points de service.

En 2021, plus de 20 % de la population québécoise sera âgée de 65 ans et plus. Le vieillissement démographique du Québec engendrera une pression importante sur le système de santé, car les dépenses de santé augmentent considérablement avec l'âge.

Aussi, considérant le vieillissement de la population québécoise, on peut s'attendre à ce que la demande en soins buccodentaires croisse avec le temps. En 2011, la population âgée de 65 ans et plus au Québec était de 15,9 % alors que la moyenne canadienne se situait à 14,8 %.

En 2006, l'Institut de la statistique du Québec¹⁴ établissait un tableau sur les dépenses moyennes des ménages par catégorie d'âge pour les soins dentaires. On constate que la demande de soins croît avec l'âge. En 2006, les ménages de 65 ans et plus dépensaient 786 \$ par année en santé dentaire. Selon notre estimation, cela équivaldrait à 913 \$ par année en dollars de 2015.

Tableau 5 : Dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge de la personne de référence, Québec, 2006¹⁵

GROUPE D'ÂGE	DÉPENSES DES MÉNAGES EN SOINS DENTAIRES (\$)	VALEUR ESTIMÉE EN 2015* (\$)
Moins de 30 ans	310	360
30-44 ans	472	548
45-64 ans	755	877
65 ans et plus	786	913
MOYENNE	625	674

*Estimations de l'auteur pour 2015

En soins à domicile, en résidences intermédiaires et en CHSLD, là où se trouvent les personnes âgées, l'hygiéniste dentaire placé en première ligne peut contribuer de façon significative à diminuer les coûts de santé.

¹⁴ Institut de la Statistique du Québec, *Dépenses moyennes des ménages déclarants, selon le groupe d'âge de la personne de référence, Québec, 2006*, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/

¹⁵ *Idem note 14*

2. DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES

2.1. Répartition des consommateurs de services buccodentaires

On peut répartir en trois grandes catégories les consommateurs des services en santé buccodentaire :

- ceux qui participent à un régime collectif d'assurance ou qui se procurent une assurance privée;
- ceux qui payent les frais directement de leurs poches;
- ceux dont les soins sont assurés par l'État.

La majorité des soins buccodentaires sont offerts dans les cliniques privées et ne sont pas assurés par l'État. Or, les soins buccodentaires sont dispendieux. Les mécanismes actuels de paiement des services buccodentaires par les Québécois méritent d'être examinés en considérant davantage leur impact sur l'accès à ces services.

Selon l'Enquête du Commonwealth Fund de 2013, 57 % des Québécois ont consulté un cabinet dentaire au cours des 12 mois précédents, ce qui signifie que 43 % ne l'ont pas fait par choix ou par contrainte financière. Les facteurs économiques directement liés à la fréquentation annuelle ou non du cabinet dentaire sont :

- le prix élevé des services;
- la capacité financière d'un individu d'adhérer à un régime collectif ou à une assurance privée;
- le taux de couverture des compagnies d'assurances;
- la capacité d'un individu à payer de sa poche en fonction de son revenu;
- les programmes gouvernementaux visant à éliminer les obstacles financiers pour certains groupes de citoyens.

Bien qu'indirects, d'autres déterminants influencent l'accès aux services buccodentaires :

- le nombre et la répartition géographique des professionnels;
- l'expertise et l'infrastructure nécessaires et adaptées pour traiter les personnes avec des besoins spéciaux.

D'autres variables, non négligeables, comme la localisation de la résidence, la scolarité, l'origine culturelle, l'âge, la santé physique et mentale, influencent la demande de soins buccodentaires.

2.2. Rôle des assurances privées

Les dépenses en soins dentaires constituent la très grande part des dépenses de santé payées par les compagnies d'assurances privées, loin devant les soins de la vue et les services rendus par d'autres professionnels tels que les psychologues, les physiothérapeutes, etc. Au Canada, nous estimons que les dépenses consacrées aux dentistes par les compagnies d'assurance sont de l'ordre de 8,1 G\$ en dollars de 2015¹⁶. Pour le Québec, la part des compagnies d'assurance est estimée à 1,1 G\$ et celle payée par les citoyens est de 1,7 G\$.

Le coût des primes d'assurance n'est pas à la portée de tous les Québécois. Quelque 39 % seulement des Québécois de 45 ans et plus ont déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires contre 61 % des personnes du même âge dans le reste du Canada¹⁷.

L'écart de revenus entre les riches et les pauvres croît d'année en année et le fardeau des soins de santé buccodentaire contribue significativement à cet écart. Comme les tarifs des soins buccodentaires augmentent et que les primes d'assurance sont élevées, on peut s'attendre à ce qu'un nombre encore plus grand de Québécois s'abstiennent de contracter une assurance à l'avenir.

L'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ) négocie avec l'État les services assurés par la RAMQ et établit les tarifs des services buccodentaires facturés aux clients. De plus, si un dentiste facture un service au-delà du tarif du guide de référence de l'ACDQ, le consommateur, assuré ou non, doit assumer entièrement le coût de la surfacturation.

Contrairement à leurs homologues canadiens, l'absence d'indépendance professionnelle des hygiénistes dentaires québécois les empêche d'établir le tarif de leurs services et de négocier directement avec la RAMQ les services buccodentaires assurés par l'État qu'ils rendent à la population québécoise. L'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire permettrait une offre de services indépendante du cabinet dentaire, avec économie pour l'État et le citoyen.

2.3. Revenu familial

Pour les familles à faible revenu, la part du budget affectée aux soins buccodentaires augmente régulièrement depuis les années 1980 en raison de la diminution du financement public des soins buccodentaires et du coût croissant des traitements. Cette population présente le plus haut taux de caries, d'atteintes parodontales et de dentitions

¹⁶ *Idem note 3*

¹⁷ *Idem note 3*

dysfonctionnelles¹⁸. Une étude canadienne a démontré que le taux de caries des enfants des familles aux revenus les plus faibles est deux fois et demie plus élevé que celui des familles aux revenus plus élevés¹⁹. La population à faible revenu bénéficie très peu des services de l'hygiéniste dentaire.

De plus, les travailleurs à faible revenu sont vulnérables, car leur situation d'emploi les rend souvent inadmissibles aux soins buccodentaires en vertu des programmes gouvernementaux et les emplois qu'ils détiennent sont rarement assortis d'une assurance dentaire ou, s'ils le sont, les primes d'assurance dépassent leur capacité de payer.

Malgré que le fait de posséder une assurance soit un déterminant qui favorise le recours aux soins en cabinet dentaire, les personnes assurées à faible revenu ou à scolarisation moins élevée sont moins susceptibles de fréquenter le cabinet dentaire que les personnes assurées à revenu et scolarisation plus élevés. Il y a lieu de craindre que pour les personnes à faible revenu qui détiennent une assurance, l'écart entre le coût total d'un service dentaire et la partie remboursée par l'assureur dépasse leur capacité d'en payer la différence.²⁰

Dans la prochaine décennie, il est à prévoir qu'un pourcentage croissant de familles paieront elles-mêmes leurs soins dentaires plutôt qu'à l'aide d'une assurance ou se priveront carrément de soins buccodentaires. D'où l'importance de prioriser les interventions éducatives et de prévention en santé dentaire publique dès la petite enfance.

2.4. Services buccodentaires assurés par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ)

Certains services buccodentaires sont assurés par l'État. C'est le cas des chirurgies d'un jour à l'hôpital chez les jeunes enfants avec caries multiples, les personnes hospitalisées (certaines interventions spécialisées seulement), les bénéficiaires de l'aide sociale et les traitements curatifs pour les enfants de 9 ans et moins.

Dès 1974, l'État québécois a pris en charge le coût des soins dentaires administrés aux enfants. Depuis, plusieurs modifications ont été apportées au programme de services dentaires chez ces derniers. En 1992, un désengagement massif de l'État à l'égard des soins buccodentaires des enfants a fait en sorte qu'à l'exception des enfants de parents

¹⁸ Selon le site Internet du Fonds de la recherche en santé du Québec situé à l'adresse Internet suivante : <http://www.frsg.gouv.qc.ca/documents/11314/435468/recherche-sante-no26.pdf/b85ca7d-63cbe-4924-b692-7bef7c43b965> dans la parution du dossier RECHERCHE EN SANTÉ Juin 2001 | Numéro 26, Dossier : *Le réseau de recherche en santé buccodentaire du Québec*

¹⁹ Selon M^{me} Anne Rowan-Legg et le site Internet de la Société canadienne de pédiatrie à l'adresse Internet suivante : www.cps.ca, *Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action*, 11 janvier 2013.

²⁰ *Idem note 19*

prestataires de la sécurité du revenu et des personnes hospitalisées, plus aucun service n'était couvert chez les enfants de plus de 9 ans.

Tableau 6 : Évolution des services buccodentaires assurés par la RAMQ chez les enfants

ANNÉE	RAMQ
Août 1982	Modifications de la couverture d'assurance <u>en cabinet dentaire</u> : <ul style="list-style-type: none"> - 0 à 11 ans : Coupure des services préventifs; maintien des services curatifs. - 13 à 15 ans : Coupure des services curatifs; maintien des services préventifs.
Mai 1992	Important désengagement de l'État en cabinet dentaire : <ul style="list-style-type: none"> - Plus de 9 ans : Plus aucun service (préventif et curatif) n'est couvert chez ces enfants à l'exception des enfants de parents prestataires d'une aide financière de dernier recours. - 0 à 9 ans : Maintien des services curatifs et de deux examens annuels.
Janvier 1997	Dernière modification en cabinet dentaire chez les 0 à 9 ans : <ul style="list-style-type: none"> - Maintien des services curatifs; - Restriction à <u>un seul examen annuel</u>.

3. POPULATIONS CIBLÉES PAR LE PLAN D'ACTION DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE (PASDP)

3.1. Petite enfance

En 2005, le Québec se dote du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*. Ce plan vise à « soutenir la mise en œuvre de services de prévention et de promotion favorables au maintien et à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants et de la population en général ». Le plan d'action en santé dentaire publique a été prolongé jusqu'en 2015, pour devenir le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015*.

Présentement, le Québec est la province canadienne détenant le plus haut pourcentage de caries dentaires. En effet, 42 % des enfants québécois présentent au moins une carie lorsqu'ils commencent la maternelle²¹. Il faut éviter que l'état des dents d'un enfant s'aggrave au point qu'il doive emprunter le chemin de l'hôpital.

Selon notre estimation, 5 700 enfants subissent annuellement une chirurgie dentaire sous anesthésie générale en milieu hospitalier pour des caries multiples.

Les programmes d'éducation en santé buccodentaire à la petite enfance qui avaient cours dans les années 80 et 90 lors des rencontres pré et postnatales des parents doivent être réinstaurés. Aussi, afin de contrer la résurgence de la carie constatée chez les 0-5 ans, il est requis d'instaurer un programme national de prise de suppléments fluorés dès la naissance en l'absence de fluor dans l'eau potable et, dès que la procédure peut être tolérée, des applications topiques de fluor doivent être réalisées chez les enfants vulnérables là où ils se trouvent, à savoir dans les CPE, les garderies privées, les cliniques de vaccination, etc.

Au Québec, 24 % des enfants de la maternelle cumulent 90 % de la carie dentaire touchant la dentition temporaire.²²

Intervenir avant que l'enfant entre en milieu scolaire est prioritaire en prévention de la carie sur la dentition primaire et la dentition permanente à venir. L'État peut faire mieux pour les enfants du Québec.

²¹ *Idem note 8*

²² *Idem note 8*

Les données de la littérature internationale²³ permettent d'établir des recommandations sur certaines stratégies qui ont démontré leur efficacité dans l'amélioration de la santé buccodentaire du petit enfant. Ainsi, l'approche préventive en santé buccodentaire s'avère un moyen d'améliorer l'état de santé buccodentaire, en ce qu'elle permet :

- 1) de détecter les facteurs de risque;
- 2) de dépister les lésions dès leur apparition afin qu'elles soient traitées rapidement;
- 3) de réduire l'indice carieux des enfants;
- 4) de renforcer l'éducation en matière de santé;
- 5) d'empêcher la survenue de pathologies subséquentes. La démarche clé de promotion de santé du jeune enfant est celle qui associe l'éducation des parents, les recommandations en matière d'hygiène, de fluorure, de nutrition et l'information sur l'importance de la consultation professionnelle précoce.

3.2. Enfants d'âge scolaire

Le programme d'intervention de santé dentaire publique mis en œuvre à l'école, c'est-à-dire dans le milieu de vie des enfants, permet de rejoindre tous les enfants d'âge scolaire. Ce programme rend possible le déploiement sur le terrain d'activités éprouvées qui permettent d'intervenir promptement chez les enfants les plus vulnérables à la carie.

Le programme de santé dentaire à l'école prévoit un dépistage systématique pour tous les enfants de la maternelle par les hygiénistes dentaires. Les enfants identifiés à risque de carie sont ensuite pris en charge jusqu'à la 2^e année du primaire pour des séances d'éducation et d'application de fluor. Lorsque nécessaire, ils sont dirigés en cabinet dentaire pour effectuer les restaurations requises. Les parents sont informés que les restaurations sont couvertes par la RAMQ jusqu'à l'âge de 9 ans inclusivement.

À la 2^e année du primaire – âge moyen d'apparition des 1^{res} molaires permanentes (7-8 ans) – le programme prévoit un second dépistage chez tous les enfants de ce niveau scolaire. Ce 2^e dépistage permet de déterminer pour chaque enfant son niveau de risque à la carie et d'appliquer des agents de scellement sur les molaires permanentes. Les enfants avec signes de carie sont référés sans tarder en cabinet dentaire.

²³ Marysette Folliguet, Direction générale de la Santé : Dossier petit enfant. Selon le site Internet de la Direction générale de la santé situé à l'adresse Internet suivante : www.sante.gouv.fr. *Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans, version 24 mai, mai 2006*

« Les programmes publics d'application d'agents de scellement des puits et fissures offerts en milieu scolaire permettent aux enfants qui autrement ne le pourraient pas d'avoir accès aux effets positifs de cette mesure de prévention. Les programmes offerts en milieu scolaire sont aussi fortement recommandés compte tenu de leur efficacité pour réduire la carie dentaire sur les molaires permanentes des enfants. Les résultats d'une étude québécoise, réalisée en 1996-1997, montrent que 80 % de la carie dentaire chez les enfants de 11 à 14 ans se situe sur les faces avec puits et fissures.²⁴ »

3.2.1. Lacunes du programme de santé dentaire publique

Manque de ressources

Le programme de scellements chez les enfants de la 2^e année du primaire n'est pas appliqué uniformément. Dans certains territoires, faute de ressources professionnelles suffisantes, les hygiénistes dentaires ne se rendent qu'aux deux ans dans les écoles. Souvent, il est trop tard, car des dents ont dû être obturées avant même que l'enfant n'ait pu bénéficier du programme de scellements préventifs.

Depuis les années 1990, faute de ressources suffisantes, on a vu fondre les gains significatifs en santé dentaire infantile réalisés entre les années 1975 et 1990.

Le *Bilan régional des activités 2013-2014 du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015*²⁵ a mis en évidence le constat suivant : les services préventifs à l'enfance sur le territoire des CSSS de Montréal, spécialement au regard de l'application d'agents de scellement chez les élèves de la 2^e année du primaire – âge d'apparition des premières molaires permanentes – n'ont été que partiellement rendus. Les ressources hygiénistes dentaires consacrées à ce programme ont été nettement insuffisantes.

²⁴ *Idem note 8*

²⁵ *Idem note 8*

« Les ressources en hygiène dentaire dans les CSSS de Montréal présentent un déficit important par rapport à celles de 1993 (61,9 équivalents temps complet (ETC) vs 42 ETC actuels). Les données du rapport financier annuel des établissements (formulaire AS-471) indiquent qu'au cours des quatre dernières années, chaque établissement a perdu, en moyenne, 0,19 ETC en hygiène dentaire, ce qui donne une perte régionale de 2,3 ETC sur quatre ans ».²⁶

De plus, le programme public de scellement des puits et fissures en milieu scolaire approuvé par les autorités de santé dentaire publique en 2005 (PASDP 2005-2015) ne s'est jamais vu accorder les ressources requises pour atteindre ses objectifs.

De plus, le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015* prévoyait que les enfants de la 2^e année du secondaire – âge d'apparition des deuxièmes molaires permanentes – seraient inclus dans le programme de scellement. Cela n'a jamais eu lieu à l'échelle du Québec.

La réduction des services d'éducation et de prévention en milieu scolaire a des répercussions majeures sur la dentition des enfants du Québec. Depuis le début des années 2000, les effectifs d'hygiénistes dentaires en santé dentaire publique décroissent de façon dramatique.

Dédoublement des activités

Aujourd'hui, dans plusieurs régions du Québec, des dentistes se déplacent dans les écoles pour faire le travail d'identification des dents saines à sceller, responsabilité confiée dès le départ à l'hygiéniste dentaire par les autorités de santé publique. Pourtant, il s'agit là d'une activité de la compétence de l'hygiéniste dentaire supportée par un protocole rigoureux approuvé en 2005 par les dentistes de santé dentaire publique et l'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec*.

Les activités de dépistage et de prévention buccodentaire ne sont pas des activités exclusives réservées aux dentistes, mais des barrières se dressent quant au respect des compétences de l'hygiéniste dentaire à exercer ces activités. Cette limitation à son droit d'exercice prive la population de services buccodentaires préventifs essentiels.

²⁶ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 – Bilan régional des activités 2013-2014*, 17 novembre 2014, http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/Bilan_regional_des_activites_-_17_novembre_2014_FINAL.pdf

Dans la deuxième partie, nous évaluons pour l'État et la société les avantages à tirer d'un programme appliqué uniformément et intégralement à la grandeur du Québec par la bonne ressource professionnelle.

3.3. Personnes en perte d'autonomie

Chez la personne âgée et frêle, une mauvaise santé buccodentaire peut entraîner un état nutritionnel déficient et une détérioration de sa santé, ce qui a pour effet d'accélérer son hébergement en CHSLD et par conséquent, sa prise en charge par l'État.

Chez ces personnes, la douleur associée à des troubles d'origine buccodentaire conduit à une dénutrition, un affaiblissement général, une perte de masse musculaire augmentant les risques de chutes et de fractures, une diminution du système immunitaire et par conséquent, une augmentation des risques d'infections. La douleur d'origine buccodentaire peut contribuer à l'agitation de la personne âgée atteinte de démence en raison de son incapacité à communiquer sa détresse²⁷.

De plus, les problèmes de mastication ont un impact sur les troubles gastro-intestinaux et la consommation grandissante de médicaments associés à ces troubles. En 2012, la proportion de personnes âgées de 85 ans ou plus présentant des demandes de remboursement pour au moins 10 classes de médicaments (39,3 %) était le double de celle des personnes âgées de 65 à 74 ans (20 %). Pour les personnes âgées en établissement de soins de longue durée, 60,9 % recevaient au moins dix classes différentes de médicaments, alors que pour l'ensemble des personnes vivant en collectivité, cette proportion n'est que de 26,1 %²⁸.

On connaît mal l'état de santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie en résidence intermédiaire ou à domicile. Globalement, faciliter l'accès aux soins buccodentaires préventifs est un enjeu financier stratégique pour l'État. Cet enjeu comporte aussi plusieurs avantages pour l'individu qui voit l'accès à ces soins rehaussé. En 2006, le Bureau de la concurrence émettait un avis très pertinent encore en 2015 pour le Québec :

« Nous croyons comprendre que les hygiénistes dentaires qui peuvent poser des actes de leur propre chef sont beaucoup plus flexibles et mobiles en ce qui concerne la prestation de services d'hygiène dentaire que ne le sont les dentistes. En effet, les hygiénistes dentaires utilisent habituellement de l'équipement qui peut être transporté plus facilement que celui des dentistes. En raison de cette mobilité qui les caractérise, les hygiénistes dentaires peuvent se rendre plus facilement là où leurs services sont requis, que ce soit à la résidence des patients ou dans des

²⁷ *Idem note 7*

²⁸ Le Point en administration de la santé et des services sociaux, *La surprescription auprès de la personne âgée - Comment intervenir?* Vol.10, n° 3 – Automne 2014.

centres éloignés. Des segments particuliers de la population n'ont pas accès aux soins dentaires dans le cadre habituel du cabinet d'un dentiste, et ce sont ces consommatrices et ces consommateurs qui bénéficieraient le plus de la capacité des hygiénistes dentaires de pratiquer librement. Parmi ces groupes de consommateurs, mentionnons les personnes handicapées, les personnes souffrant de certaines maladies, les personnes âgées, les Autochtones ou les personnes vivant en région rurale qui n'ont pas accès aux modèles traditionnels de prestation de soins dentaires. »²⁹

Dans sa forme actuelle, le cadre d'exercice de l'hygiéniste dentaire ne lui permet pas de prodiguer des soins d'hygiène dentaire aux personnes en perte d'autonomie. De plus, les ressources financières pour ces professionnels du domaine dentaire sont absentes en CHSLD. Pourtant, lorsque la perte d'autonomie apparaît dans la vie des personnes, la santé buccodentaire peut se dégrader rapidement. Souvent, quelques mois suffisent pour constater l'apparition de caries et de maladies des gencives³⁰. La santé buccodentaire des gens en perte d'autonomie a un impact direct sur la charge financière supportée par le patient lui-même et par le système de santé québécois.

Personnes handicapées

Les personnes en perte d'autonomie n'incluent pas que des gens âgés. Plus de 1 523 400 Québécois de 15 à 64 ans auraient souffert d'une forme d'incapacité en 2011. Quelque 3,5 % de la population souffrait d'une incapacité grave et 7,2 % d'une incapacité modérée³¹. Ces gens handicapés éprouvent les mêmes problèmes de mobilité que les personnes âgées en perte d'autonomie et ont des besoins buccodentaires spécifiques et plus critiques à leur condition de santé que l'ensemble de la population. L'accès aux soins est une question capitale pour ces personnes.

En résumé, il y a des lacunes majeures dans l'accessibilité à l'offre de services pour diverses clientèles au Québec, car les cabinets dentaires ne rejoignent que 57 % de la population.³² Des hygiénistes dentaires mobiles auraient un impact majeur sur l'amélioration et le maintien de la santé buccodentaire des clientèles vulnérables et mal desservies. Actuellement, les soins buccodentaires pour les personnes en perte

²⁹ Bureau de la concurrence. *Loi sur les hygiénistes dentaires – Loi concernant la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire, Demande non satisfaite sur le marché*, 22 décembre 2005, <http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02035.html>

³⁰ Centre intégré en santé et services sociaux de la Côte-Nord; la Direction de santé publique souligne l'importance de la prévention des problèmes buccodentaires chez les aînés en perte d'autonomie. Communiqué de presse, 13 avril 2015.

³¹ Office des personnes handicapées du Québec, *Estimations de population avec incapacité en 2011 Le Québec et ses régions sociosanitaires*, mai 2015

³² Commissaire à la santé et au bien-être, Gouvernement du Québec, *Perceptions et expériences de soins de la population : le Québec comparé, Résultats de l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013*

d'autonomie sont extrêmement limités au Québec. Par ailleurs, cette dernière clientèle pourrait bénéficier d'un nettoyage de dents assuré par l'État, à l'instar des prestataires de l'aide sociale.

4. ORGANISATION DES SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS

4.1. Modèles de pratique pluralistes ailleurs au Canada

On compte 400 bureaux privés d'hygiène dentaire au Canada, dont 200 en Ontario. Près de la moitié de ces cabinets d'hygiénistes dentaires offrent des services mobiles à domicile ou dans les résidences pour personnes en perte d'autonomie. Ces nouveaux modèles d'organisation, plus souples, méritent qu'on y porte une grande attention, car ils permettent de rejoindre des individus et des groupes jusqu'ici ignorés par l'offre actuelle de services dentaires. Ces modèles novateurs de dispensation de services d'hygiène dentaire, à des prix inférieurs estimés à 30 % de ceux des cabinets dentaires, répondent à un besoin réel et ont le mérite de compléter l'offre de soins en santé buccodentaire.

L'organisation des services buccodentaires préventifs au Québec n'est pas optimale du point de vue social et économique. Une partie significative de la population n'a pas accès aux services préventifs parce qu'ils sont intégrés au secteur de la dentisterie. Si le secteur de la prévention buccodentaire était davantage structuré comme complémentaire au secteur de la dentisterie, il pourrait construire sa propre offre de services, indépendamment du dentiste, comme c'est le cas dans le reste du Canada, et aspirer à une meilleure efficacité sociale et économique. Ainsi, certaines solutions novatrices plus souples pourraient être implantées afin de rejoindre une grande part des gens qui ne consultent pas en cabinet dentaire. Il y a là un segment considérable de la population ignorée dans l'organisation actuelle des services.

Dans un contexte où l'hygiéniste dentaire pourrait offrir ses soins directement au client, les tarifs des soins d'hygiène dentaire reflèteraient un coût d'opération moins élevé. Un avis du Bureau de la concurrence est particulièrement éloquent à cet égard :

« Des hygiénistes dentaires qui pratiquent de façon indépendante peuvent exiger des honoraires pour des services d'hygiène dentaire qui sont moins élevés que ceux pour des services semblables offerts dans des cabinets dentaires traditionnels, parce que le coût de l'équipement et les frais généraux des hygiénistes dentaires sont moins élevés que ceux des dentistes. De plus, des principes économiques généralement admis indiquent que l'instauration de la concurrence sur un marché jusque-là monopolistique entraînera une diminution des prix sur ce marché. Des prix moins élevés sur le marché permettront aux consommateurs qui ne peuvent s'offrir des services d'hygiène dentaire aux prix actuels d'obtenir de tels services à l'avenir. En outre, ceux qui reçoivent déjà des services

d'hygiène dentaire utiliseront probablement ces services plus fréquemment si ceux-ci sont offerts à un prix concurrentiel. »³³

Au Québec, il faudrait passer du modèle monopolistique actuel de prestation de services de type « cabinet dentaire privé » à un modèle pluraliste, plus apte à répondre aux besoins des diverses populations. Ainsi, comme dans le reste du Canada, la différenciation des soins en deux secteurs distincts, mais complémentaires – l'hygiène dentaire et la dentisterie – permettrait de mieux saisir les composantes de la demande de services, de dresser le profil des consommateurs, de définir les problématiques et d'identifier les solutions. Nous chiffrons la valeur économique de ces hypothèses dans le chapitre suivant.

4.2. Conditions d'exercice de l'hygiéniste dentaire québécois

Au Québec, l'hygiéniste dentaire ne peut exercer sa profession que sous l'autorité d'un dentiste. Ce cadre réglementaire empêche l'accessibilité directe aux services de prévention et aux traitements d'hygiène dentaire pour les personnes n'ayant pas la capacité de se déplacer en cabinet dentaire.

Présentement, l'hygiéniste dentaire qui offre des services en dehors de l'autorité d'un dentiste voit son champ de pratique limité aux seuls actes de brossage des dents et de détartrage des prothèses dentaires. Dans certains CHSLD, quelques rares dentistes dispensent principalement des services d'hygiène dentaire, domaine d'expertise de l'hygiéniste dentaire. Cette pratique ne constitue pas le meilleur exemple d'utilisation optimale des ressources professionnelles.

Ailleurs au Canada, huit provinces n'ont pas hésité à reconnaître l'autorité de l'hygiéniste dentaire à l'égard de son champ d'exercice. Sauf pour le Québec et l'Île-du-Prince-Édouard, tous les services préventifs et les traitements d'hygiène dentaire sont accessibles au Canada sans l'intermédiaire du dentiste, car l'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire est reconnue. La profession dispose des moyens requis pour faciliter l'accès aux soins à l'ensemble de la population, incluant les personnes en perte d'autonomie.

Ailleurs au Canada, l'hygiéniste dentaire n'est pas tenu d'attendre le diagnostic et le plan de traitement du dentiste pour exercer les activités de son champ d'expertise.

³³ Bureau de la concurrence, *Loi sur les hygiénistes dentaires – Loi concernant la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire, Coût moins élevé des services d'hygiène dentaire*, 22 décembre 2005, <http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02035.html>

Les organismes de réglementation des dentistes ailleurs au Canada n'ont plus les mêmes pouvoirs de contrôle sur la profession d'hygiéniste dentaire que l'Ordre des dentistes du Québec, lequel soumet encore l'exercice de l'hygiéniste dentaire à l'autorité du dentiste. Dans les autres provinces canadiennes, les gouvernements ont saisi l'opportunité de reconnaître l'indépendance professionnelle aux hygiénistes dentaires pour accroître l'accessibilité des services buccodentaires préventifs. À ce chapitre, le Québec accuse un retard législatif préjudiciable à la santé de sa population.

En 2003, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît la santé buccodentaire comme un facteur déterminant de la qualité de vie³⁴ faisant partie intégrante de l'état de santé général, essentielle au bien-être et indissociable de l'hygiène corporelle et de la santé générale. En intégrant la santé buccodentaire aux programmes de promotion de la santé générale et de prévention des maladies chroniques, l'OMS reconnaît que la santé buccodentaire joue un rôle primordial dans l'état de santé général. Depuis, six provinces canadiennes empruntent le chemin de l'indépendance de l'exercice de l'hygiène dentaire déjà tracé par la Colombie-Britannique et la Saskatchewan.

Dates de déclaration de l'indépendance professionnelle de l'hygiéniste dentaire par province canadienne :

- Colombie-Britannique : 1995;
- Saskatchewan : 2000;

Depuis la déclaration de l'OMS en 2003 :

- Alberta : 2006;
- Ontario : 2007;
- Nouvelle-Écosse : 2007;
- Manitoba : 2008;
- Nouveau-Brunswick : 2013;
- Terre-Neuve-Labrador : 2014;

Toujours soumis à l'autorité du dentiste :

- Québec;
- Île-du-Prince-Édouard.

4.3. Réorganisation des services dans l'intérêt de la société québécoise

Au chapitre 3 de l'étude, nous avons mis en évidence le fardeau économique important que représentent les services buccodentaires pour un bon nombre de Québécois. Quant à l'impact économique d'une mauvaise santé buccodentaire sur le développement ou l'aggravation de certaines maladies systémiques, cette variable importante n'est pas

³⁴ *Idem Note 3*

documentée ni chiffrée dans les coûts de santé au Québec alors qu'elle mériterait de l'être.

D'autres coûts moins visibles sont imputables aux journées de travail perdues suite à des maladies dentaires. En juin 2014, Statistique Canada évaluait la rémunération moyenne des travailleurs québécois à 856,75 \$ par semaine (24,48 \$ l'heure³⁵). On estime qu'au Canada, 270 000 journées de travail sont perdues annuellement à cause de problèmes de santé dentaire³⁶. Au Québec, à 23,1 % de la population canadienne, ce sont 62 100 journées d'absence au travail pour maladies dentaires qui ont été prises, soit 12 161 664 M\$. (62 100 jours x 24,48 \$ l'heure x 8 heures par jour).

À notre connaissance, d'un point de vue économique et social, il n'y a jamais eu d'étude méticuleuse sur les coûts-avantages de l'offre de services buccodentaires préventifs indépendants des services de dentisterie au Québec. Cette carence à reconnaître les avantages économiques reliés au travail de l'hygiéniste dentaire a eu comme résultat une utilisation sous-optimale des ressources préventives en hygiène dentaire ainsi qu'un retard à profiter des bienfaits de la prévention en santé buccodentaire.

La réglementation professionnelle actuelle de l'exercice de la profession de l'hygiéniste dentaire québécois n'incite pas à une utilisation optimale de l'ensemble des services buccodentaires préventifs. En 2006, le Bureau de la concurrence du Canada émettait un avis perspicace à ce sujet :

« Le marché des services d'hygiène dentaire au Canada génère des revenus qui se chiffrent en milliards de dollars annuellement. Nous croyons comprendre que les revenus liés à la prestation de ce type de services sont générés dans un cabinet dentaire. Nous croyons également comprendre que les services d'hygiène dentaire génèrent des revenus qui sont largement supérieurs à leurs coûts pour le dentiste. Les revenus nets générés par les hygiénistes dentaires qui travaillent chez des dentistes représentent un puissant incitatif économique pour les dentistes de restreindre la capacité des hygiénistes dentaires de leur livrer concurrence sur le marché. L'importance grandissante des services d'hygiène dentaire pour les consommateurs incite toutefois les hygiénistes dentaires à revendiquer le pouvoir de pratiquer de façon autonome. Une concurrence ouverte et efficace entre ces professions favorisera vraisemblablement la fourniture efficace, économique et

³⁵ Selon le site Internet Canoë Argent situé à l'adresse Internet suivante : <http://argent.canoec.ca/>, Le salaire moyen atteint 856 \$ par semaine au Québec, 28 août 2014

³⁶ Selon le site Internet de l'Institut National de santé publique du Québec situé à l'adresse Internet suivante : www.inspq.qc.ca, Fluoration de l'eau – Analyse des bénéfices et des risques pour la santé – Avis scientifique, juin 2007

novatrice des services d'hygiène dentaire de façon à répondre aux besoins des consommatrices et des consommateurs. »³⁷

Le professionnel de l'hygiène dentaire exerce un travail d'une grande valeur pour la santé des québécois. L'utilisation optimale des hygiénistes dentaires dans divers milieux de travail susciterait des impacts cliniques et économiques positifs et significatifs au Québec. La section suivante aborde cet enjeu.

³⁷ *Idem note 29*

2^E PARTIE

5. ANALYSE COÛTS-AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS

5.1. Établissement du rapport coûts-avantages en santé buccodentaire

La stratégie mondiale de l'OMS est axée sur la prévention et le contrôle des facteurs de risque des maladies buccodentaires. Dans son *Rapport sur la santé buccodentaire dans le monde 2003*, l'OMS mentionne :

« Le traitement classique des maladies buccodentaires est extrêmement coûteux dans nombre de pays industrialisés et est inaccessible dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. La stratégie mondiale OMS de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles et l'approche fondée sur les facteurs communs de risque constituent une nouvelle façon d'aborder la prévention et le contrôle des maladies buccodentaires. »³⁸

La 2^e partie de l'étude a pour objectif de fournir un ordre de grandeur des avantages économiques et de santé qui découleront de l'utilisation optimale des compétences de l'hygiéniste dentaire en prévention dans divers milieux, dans une optique de services complémentaires et indépendants de la dentisterie.

Nous avons basé nos calculs des coûts-avantages en santé buccodentaire à partir de trois grands constats :

1. 1 \$ INVESTI EN PRÉVENTION PERMET D'ÉPARGNER ENVIRON 3 \$ EN TRAITEMENTS DENTAIRES PLUS COÛTEUX.

Le déploiement précoce des services préventifs permet le dépistage d'enfant à risque élevé de carie, ce qui réduit la nécessité des traitements futurs en restauration. En santé dentaire publique scolaire, le dépistage, l'identification et le scellement d'une dent à l'école par un hygiéniste dentaire coûte à l'État trois fois moins cher que la restauration en cabinet dentaire.

2. L'HYGIÉNISTE DENTAIRE A UN COÛT 3 FOIS MOINDRE QUE LE DENTISTE.

Au 1er avril 2014, la rémunération du dentiste de santé publique était de 100 586,35 \$ et celle de l'hygiéniste dentaire de 36 691,20 \$ à l'échelon 1 des échelles salariales publiques de chacune des deux professions. Cet écart s'accroît à mesure qu'on grimpe dans les échelons.

3. 1 \$ INVESTI EN SOINS BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS PERMET D'ÉPARGNER 2 \$ EN COÛT ULTÉRIEUR DE SANTÉ.

Les recherches mettent en évidence les interrelations entre l'état de santé dentaire et le développement de nombreuses maladies. Nous estimons que 1 \$ investi en

³⁸ OMS, *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde*, 2003, www.who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf

prévention buccodentaire et en éducation, notamment chez les personnes vulnérables et en perte d'autonomie, permet d'épargner 2 \$ en dépenses de soins de santé générale, en hospitalisation et en médicaments liées aux traitements des complications d'une mauvaise santé buccodentaire.

5.2. Offre de services des membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

Le 13 novembre 2014, l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** a présenté un mémoire à la Commission de la Santé et des Services sociaux sur le projet de loi 10 où il a formulé des recommandations sur l'organisation et la gouvernance du réseau en matière de soins buccodentaires préventifs³⁹. Voici ces recommandations :

- Que l'état reconnaisse l'hygiéniste dentaire comme intervenant de première ligne et lui accorde toute l'autonomie professionnelle qui lui est due, comme c'est le cas dans les autres provinces canadiennes;
- Qu'il soit reconnu que l'hygiéniste dentaire puisse intervenir dans son champ d'expertise, sans la nécessité d'un diagnostic préalable du dentiste, comme dans les autres provinces canadiennes;
- Que les programmes d'intervention préventive en CLSC et en milieu scolaire et préscolaire reviennent aux normes reconnues efficaces dans les années 1980 et que le programme de scellement de dents des enfants soit appliqué de façon uniforme dans toute la province et dans toutes les écoles;
- Que dans chaque CISSS, la direction des programmes de santé publique en soins buccodentaires préventifs et en hygiène dentaire relève de l'autorité d'un hygiéniste dentaire;
- Que cette direction soit responsable de la mise en œuvre et de la supervision des services d'hygiène dentaire dans les écoles et les CLSC, comme c'était le cas dans chaque DSC (département de santé communautaire) au cours des années 80;
- Que l'organisation du réseau des services de santé intègre les soins buccodentaires préventifs et les soins d'hygiène dentaire au sein des établissements d'hébergement;
- Que cette direction soit responsable de l'organisation et de la supervision des services d'hygiène dentaire dans les établissements d'hébergement et de soins du Québec.

³⁹ Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, *Mémoire sur le Projet de Loi N° 10*, 13 novembre 2014, <http://www.ohdq.com/docs/default-source/modernisation/mémoire-ohdq-projet-de-loi-no-10erratum.pdf?sfvrsn=0>

- Que des budgets protégés soient prévus afin d'assurer la dispensation des services d'éducation et de soins buccodentaires préventifs et d'hygiène dentaire dans les écoles, les CLSC et les ressources d'hébergement publiques;
- Que l'État instaure une règle de gestion de la répartition des effectifs dentaires par un programme similaire à celui qui s'applique aux médecins (Plans régionaux d'effectifs médicaux ou PREM) afin d'assurer une meilleure répartition des effectifs en médecine dentaire et de combler les pénuries dans les régions éloignées;
- Que les dentistes participent à un programme d'activités dentaires prioritaires comparable à celui des médecins généralistes (Activités médicales prioritaires ou AMP), afin d'assurer l'accès à un dentiste et la continuité des soins lorsqu'un patient lui est recommandé pour une condition dentaire par une hygiéniste dentaire, une infirmière ou un médecin.

Dans notre analyse des coûts-avantages des services buccodentaires préventifs complémentaires mais indépendants de la dentisterie, nous évaluons l'impact économique et social de l'offre de services des membres de l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** en vue d'accroître l'accessibilité des soins buccodentaires préventifs à l'ensemble de la population.

6. ANALYSE DES COÛTS-AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS EN SANTÉ PUBLIQUE

6.1. Petite enfance

Le *Plan d'action de santé dentaire publique* (PASDP) vise à « soutenir la mise en œuvre de services de prévention et de promotion favorables au maintien et à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants et de la population en général ». ⁴⁰

Pour les enfants de 0 à 4 ans, le PASDP prévoit des interventions éducatives multiples et bien identifiées : le counseling auprès des femmes enceintes concernant l'abandon du tabagisme, l'alimentation maternelle, l'allaitement des nourrissons, la consommation d'aliments sains et non cariogènes pour les enfants, les soins de la bouche dès la naissance, le brossage quotidien avec un dentifrice fluoré, l'utilisation optimale des fluorures, etc. Cependant, le temps consacré au programme éducatif à la petite enfance est quasi inexistant.

Rappelons que le Québec est la province canadienne détenant le plus haut pourcentage de caries dentaires infantiles. En effet, encore aujourd'hui, 42 % des enfants québécois présentent au moins une carie lorsqu'ils commencent la maternelle ⁴¹.

6.1.1. Coût d'hospitalisation des enfants québécois pour une chirurgie dentaire

En plus de causer de la douleur, de l'infection et une expérience négative, voire traumatisante, chez le jeune enfant, les problèmes de santé buccodentaire en bas âge engendrent des coûts importants. Une étude canadienne ⁴² révèle que, chaque année, près du tiers des chirurgies d'un jour pratiquées sous anesthésie générale en milieu hospitalier sont requises pour traiter des caries et d'autres détériorations graves de la dentition chez les enfants d'âge préscolaire.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révèle qu'à chaque année, environ 19 000 enfants subissent une chirurgie dentaire. Cette statistique ne tient pas compte des enfants du Québec (*données inaccessibles*).

⁴⁰ *Idem note 8*

⁴¹ *Idem note 8*

⁴² Institut canadien d'information sur la santé, *Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire : coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale*, 2013, <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC2386&lang=fr>

Selon un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « *chaque traitement dentaire prodigué à un enfant sous anesthésie générale en milieu hospitalier entraîne des dépenses allant de 1 500 \$ à 4 300 \$* »⁴³.

Si l'on se fie à la moyenne canadienne des enfants opérés pour une chirurgie dentaire – avec un ratio de 23,1 % de la population canadienne pour le Québec – on estime qu'à chaque année environ 5 700 enfants québécois subissent une chirurgie dentaire sous anesthésie générale en milieu hospitalier. Avec un coût médian de 2 900 \$, et considérant le taux plus élevé de caries chez les enfants du Québec, c'est plus de 16,5 M\$ par an qu'il en coûte à la RAMQ pour opérer ces enfants.

Ce montant de 16,5 M\$ ne tient pas compte des chirurgies dentaires sous anesthésie générale défrayées par la RAMQ en cliniques privées spécialisées parce que le temps d'attente est trop long dans le réseau public (1 – 2 ans vs 1 – 3 mois). Aussi, le parent qui consulte au privé pour son enfant doit déboursier une somme additionnelle d'environ 250 \$ à 300 \$ pour ce service sous anesthésie générale.

Le montant demandé en surplus de ce qui est couvert par la RAMQ est très souvent un obstacle à l'accès aux soins pour ces familles. Rappelons un déterminant de la santé que nous avons abordé au chapitre précédent : le taux de caries des enfants des familles aux revenus les plus faibles est deux fois et demie plus élevé que celui des familles aux revenus plus élevés⁴⁴.

6.1.2. Évaluation des ressources requises à l'application du PASDP à la petite enfance

Selon notre estimation, 33 hygiénistes dentaires – 1,5 poste temps plein par CISSS et CIUSSS – permettraient d'appliquer le programme du PASDP à l'échelle du Québec à un coût annuel de 1,45 M\$ pour l'État, calcul basé sur le salaire annuel médian d'un hygiéniste dentaire (échelon 6 dans le réseau de la santé).

Ces nouveaux hygiénistes dentaires, dédiés exclusivement à l'éducation et à la prévention en petite enfance, interviendraient auprès des parents et de leur(s) enfant(s) – tel que le prévoit le PASDP – et pourraient ainsi intercepter une multitude de cas avant qu'ils ne s'aggravent.

Il est permis de croire que la moitié des cas d'hospitalisations pour chirurgie dentaire pourrait ainsi être évitée, soit une économie de 8,25 M\$ annuellement pour l'État. Il s'agit là d'une estimation très conservatrice.

Sur la période 2016-2025, pour un investissement de 14,5 M\$ en ressources hygiénistes dentaires, c'est plus de 82,5 M\$ qui seraient épargnés par l'État québécois en frais de

⁴³ Institut national de santé publique du Québec, *Fluoruration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé*, Avis scientifique, Juin 2007, <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/638-FluorurationEau.pdf>

⁴⁴ Selon M^{me} Anne Rowan-Legg et le site Internet de la Société canadienne de pédiatrie à l'adresse Internet suivante : www.cps.ca, *Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action*, 11 janvier 2013.

chirurgie dentaire sous anesthésie générale chez les très jeunes enfants, en plus de générer des effets positifs sur l'évolution de la santé générale et buccodentaire de l'enfance jusqu'à l'âge adulte.

Cette mesure permettrait d'aider les segments de la population qui sont le plus vulnérables. Le rapport *Coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale*⁴⁵ révèle que les taux de chirurgie étaient près de quatre fois plus élevés chez les enfants des quartiers les moins aisés comparativement à ceux des quartiers les plus aisés et trois fois plus élevés chez les enfants des quartiers ruraux comparativement à ceux des quartiers urbains.

Tout en évitant les coûts substantiels associés aux hospitalisations des enfants, l'État québécois a l'occasion de soulager la souffrance chez ces petits et leur donner dès la naissance l'accès à l'égalité des chances en santé.

6.2. Enfants d'âge scolaire

6.2.1. Performance du programme de santé dentaire à l'école

Voici quelques données pertinentes à notre analyse du bilan provincial 2013-2014 du PASDP 2005-2015 en milieu scolaire :

Tableau 7 : Activités au niveau de la maternelle⁴⁶

	Objectif visé	Résultat
Environ 79 827 enfants (90 %) de la maternelle sur une population d'enfants de 5 ans estimée à 88 697 en 2013 ⁴⁷ ont bénéficié d'un premier dépistage	100 %	90 %
36 887 enfants identifiés à risque élevé de carie (incidence de risque à la carie de 46,2 %*) ont bénéficiés d'une première application de fluorure**	90 %	90 %
25 370 enfants ont bénéficié d'une seconde application de fluorure	90 %	68 %
236 enfants ont bénéficié d'une troisième application de fluorure	90 %	0,6 %
Aucun de ces enfants n'a bénéficié de plus de trois applications de fluorure	90 %	0 %

*46,2 % des enfants qui ont bénéficié d'un premier dépistage ont été considéré à risque élevé de caries.

**Le programme prévoit que les enfants de la maternelle à risque élevé de carie bénéficient de 2 applications de fluorure par année scolaire, de la maternelle à la 2^e année du primaire, pour un total de 6 applications de fluorure.

⁴⁵ Institut canadien d'information sur la santé, Rapport sur le *Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire : coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale*, 2013, https://secure.cihi.ca/free_products/Dental_Caries_Report_fr_web.pdf

⁴⁶ MSSS, JSDPQ 2015 : *Révision du Programme national de santé publique (PNSP) et du Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP)*. www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-dentaire/jsdpq/documents/Archives_2015/Bernard_Laporte_elise_Bertrand.pdf

⁴⁷ Institut de la statistique du Québec, *Bilan démographique*, Édition 2013, <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf>

Tableau 8 : Activités au niveau de la 2^e année primaire⁴⁸

	Objectif visé	Résultat
Environ 23 035 enfants (28 %) de la 2 ^e année du primaire sur une population d'enfants de 7 ans estimée à 82 270 ⁴⁹ ont été vus pour un second dépistage.	100 %	28 %
14 447 enfants identifiés à risque élevé de carie (incidence de risque à la carie de 62,7 %*) ont bénéficié de scellement**.	90 %	28 %

* Prévalence moyenne de 62,7 % en besoin d'agents de scellement chez les enfants de la 2^e année du primaire au Québec.

** Il est convenu que la moitié des enfants devraient avoir besoin d'agents de scellement (Coûts normés, ministère de la Santé et des Services sociaux⁵⁰).

Notre analyse des données des tableaux 7 et 8 met en évidence ce qui suit :

- À l'exception du programme de dépistage des enfants de la maternelle, les autres activités en milieu scolaire n'atteignent pas les objectifs fixés par le programme national de santé publique;
- Le suivi préventif individuel (SPI) des enfants de la maternelle vulnérables à la carie prévoit 2 applications de fluorure par année, de la maternelle à la 2^e année du primaire, pour un total de 6 applications de fluorure. Après la première application de fluorure, le SPI s'essouffle et il est pratiquement abandonné après la seconde application de fluorure;
- À l'échelle du Québec, le programme de dépistage et de pose d'agents de scellement chez les enfants de la 2^e année du primaire n'est que partiellement rencontré (un peu moins d'un enfant sur trois).

Insuffisance des ressources en hygiène dentaire

Malgré sa très grande pertinence, le programme de santé dentaire en milieu scolaire souffre d'une insuffisance critique de ressources en hygiène dentaire, ce qui nuit à l'amélioration de la santé buccodentaire des enfants. Le territoire de Montréal est un exemple déplorable de pauvre performance du programme causé par un déficit important de ressources :

⁴⁸ *Idem note 46*

⁴⁹ *Idem note 47*

⁵⁰ *Idem note 26*

Territoire de Montréal⁵¹

- Sur le territoire de Montréal, seulement 7,3 % des enfants de la 2^e année du primaire, soit 1 215 enfants sur un total de 16 547, ont bénéficié du second dépistage au cours de l'année 2013-2014. C'est à ce second dépistage que l'hygiéniste dentaire évalue le niveau de risque à la carie de chaque enfant en vue d'appliquer des agents de scellement sur les molaires à risque élevé. C'est aussi à ce moment que l'enfant est référé en cabinet dentaire s'il présente des signes apparents de carie.
- Parmi ces 1 215 enfants dépistés sur le territoire de Montréal, 771 (63,5 %) ont été identifiés comme ayant besoin d'agents de scellement. De ce nombre, 143 n'en n'ont même pas reçu.
- Si on applique ce même ratio aux 15 332 enfants de 7-8 ans du territoire de Montréal qui n'ont pas bénéficié d'un second dépistage et qu'on y additionne les 143 enfants à qui on n'a pas appliqué d'agents de scellement alors qu'ils étaient requis, c'est 9 878 enfants à risque de carie qui auraient pu bénéficier des scellements sur leur dentition permanente et ne les ont pas reçus.

La région de Montréal est parmi les plus démunies en ressources hygiénistes dentaires de santé publique. Les effectifs actuels sont à 67,8 % du plan du programme de santé dentaire publique qui prévalait en 1995.

De plus, l'augmentation de familles pauvres (31 %) et immigrantes (30,7 %) et le travail d'intégration des parents dans la démarche de suivi des services offerts aux enfants (consentement, communication et suivis) font que les services préventifs à l'enfance sur le territoire des CSSS de Montréal, spécialement au regard de l'application d'agents de scellement, n'ont pratiquement pas été rendus.

Il y a un coût économique et de santé à ne pas appliquer ce programme dans son intégralité et de façon uniforme. Pourtant, les avantages seraient significatifs pour l'État, la société et les enfants si les investissements étaient consentis en prévention.

6.2.2. Avantages potentiels du programme de scellement à l'école

En 2013-2014, dans l'ensemble du Québec, le second dépistage dentaire pour les enfants de la 2^e année du primaire a été effectué chez environ 23 035 enfants (28 %) sur une population globale de 82 270⁵². Quelques 14 447 enfants à risque élevé de carie ont bénéficié de la pose d'agents de scellement sur leur dentition permanente. Cependant, 59 235 enfants (72 %) du primaire n'ont pas bénéficiés de ce second

⁵¹ *Idem note 26*

⁵² *Idem note 47*

dépistage. Suivant la visée ministérielle, la moitié des enfants auraient besoin d'agents de scellement⁵³ (malgré une prévalence provinciale moyenne de 62,7 % en besoin de scellements en 2013-2014). Des agents de scellement auraient donc dû être posés sur la dentition permanente de 29 617 enfants.

Une étude d'E. Bertrand et al (2011)⁵⁴ décortique les coûts de l'activité de dépistage et de pose d'agents de scellement à l'école en comparaison du coût de restauration d'une dent en cabinet dentaire. Nous avons utilisé les données les plus pertinentes pour estimer les coûts/avantages en 2015 de ces activités de santé dentaire publique. Voici ces données :

- 3,14 molaires permanentes sur 4 sont scellées à l'école en moyenne par enfant;
- le scellement d'une molaire coûte environ 42,48 \$ à l'État, lorsque réalisé en milieu scolaire;
- la restauration d'une molaire chez les 0-9 ans coûte 92,48 \$ par la RAMQ (coût de l'examen inclus);
- la restauration d'une molaire chez les 10 ans et plus (non couvert pas RAMQ) coûte en moyenne 152,93 \$ aux parents (coût de l'examen inclus).

Quelques 29 617 enfants auraient dû recevoir des agents de scellement en 2013-2014 et ne les ont pas reçus. À un taux moyen de 3,14 molaires scellées par enfant, c'est 92 997 dents permanentes de plus qui auraient dû être scellées au primaire chez ces enfants.

Les ressources hygiénistes dentaires ont été nettement insuffisantes pour appliquer le programme intégralement au niveau des enfants de la 2^e année du primaire.

Considérant le coût de scellement de 42,48 \$ par dent en milieu scolaire, il aurait fallu que l'État investisse 3,95 M\$ au cours de l'année scolaire 2013-2014 pour réaliser spécifiquement cette activité de santé publique dans son intégralité et uniformément au Québec.

Cet investissement aurait eu le potentiel de faire épargner à l'État 8,6 M\$ en frais de restauration pour les enfants de neuf ans et moins, et potentiellement 14,22 M\$ aux parents chez les 10 ans et plus.

⁵³ *Idem note 26*

⁵⁴ Journal of Public Health Dentistry, E. Bertrand et al, *Cost-effectiveness simulation of a universal publicly funded sealants application program*, 71 (2011) 38–45 © 2010 American Association of Public Health Dentistry, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880047>

Agir en préscolaire

Jusqu'à présent, nous avons estimé les importants avantages pour l'État et la société québécoise de miser sur la prévention de la carie chez les enfants de 6-7 ans, âge d'apparition des premières molaires permanentes.

Chez les enfants de la 2^e année du primaire qui ont reçu des agents de scellement (14 447) en 2013-2014, 1 molaire sur 4 n'a pas été scellée. Il est probable que ces molaires présentaient déjà des signes de carie ou étaient déjà restaurées. À elles seules, nous estimons qu'elles auraient entraîné pour l'État des coûts de 1 148 971 \$ en restauration (92,48 \$ par dent chez les 0-9 ans à la RAMQ).

En agissant en prévention de la carie chez les très jeunes enfants, ce sont autant de dents permanentes – et même des dents de la dentition primaire – qui n'auront pas besoin d'être restaurées.

Pour éviter ces frais prévisibles et des caries potentiellement souffrantes chez les jeunes enfants, l'État doit investir en éducation et en prévention à la petite enfance, comme recommandé plus tôt dans le présent chapitre. L'investissement requis de 1,45 M\$ par année permettrait de dispenser les activités du *Plan d'action de santé dentaire publique 2005 2015* à la petite enfance abandonnées ces dernières années. Cet investissement serait amplement compensé par les économies réalisées en frais de restauration évités.

Il y a une prévalence importante du risque de carie chez les 0-4 ans au Québec (19,5 % à l'échelle provinciale; 26,5 % pour la région de Montréal et de la Gaspésie⁵⁵). Une politique claire en santé dentaire infantile et une utilisation judicieuse des ressources en hygiène dentaire doivent être envisagées rapidement en santé dentaire publique.

6.2.3. Pour une saine gouvernance : le bon professionnel au meilleur coût

Comme mentionné dans la première partie de l'étude, dans plusieurs régions du Québec, des dentistes de santé dentaire publique se déplacent dans les écoles pour faire le travail d'identification des dents saines à sceller. Pourtant, c'est une activité conforme à l'expertise de l'hygiéniste dentaire et qui lui est spécifiquement confiée par les autorités de santé dentaire publique.

Dans certaines régions – notamment celle de Montréal – cette pratique nuit à l'application des activités du programme de santé dentaire publique par l'hygiéniste dentaire. En effet, on estime que ces dentistes de santé dentaire publique consacrent près de 50 % de leur temps à examiner les dents des enfants du primaire. Ce temps est loin d'être négligeable en équivalence « jours scolaires ». Il peut s'agir de 90 jours scolaires où, par territoire, une ressource en hygiène dentaire est consacrée à l'accompagnement du dentiste et non aux activités du programme de santé dentaire publique. En moyenne, là où la pratique a cours, on estime que 10 jours de travail de l'hygiéniste dentaire sont consacrés annuellement à l'accompagnement du dentiste.

⁵⁵ *Idem note 46*

Tâches effectuées par l'hygiéniste dentaire scolaire auprès du dentiste

- organiser avec le milieu scolaire la journée du dentiste;
- préparer le cahier de rendez-vous;
- transporter le matériel;
- préparer les informations nominatives des enfants, prescriptions et autres;
- préparer l'aire de travail;
- assister le dentiste à la chaise;
- fermer l'aire de travail;
- expédier à l'hôpital du territoire les instruments à stériliser.

Le dépistage et l'identification des dents saines à sceller par le dentiste est une substitution du rôle confié spécifiquement à l'hygiéniste dentaire par le *Code des professions*⁵⁶. Il en va de même pour la vérification subséquente de la qualité des scellements posés. Cette duplication de gestes est coûteuse et n'ajoute rien à la qualité du processus de pose d'agents de scellement par les hygiénistes dentaires scolaires.

À un coût 3 fois supérieur à celui d'un hygiéniste dentaire pour une tâche de son champ d'expertise, les dentistes en santé publique coûtent très cher au trésor québécois. Nous estimons qu'éliminer cette substitution d'activités professionnelles par le dentiste ferait économiser 1 M\$ annuellement à l'État et permettrait à chaque hygiéniste dentaire de consacrer 10 journées de plus aux activités du programme de santé publique. Cela permettrait d'offrir annuellement à environ 7 500 enfants additionnels des traitements de scellement non disponibles actuellement en santé dentaire publique, avec des épargnes substantielles en restaurations évitées.

Lorsque le dentiste tient le rôle de l'hygiéniste dentaire et que l'hygiéniste dentaire tient le rôle d'un assistant, il ne s'agit pas du meilleur exemple d'utilisation optimale, judicieuse et économique des ressources.

Une redéfinition de la place du dentiste et la gouvernance des soins buccodentaires préventifs doivent être envisagées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'Ordre a pris position publiquement sur la pose d'agents de scellement en santé dentaire publique (voir en annexe 1 – Énoncé de position : agents de scellement) et a soumis au ministre de la Santé et des Services sociaux des recommandations en matière de gouvernance des soins buccodentaires au Québec dans le cadre de la Commission sur le projet de loi 10⁵⁷.

⁵⁶ Publications du Québec, *Code des professions*, 2015, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284

⁵⁷ *Idem note 39*

6.2.4. Application du programme de scellement à la 2^e année du secondaire

L'efficacité des scellements est confirmée par de nombreuses publications scientifiques et le programme de pose d'agents de scellement est jugé prioritaire⁵⁸ par les autorités de santé dentaire publique puisqu'il vise les enfants, notamment les plus vulnérables d'entre eux.

C'est à l'âge moyen de 12 ans qu'apparaissent les deuxièmes molaires permanentes chez les enfants. Rappelons un commentaire formulé dans la 1^{re} partie de l'étude : « *Le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2015 prévoyait que les enfants de la 2^e année du secondaire – âge d'apparition des deuxièmes molaires permanentes – seraient inclus dans le programme de scellement. Cela n'a jamais eu lieu à l'échelle du Québec.* »

Pourtant, pour l'année 2013-2014, les autorités de santé dentaire publique estimaient que 88 % des élèves de la 2^e année du secondaire étaient susceptibles de requérir l'application d'agents de scellement⁵⁹. Ce pourcentage est encore plus alarmant que pour les enfants du groupe des 0-9 ans.

Sur une population provinciale de 79 858 enfants⁶⁰ de 13 ans, 1 322 d'entre eux ont reçu des scellements sur leurs deuxièmes molaires permanentes en 2013-2014. C'est donc 69 111 enfants qui n'ont pas bénéficié de scellements et qui requerront à l'avenir des réparations coûteuses en cabinet dentaire. Il en aurait coûté 9,2 M\$ pour que les hygiénistes dentaires réalisent les scellements préventifs pour ces enfants en 2013-2014. Cet investissement aurait eu le potentiel de faire épargner 33,2 M\$ en frais de restauration aux parents de ces enfants.

Dans le développement harmonieux de la dentition permanente du préadolescent, une bonne santé dentaire est primordiale. L'application d'une mesure préventive reconnue efficace, telle la pose de scellements, assure une santé buccodentaire optimale à l'âge adulte. L'État doit se donner les moyens de garder sa population en bonne santé et satisfaire les besoins de la population d'enfants déjà ciblée par le *Plan d'action de santé dentaire publique*.

La carie dentaire touche 42 % des enfants de la maternelle, 56 % des élèves de la 2^e année du primaire, 59 % des élèves de la 6^e année du primaire et 73 % des enfants de la 2^e année du secondaire.

6.3. Personnes en perte d'autonomie en CHSLD

En CHSLD, la condition de santé buccodentaire des résidents est préoccupante et l'hygiène dentaire quotidienne fait rarement partie des plans de soins.

⁵⁸ *Idem note 8*

⁵⁹ *Idem note 55*

⁶⁰ *Idem note 47*

Dans certains cas, l'état de santé de la personne est très fragile. Le nettoyage de la cavité buccale à l'aide d'une lingette et des soins de confort comme l'humidification de la cavité buccale par de la salive artificielle sont souvent les soins les plus utiles à prodiguer en fin de vie. Par contre, chez la majorité des patients, les soins de l'hygiéniste dentaire seraient bénéfiques à leur santé et à leur bien-être en améliorant sensiblement la capacité à mastiquer des aliments solides.

En maintenant optimale la santé buccodentaire de ces patients, l'hygiéniste dentaire peut contribuer à une réduction sensible des coûts de santé reliés aux douleurs d'origine dentaire, aux infections consécutives à une mauvaise hygiène dentaire et à la consommation de médicaments qu'elles requièrent. Rappelons que la douleur d'origine buccodentaire peut contribuer à l'agitation – et même conduire au délirium* – chez la personne âgée atteinte de démence en raison de son incapacité à communiquer sa détresse.⁶¹ *(Notre ajout)

6.3.1. Modèle de soins à privilégier en CHSLD

L'Ordre propose un modèle de soins dans lequel l'hygiéniste dentaire de CHSLD agit comme professionnel consultant et soignant auprès des résidents, assume un rôle de soutien et d'éducateur auprès du personnel auxiliaire et établit des partenariats avec les professionnels dentaires externes. Ce modèle est présenté en annexe 2 (Modèle de soins d'hygiène dentaire en CHSLD).

Selon ce modèle, l'hygiéniste dentaire effectue un examen de dépistage buccodentaire à l'admission de tout nouvel usager. De son observation découle l'une ou l'autre des actions suivantes :

1. Le nouvel usager ne présente pas de problème particulier et est confié à l'infirmière auxiliaire pour les soins quotidiens d'hygiène dentaire;
2. L'usager présente un problème buccodentaire particulier et – selon la nature du problème – il est soit pris en charge par l'hygiéniste dentaire pour des soins spécialisés d'hygiène dentaire, soit orienté vers le professionnel dentaire approprié, dentiste ou denturologiste. Pour ce faire, l'hygiéniste dentaire de CHSLD assure la liaison entre le partenaire privé et le résident ou sa famille, afin que soient fournis les soins requis par sa condition buccodentaire. Le service au patient est rendu dans le CHSLD par le professionnel – dentiste, denturologiste – qui se déplace avec son équipement mobile.

Afin d'étendre ce modèle de pratique à l'échelle du Québec, nous estimons que 250 hygiénistes dentaires seraient requis (1 hygiéniste dentaire par 300 usagers, en supposant qu'un usager peut requérir un minimum de 2 rendez-vous par année en soins buccodentaires préventifs spécialisés).

⁶¹ *Idem note 7*

6.3.2. Coûts-avantages de ce modèle de soins en CHSLD

Il faut s'attendre à ce que le travail de ces 250 nouveaux hygiénistes dentaires réduise le recours des personnes âgées ou en perte d'autonomie à des soins dentaires plus coûteux et à des hospitalisations et des visites à l'urgence. Il est permis de croire que cela réduirait de 1 % le nombre annuel d'hospitalisations de courte durée pour cette population (épargne annuelle de 23 405 000 \$). L'ajout de 250 hygiénistes dentaires en CHSLD coûterait 11,05 M\$ (salaire médian, échelon 6 en 2015 : 44 220 \$) et permettrait d'épargner 23,4 M\$ en soins devenus inutiles. Le ratio de rendement serait de 2,13. Cela n'inclut même pas les économies liées à la réduction de consommation de médicaments pour des conditions dentaires douloureuses ou infectieuses.

Présentement, l'hygiéniste dentaire qui offre des services en dehors de l'autorité d'un dentiste voit son champ de pratique limité aux seuls actes de brossage des dents et de détartrage des prothèses dentaires.

Au lieu d'hygiénistes dentaires, dans certains CHSLD, ce sont des dentistes qui dispensent les services d'hygiène dentaire, domaine d'expertise de l'hygiéniste dentaire. Cette pratique ne constitue pas la meilleure utilisation des ressources professionnelles. L'État ferait un meilleur choix en recourant aux hygiénistes dentaires.

6.4. Bilan coûts-avantages d'analyse du programme de santé dentaire publique

Pour que s'améliore la santé buccodentaire de la population québécoise, le *Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP)* doit être appliqué intégralement et uniformément si on veut maintenir et améliorer la santé buccodentaire des enfants et de la population en général. L'approche doit être cohérente et concertée afin d'agir avant que surviennent les problèmes de santé buccodentaire.⁶²

L'État doit faire de la santé buccodentaire des très jeunes enfants une priorité, en agissant dès le départ chez les femmes enceintes jusqu'à l'arrivée des enfants à la maternelle, car il y a un coût important de santé à ne pas agir précocement sur les problèmes buccodentaires chez les enfants.

Également, le volet de la santé buccodentaire des aînés doit faire partie intégrante du PASDP. En CHSLD, la population rendue vulnérable par la maladie ne doit pas souffrir d'une condition buccodentaire négligée à cette étape de fin de vie. Une condition de santé dentaire précaire et une pauvre hygiène dentaire chez ces personnes peuvent entraîner rapidement des infections douloureuses pour la personne et coûteuses pour l'État, et qui peuvent être prévenues. L'État doit consentir plus d'efforts vis-à-vis cette population vulnérable.

⁶² *Idem note 8*

Les avantages économiques engendrés par l'utilisation judicieuse des hygiénistes dentaires seraient substantiels, prenant diverses formes et engendrant un bon retour sur l'investissement pour l'État. La prestation intégrale et uniforme du programme en milieu scolaire et l'intégration des soins buccodentaires préventifs dans les milieux d'hébergement permettront à coup sûr des économies majeures à l'État et à la société par la réduction du coût des interventions curatives multiples engendrées par l'absence de services préventifs, notamment pour les populations les plus vulnérables.

6.5. Personnes à domicile et en centre d'hébergement intermédiaire

Une des orientations du cadre général de l'OMS en matière de santé buccodentaire porte sur le développement de systèmes de santé buccodentaire qui répondent aux besoins légitimes de la population et qui soient financièrement accessibles.⁶³

La mobilité des hygiénistes dentaires est un avantage majeur pour rejoindre les clientèles handicapées ou à mobilité réduite à domicile, en résidence de personnes âgées, tant en milieu rural qu'urbain. De nouveaux modèles de prestation de soins d'hygiène dentaire plus abordables et plus accessibles ont vu le jour dans la dernière décennie partout au Canada. Ces modèles seraient à coût nul pour l'État. Le prochain chapitre aborde le sujet de la mobilité d'un hygiéniste dentaire indépendant.

⁶³ *Idem note 38*

7. COÛTS ET AVANTAGES DES SERVICES BUCCODENTAIRES PRÉVENTIFS INDÉPENDANTS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

7.1. Hygiéniste dentaire indépendant : un modèle prometteur

Ce dernier chapitre évalue l'avantage d'instaurer dans le secteur privé une offre de services en soins buccodentaires préventifs qui soit « *concurrente, ouverte et efficace* », comme préconisée par le Bureau de la concurrence du Canada.

Rappelons la statistique suivante : L'Enquête du *Commonwealth Fund* de 2013 révèle que 57 % des Québécois ont consulté un cabinet dentaire au cours des 12 mois précédant l'enquête⁶⁴; 43 % ne l'ont pas fait par choix ou par contrainte financière. Or, nous avons vu dans la première partie de l'étude que le prix élevé des services buccodentaires et la capacité de payer des citoyens sont les déterminants les plus importants au recours de services buccodentaires dans le privé. De plus, les travailleurs à faible revenu sont vulnérables, car les emplois qu'ils détiennent sont rarement assortis d'une assurance dentaire.

Presque partout au Canada de nouveaux modèles de prestation de soins d'hygiène dentaire ont vu le jour dans la dernière décennie. Ces nouveaux modèles ont permis de rendre les soins buccodentaires plus abordables et plus accessibles à l'ensemble des citoyens.

L'hygiéniste dentaire est le professionnel qui dispense les services buccodentaires préventifs comme le nettoyage des dents en enlevant le tartre, les débris, la plaque dentaire et le film microbien sur l'ensemble de la surface de la dent. Dans le cadre de sa pratique courante, l'hygiéniste dentaire applique sur les dents du fluor, des scellements, des produits désensibilisants et, il éduque à de bonnes habitudes d'hygiène dentaire.

Présentement, au Québec, pour une personne qui ne détient pas d'assurance dentaire privée, nous estimons à 130 \$ l'heure le coût moyen payé par le citoyen pour les services rendus par l'hygiéniste dentaire dans un cabinet privé. Selon la grille des tarifs proposée par la Fédération des hygiénistes dentaires du Québec⁶⁵, le public économiserait 33 % du coût pour ces mêmes services en consultant un hygiéniste dentaire indépendant, comparativement aux services rendus par un hygiéniste dentaire en cabinet de dentiste. Pour un même service, il en coûterait 87 \$ au lieu de 130 \$.

Personnes détentrices d'une assurance dentaire privée

L'avantage économique serait encore plus important pour les citoyens qui détiennent une assurance dentaire privée, car l'enlèvement du tartre, des débris, de la plaque

⁶⁴ *Idem note 6*

⁶⁵ Voir le site Internet de la Fédération des hygiénistes dentaires du Québec, situé à l'adresse suivante : <http://www.fhdq.org/>

dentaire et du film microbien, pour une personne qui n'a jamais eu ces soins d'hygiène dentaire, peuvent coûter entre 900 \$ et 1500 \$ en cabinet dentaire selon le guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec⁶⁶.

Règle générale, ces soins initiaux en hygiène dentaire génèrent de 2 à 4 rendez-vous d'une heure avec l'hygiéniste dentaire. Compte tenu de la tarification sur une base horaire proposée par la Fédération des hygiénistes dentaires du Québec, il en coûterait entre 200 \$ et 400 \$ pour ce même service par un hygiéniste dentaire indépendant. Il s'agit là d'une économie de plus de 70 % du tarif en cabinet dentaire pour le client assuré.

Rappelons que le coût des primes d'assurances n'est pas à la portée de tous les Québécois. Seulement 39 % des Québécois de 45 ans et plus ont déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires contre 61 % des personnes du même âge dans le reste du Canada⁶⁷.

Avec l'arrivée sur le marché d'hygiénistes dentaires indépendants, on peut penser que bon nombre de citoyens se prévaudront de leurs services, moins dispendieux qu'en cabinet dentaire. La réduction des coûts pour les citoyens qui obtiennent les services préventifs par un hygiéniste dentaire indépendant pourrait se traduire par une réduction des primes d'assurance, lesquelles deviendraient accessibles à un plus grand nombre de citoyens. Les compagnies d'assurances seraient les premières intéressées par cette augmentation de leur clientèle.

C'est à partir de l'ensemble de ces données que notre analyse prend forme. On assume que le patient aurait le choix de consulter un hygiéniste dentaire indépendant ou un hygiéniste dentaire en cabinet dentaire privé.

7.2. Perspective d'avenir

Compte tenu de sa démographie, le Québec pourrait voir évoluer 25 nouveaux hygiénistes dentaires indépendants à chaque année, pour un total de 250 sur une période de 10 ans. Ces hygiénistes dentaires opéreraient comme des agents indépendants – au même titre que les dentistes et les denturologistes – et seraient à coût nul pour l'État.

On estime qu'un hygiéniste dentaire indépendant pourrait offrir en moyenne 1 500 heures de soins par année et prendre en charge environ 500 clients. Avec un écart de 43 \$ l'heure par rapport au prix demandé en cabinet dentaire, un hygiéniste dentaire indépendant fera économiser annuellement 64 500 \$ à l'ensemble de sa clientèle, une moyenne annuelle de 130 \$ par client. 25 hygiénistes dentaires

⁶⁶ Voir le site Internet de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, situé à l'adresse suivante : <http://www.acdq.qc.ca/>

⁶⁷ *Idem* note 3

indépendants seraient en mesure de prendre en charge 12 500 clients. C'est une économie globale de 1,6 M\$ annuellement pour les citoyens qui décideraient d'obtenir des soins buccodentaires préventifs auprès de ces hygiénistes dentaires indépendants.

Il est fort probable que cette baisse de prix de 33 % soit un incitatif significatif pour la population qui ne fréquente pas le cabinet dentaire (43 % de la population québécoise, soit 3 532 450 citoyens).

Au terme d'une période de 10 ans, c'est 125 000 citoyens qui bénéficieront de ces soins. L'avantage économique direct du travail d'hygiénistes dentaires indépendants serait de 16,1 M\$ annuellement. Sur la période 2016-2025 – toujours en tenant compte d'un écart constant de 43 \$ l'heure par rapport aux prix demandés en cabinet dentaire – c'est plus de 88,78 M\$ qui auront été épargnés en frais de service buccodentaires préventifs par ces 125 000 citoyens. Sur une période de dix ans, à un ratio 1/ 3,5, c'est-à-dire 1 \$ investi en prévention permet d'éviter environ 3,50 \$ en frais de traitements dentaires curatifs plus coûteux, c'est 254 M\$ que ces 125 000 citoyens n'auront pas à dépenser en soins dentaires plus coûteux à l'avenir. Cette estimation ne prend pas en considération les coûts de santé épargnés par le gouvernement découlant d'une mauvaise santé buccodentaire, tel que démontré au chapitre précédent.

Tableau 9 : Évolution des avantages d'hygiénistes dentaires indépendants

	Addition d'hygiénistes dentaires indépendants	Heures de soins	Nouveaux patients	Épargne générée versus cabinet dentaire (\$)	Avantage économique généré en épargne de soins dentaires plus coûteux (\$)
2016	25	37 500	12 500	1 612 500	-
2017	25	37 500	12 500	3 225 000	5 643 750
2018	25	37 500	12 500	4 837 500	11 287 500
2019	25	37 500	12 500	6 450 000	16 931 250
2020	25	37 500	12 500	8 062 500	22 575 000
2021	25	37 500	12 500	9 675 000	28 218 750
2022	25	37 500	12 500	11 287 500	33 862 500
2023	25	37 500	12 500	12 900 000	39 506 250
2024	25	37 500	12 500	14 512 500	45 150 000
2025	25	37 500	12 500	16 125 000	50 793 750
TOTAL	250	375 000	125 000	88 787 500	253 968 750

Une meilleure accessibilité aux services buccodentaires préventifs et la réduction des coûts auraient également le mérite de permettre à une couche de la population

québécoise de se procurer davantage de soins de dentisterie ou d'autres soins de santé au privé. En 10 ans, cette mesure au privé rapporterait à la société entre 88,8 M\$ et 254 M\$ et ce, à coût nul pour le gouvernement. Ceci permettrait de desservir des segments de la population qui sont vulnérables et d'offrir des soins à des couches de populations qui sont présentement ignorées par l'offre actuelle de services buccodentaires. Ces services indépendants ouvriraient la voie à une meilleure culture d'hygiène dentaire dans la population. Le gouvernement ne peut ignorer ces avantages sociaux et financiers pour ses citoyens, et à coût nul pour l'État.

7.3. Aperçu global des coûts-avantages pour l'État et la société

Le tableau ci-dessous illustre les résultats globaux des avantages économiques qui découleraient de l'offre de services des hygiénistes dentaires indépendants.

Tableau 10 : Synthèse économique des coûts-avantages de l'offre de services en santé buccodentaire préventive

	Coût annuel de l'offre (\$)	Bénéfice annuel pour l'État (\$)	Bénéfice annuel pour la société (\$)	Coût sur 10 ans 2016-25 (\$)	Bénéfice sur 10 ans 2016-25 pour l'État (\$)	Bénéfice sur 10 ans 2016-25 pour la société (\$)	Bénéfice total sur 10 ans 2016-25 État et société (\$)
Petite enfance 0-4ans, ajout de 44 HD	1,45 M	8,25 M	S.O.	14,5 M	82,5 M Ratio : 5,69	S.O.	82,5 M Ratio: 5,69
Scellements 100% enfants de la 2e année du primaire	3,95 M	8,6 M	14,22 M	39,5 M	86 M Ratio: 2,18	142,2 M Ratio: 3,6	228,2 M Ratio: 5,8
Sous-total enfants 0 à 9 ans	5,4 M	16,85 M	14,22 M	54 M	168,5 M Ratio : 3,12	142,2 M Ratio : 2,64	310,7 M Ratio : 5,75
Personnes en CHSLD, ajout de 250 HD	11,05 M	23,4 M	S.O.	110,5 M	234 M Ratio: 2,1	S.O.	234 M Ratio: 2,1
Scellements 100% enfants de la 2e année du secondaire	9,2 M	S.O.	33,2 M	92 M	S.O.	332 M Ratio : 3,6	332 M Ratio : 3,6
Sous-total clientèles ciblées en santé publique	25,65 M	40,2 M	47,42 M	256,5 M	402,5 M Ratio : 1,57	474,2 M Ratio: 1,85	876,7 M Ratio: 3,42
Hygiénistes dentaires indépendants	0	S.O.	Entre 1,6 M et 16,1 M	0	S.O.	Entre 88,8 M et 254 M	Entre 88,8 M et 254 M
TOTAL	25,65 M	40,25 M	Entre 49 M et 63,5 M	256,5 M	402,5 M Ratio: 1,57	Entre 563 M et 728 M Ratio: 2,19 - 2,74	Entre 965,5 M et 1,1 G Ratio: 3,79 - 4,29

Ces résultats démontrent les avantages économiques découlant de l'utilisation optimale d'hygiénistes dentaires indépendants de première ligne dans divers milieux de la santé dentaire publique et en pratique privée, générant un bon retour sur l'investissement pour l'État.

1 \$ investi en hygiène dentaire pour les enfants de 0-9 ans et les personnes en perte d'autonomie donnerait les ratios de rendement suivants:

- Enfants de 0 à 9 ans : ratio de 3,12 pour l'État et de 2,64 pour la société.
Total ratio rendement = 5,75

- Personnes en perte d'autonomie en CHSLD : ratio de 2,1 pour l'État.

Sous-total du rendement pour ces deux clientèles : ratio de 2,45 pour l'État (coût annuel 16,45 M\$; avantage annuel 40,25 M\$); ratio de 0,86 pour la société (coût annuel 16,45 M\$; avantage annuel 14,22 M\$).

Total ratio de rendement = 3,31

- Si l'État décidait de satisfaire aux besoins de scellements sur les deuxièmes molaires des enfants de la 2^e année du secondaire : ratio de 0 pour l'État; ratio de 3,6 pour la société en frais épargnés en restaurations.

Total du rendement pour ces trois clientèles : ratio de 1,57 pour l'État; ratio de 1,85 pour la société.

Total ratio de rendement = 3,42

Au final, l'offre de services des hygiénistes dentaires, pour l'État et la société québécoise, pourrait engendrer des avantages économiques substantiels de 89,25 M\$ à 103,75 M\$ annuellement si le gouvernement consentait à investir annuellement 25,65 M\$ en santé dentaire publique. Après 10 ans, un investissement total de l'État de 256,5 M\$ pourrait générer de 965,5 M\$ à 1,1 G\$ d'économie pour le gouvernement et pour bon nombre de citoyens moins fortunés, soit un ratio de rendement sur investissement variant entre 3,76 et 4,29. Rappelons qu'une grande partie des avantages économiques pour la société serait à coût nul pour l'État en reconnaissant le rôle et la plus-value d'un hygiéniste dentaire indépendant.

CONCLUSION

L'*Ordre des hygiénistes dentaires du Québec* soumet que l'offre de services de ses membres dépasse largement en bénéfices économiques le coût de leur implantation comme professionnels sur le territoire québécois. Les avantages économiques et de santé des nouveaux modèles de pratique en hygiène dentaire seront substantiels pour l'État et la population québécoise. Au regard des avancées professionnelles survenues dans les autres provinces ces dix dernières années, un changement de paradigme s'impose dans la prestation des services buccodentaires au Québec.

Pour que les services de l'hygiéniste dentaire soient accessibles à tous les segments de la population ignorée par les cabinets dentaires, **le gouvernement doit agir sans tarder.** Deux actions sont primordiales :

1. Actualiser la pratique de l'hygiéniste dentaire de manière à ce qu'il puisse offrir tous les services de son champ d'exercice directement à la population de façon complémentaire bien qu'indépendante du dentiste, à l'instar des autres provinces canadiennes.
2. Investir en santé dentaire publique dans les ressources en hygiène dentaire, là où se trouvent les clientèles vulnérables, afin de réduire le fardeau pour l'État des restaurations et des soins médicaux fort coûteux qui découlent d'une mauvaise santé buccodentaire.

À la lumière de cette étude économique, il est grand temps d'intervenir, afin d'optimiser l'utilisation des ressources en hygiène dentaire, entraîner à court et à long terme des économies substantielles pour l'État et les citoyens et assurer les soins buccodentaires à des segments plus vulnérables et démunis de la population.

À partir de toutes ces considérations, une loi sur l'hygiène dentaire doit permettre la prestation indépendante des services buccodentaires préventifs comme dans les autres provinces canadiennes.

Politique de santé buccodentaire renouvelée

Afin de réduire les iniquités sociales et de santé (ISS) actuelles au Québec, il faut rendre accessibles les services buccodentaires préventifs, à des coûts raisonnables, aux citoyens plus démunis, aux usagers et à leurs familles. Pour y arriver, on se doit d'établir une culture de collaboration interprofessionnelle et développer des partenariats entre le secteur public et le secteur privé.

Par ailleurs, la notion d'agir sous la «**direction du dentiste**» (article 37K du *Code des professions*) doit être abolie, car elle entraîne une **duplication coûteuse** en gestes professionnels qui n'apportent aucune plus-value à la qualité du travail de l'hygiéniste dentaire.

L'examen buccodentaire de routine effectué en cabinet dentaire chez des enfants qui ne présentent pas de signes de caries ou d'histoires de carie ou d'autres problèmes buccodentaires est un doublon dispendieux de l'examen buccodentaire de dépistage déjà effectué chez les enfants du primaire par les hygiénistes dentaires scolaires.

L'ensemble de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs va dans le sens de l'efficacité, de l'efficience et de l'accès aux soins buccodentaires à toute la population.

« Le bon service doit être fourni au bon moment, à l'endroit souhaité, pour la durée requise, par le professionnel compétent, et au meilleur coût possible. »

Cette position, maintes fois affirmée par l'État et les divers groupes de travail, a guidé la modernisation de plusieurs professions du domaine de la santé et a permis au gouvernement de faire un choix judicieux dans l'allocation de ses ressources.

Enfin, pour que s'améliore la santé buccodentaire des Québécois et les conditions d'accès aux soins, l'**Ordre des hygiénistes dentaires du Québec** est un interlocuteur essentiel auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit être une partie prenante dans l'établissement d'une politique de santé buccodentaire au Québec.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Ordre des hygiénistes dentaires du Québec: *Application d'agents de scellement en santé publique*, Énoncé de position, Novembre 2014
- Annexe 2 : Modèle de soins d'hygiène dentaire en CHSLD

ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DU QUÉBEC

APPLICATION D'AGENTS DE SCHELLEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

ÉNONCÉ DE POSITION

Novembre 2014

L'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (ci-après appelé : l'« Ordre ») désire, par le présent « *Énoncé de position* », faire connaître à ses membres son point de vue concernant l'application par l'hygiéniste dentaire d'agents de scellement en santé publique.

L'Ordre est d'avis qu'en santé publique, le dépistage et l'application d'agents de scellement des puits et des fissures constituent des activités professionnelles que l'hygiéniste dentaire peut poser en toute autonomie, sous réserve de ce qui suit.

L'article 37 k) du *Code des professions*¹ précise les activités professionnelles que l'hygiéniste dentaire peut exercer en outre des dix actes énumérés au *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*². Il se lit comme suit :

« 37. k) l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec: dépister les maladies bucco-dentaires, enseigner les principes de l'hygiène buccale et, sous la direction d'un dentiste, utiliser des méthodes scientifiques de contrôle et de prévention des affections bucco-dentaires. » (Nous soulignons)

Il appert de cette disposition que l'hygiéniste dentaire peut effectuer un dépistage buccodentaire en toute autonomie, sans intervention d'un tiers.

Par ailleurs selon l'Ordre, l'application d'agents de scellement constitue une « *méthode scientifique de contrôle et de prévention des affections bucco-dentaires* », tel que le précise l'article précité. Par conséquent, l'hygiéniste dentaire est légalement habilité à appliquer un agent de scellement.

Toutefois, en vertu de cet article, une condition doit être respectée : l'hygiéniste dentaire doit appliquer un agent de scellement « *sous la direction d'un dentiste* ».

¹ L.R.Q., c. C-26.

² L.R.Q., c. D-3, r.3.

Or, dans le cadre du Programme national de santé publique (ci-après appelé : le « Programme ») et du Plan d'action de santé dentaire publique (ci-après appelé le « Plan d'action »), en vigueur, l'hygiéniste dentaire exerce des activités buccodentaires préventives « *sous la direction d'un dentiste* », en l'occurrence le dentiste-conseil responsable du programme pour une région administrative donnée. L'hygiéniste dentaire doit suivre le Programme et le Plan d'action en vigueur ainsi que les directives qui sont émises, de temps à autre, notamment par le dentiste-conseil concerné.

Il a été porté à l'attention de l'Ordre que les directives du dentiste-conseil peuvent toutefois varier d'une région à l'autre.

Par exemple, un dentiste-conseil peut autoriser les hygiénistes dentaires de la région dont il est responsable à procéder à l'application d'agents de scellement sans nécessiter un examen diagnostique préalable. Selon l'Ordre, il s'agit de la position qui favorise le déploiement optimal du Programme. Cependant, dans d'autres régions, le dentiste-conseil n'autorise pas l'application d'agents de scellement sans un examen « diagnostique » préalable.

L'Ordre tient à préciser que les actes délégués à l'hygiéniste dentaire qui nécessitent un examen diagnostique préalable sont expressément énumérés au *Règlement concernant certains actes qui peuvent être posés par les hygiénistes dentaires*³. Or l'application d'agents de scellement n'en fait pas partie.

Dans la mesure où l'hygiéniste dentaire dûment formé respecte les normes de pratique scientifique, le Programme et le Plan d'action, il ne s'expose pas à des mesures disciplinaires de la part de l'Ordre pour l'application d'agents de scellement.

Toutefois, l'hygiéniste dentaire doit s'assurer de bien assimiler le contenu du « *Programme de formation des agents de scellement en milieu scolaire* »⁴ ainsi que de la formation nationale intitulée « *Critères de sélection des faces dentaires à sceller pour l'application d'agents de scellement en milieu scolaire* »⁵. Si l'hygiéniste dentaire s'écarte du Programme ou des normes applicables au Plan d'action, il s'expose davantage à des sanctions administratives de son employeur.

Enfin, il est à noter que la norme de pratique reconnue par la science et par l'Ordre est à savoir que l'application de scellements est une procédure qui doit être effectuée « à quatre mains ». ⁶

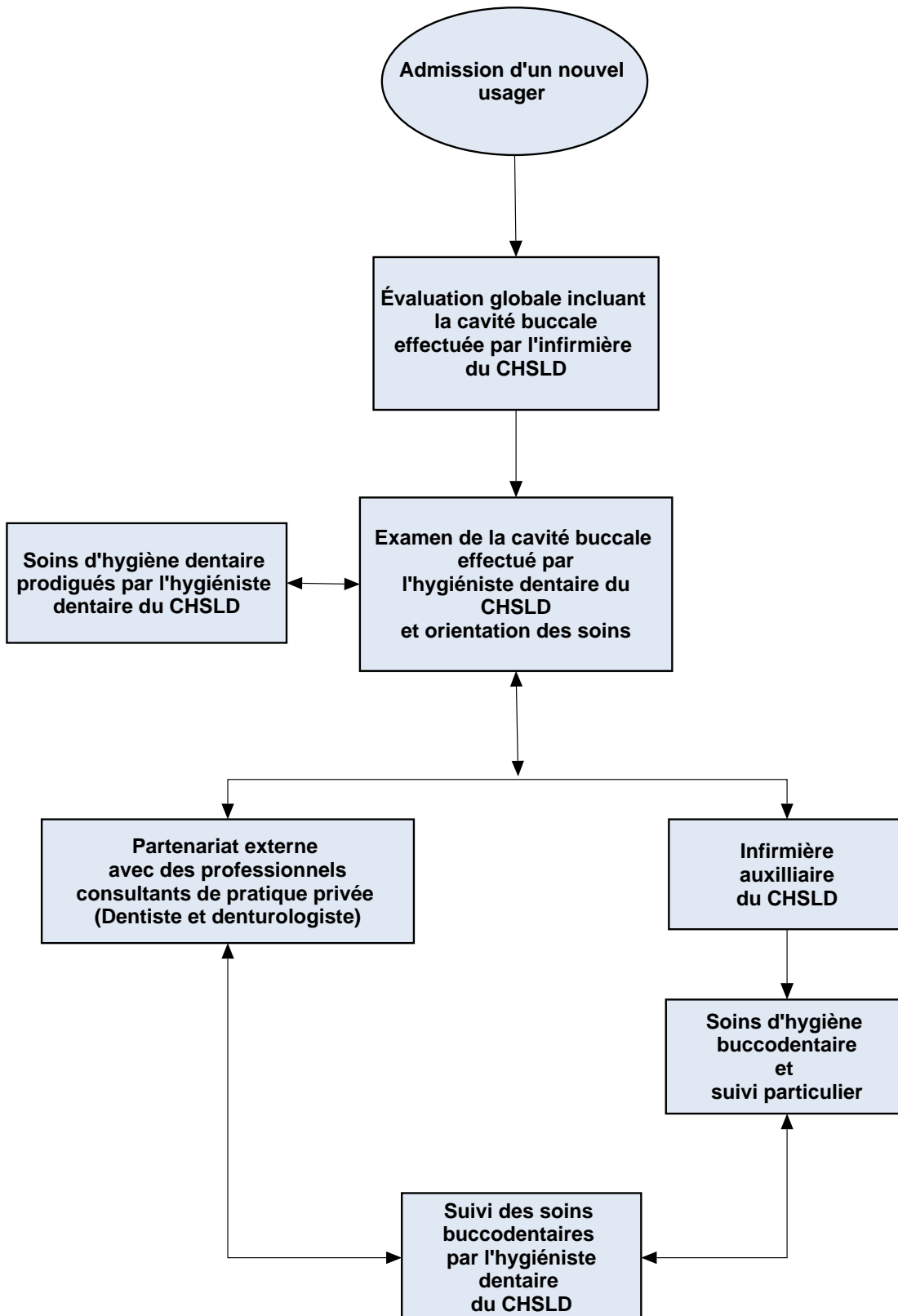
³ L.R.Q., c. D-3, r.3.

⁴ Formation élaborée par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.

⁵ Dr André Lavallière, D.M.D., 11 juin 2011

⁶ Esther Wilkins, *Clinical Practice Of The Dental Hygienist*, 11^e édition, 2013 et *Programme de formation des agents de scellement en milieu scolaire*, note 4, p.28

Modèle de soins d'hygiène dentaire en CHSLD





Ordre des
hygiénistes dentaires
du Québec

1155, boulevard Robert-Bourassa
Bureau 1212
Montréal (Québec) H3B 3A7

Téléphone : 514 284-7639
Sans frais : 1 800 361-2996
Télécopieur : 514 284-3147

Courrier électronique : info@ohdq.com
Site Internet : www.ohdq.com