

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

Un nouvel éclairage  
sur le rapport de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires  
du Québec

---

Rapport adressé à l'Association  
des chirurgiens dentistes du Québec

Préparé par Les conseillers CTG inc.

---

MAI 2016

**TITRE**

Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins  
buccodentaires préventifs  
Un nouvel éclairage sur le rapport de l'Ordre  
des hygiénistes dentaires du Québec

**AUTEUR**

Clermont Girard  
Les conseillers CTG inc.  
146, chemin Woodard  
Sutton (Québec) J0E 2K0

**CONCEPTEUR GRAPHIQUE**

Tabasko Communications  
925, rue Hickson  
Verdun (QUÉBEC) H4G 2L1

**ÉDITRICE ET DISTRIBUTRICE**

Association des chirurgiens dentistes du Québec  
1425 — 425, boul. de Maisonneuve Ouest  
Montréal (Québec) H3A 3G5  
Téléphone : 514 282-1425  
Sans frais : 1 800 361-3794  
Télécopieur : 514 282-0255  
Site Internet : [acdq.qc.ca](http://acdq.qc.ca)

**DÉPÔT LÉGAL**

Bibliothèques et Archives Canada, 2016  
Bibliothèques et Archives nationales du Québec, 2016  
ISBN 978-2-9804843-1-5 (imprimé)  
ISBN 978-2-9804843-2-2 (PDF)  
© 2016  
Tous droits réservés

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	5
NOTES SUR L'AUTEUR .....	6
BUT DU PRÉSENT RAPPORT .....	7
FAITS SAILLANTS .....	8
1. <b>Analyse de la situation relative aux services buccodentaires au Québec</b> .....	8
2. <b>Prévention versus services rendus par les hygiénistes dentaires</b> .....	9
3. <b>Coût des soins dentaires comme barrière à l'accessibilité</b> .....	9
4. <b>Création d'une pratique indépendante pour les hygiénistes dentaires</b> .....	10
5. <b>Analyse des coûts et des avantages des mesures suggérées</b> .....	13
INTRODUCTION .....	15
1. ANALYSE DE LA SITUATION RELATIVE AUX SERVICES BUCCODENTAIRES AU QUÉBEC .....	16
1.1 <b>État de la santé buccodentaire de la population québécoise         versus la population canadienne</b> .....	16
1.2 <b>Dépenses en soins buccodentaires</b> .....	18
1.3 <b>Enfants</b> .....	20
1.4 <b>Prestataires d'une aide financière de dernier recours</b> .....	21
2. PRÉVENTION VERSUS SERVICES RENDUS PAR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES .....	22
2.1 <b>Problèmes de santé publique</b> .....	22
2.2 <b>Diverses catégories de mesures de prévention</b> .....	23
2.3 <b>Soins préventifs dans les cabinets dentaires</b> .....	25
3. COÛT DES SOINS DENTAIRES COMME BARRIÈRE À L'ACCESSIBILITÉ .....	26
3.1 <b>Motifs pouvant expliquer la non-consultation d'un professionnel         des soins dentaires</b> .....	26
3.2 <b>Rôle des assurances privées</b> .....	28
3.3 <b>Le revenu familial</b> .....	29

4. CRÉATION D'UNE PRATIQUE INDÉPENDANTE POUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES .....	30
4.1 Expérience des autres provinces .....	30
4.2 Guichet unique .....	31
4.3 Situation monopolistique dans les services dentaires .....	32
4.4 Clientèle visée par les bureaux indépendants des hygiénistes .....	34
4.5 Formation des hygiénistes dentaires .....	35
4.6 Petite enfance .....	36
4.7 Enfants d'âge scolaire .....	37
4.8 Personnes en perte d'autonomie, en CHSLD, en hébergement ou à domicile .....	38
4.9 Personnes à faible revenu .....	40
4.10 Personnes en régions rurales et éloignées .....	40
5. ANALYSE DES COÛTS ET DES AVANTAGES DES MESURES SUGGÉRÉES .....	42
5.1 Petite enfance .....	42
5.2 Enfants de deuxième année du primaire .....	43
5.3 Personnes en CHSLD .....	45
5.4 Enfants de deuxième année du secondaire .....	46
5.5 Hygiénistes dentaires indépendants .....	47
5.6 Effet global des cinq mesures suggérées .....	50
CONCLUSION .....	51

# LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1 :</b> Certaines caractéristiques de l'état des dents, selon l'âge, pour le Québec et le reste du Canada en 2008-2009 (en pourcentage) .....	16
<b>TABLEAU 2 :</b> Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, selon l'âge, pour le Québec et le reste du Canada en 2008-2009 (en pourcentage).....	17
<b>TABLEAU 3 :</b> Dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge, pour le Québec, en 2006 — Écarts par rapport aux données fournies dans le document de l'OHDQ.....	18
<b>TABLEAU 4 :</b> Dépenses moyennes des ménages, par province, en 2010 et 2014 .....	19
<b>TABLEAU 5 :</b> Comparaison des honoraires de soins d'hygiène suggérés pour un adulte fréquentant un bureau privé d'hygiéniste et un cabinet dentaire en Ontario .....	33

# NOTES SUR L'AUTEUR

Clermont Girard détient une licence en administration (option mathématique actuarielle) de l'Université Laval, ainsi que le titre de « Fellow » de l'Institut canadien des actuaires, depuis 1974, et de la « Society of Actuaries », de 1974 à 2012. En plus de 40 ans de carrière, M. Girard a acquis une expertise approfondie du domaine de la santé et des régimes publics et privés d'assurance. Il a, entre autres, travaillé, dans les années 1980, au sein de la Société de l'assurance automobile du Québec à titre de directeur du service d'actuariat, et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à titre d'actuaire et de conseiller en avantages sociaux. Il possède par ailleurs une vaste expérience en consultation actuarielle pour différentes organisations, notamment l'Association des optométristes du Québec (AOQ), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) et plusieurs syndicats.

# BUT DU PRÉSENT RAPPORT

L'Étude économique de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ)<sup>1</sup>, datée de novembre 2015, porte sur une « analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs ». Elle a comme objectif de démontrer « l'efficacité économique d'une pratique indépendante de l'hygiéniste dentaire au Québec. »

L'OHDQ espérait qu'« à la lumière de cette étude, le gouvernement serait en mesure de rendre accessibles les soins buccodentaires préventifs à un plus grand nombre de Québécois. »

Les grandes lignes du document de l'OHDQ sont essentiellement les suivantes :

- La santé buccodentaire de la population québécoise est mauvaise par comparaison avec celle des autres provinces.
- Les honoraires demandés par les dentistes en cabinet constituent la principale barrière à l'accessibilité des soins d'hygiène.
- Si une pratique indépendante des hygiénistes dentaires était instaurée, il en résulterait un meilleur accès aux soins préventifs.

Conformément au mandat qui nous a été confié par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ), le but du présent rapport est de commenter, préciser, compléter et, lorsque nécessaire, corriger les données et analyses contenues dans le document de l'OHDQ. Ainsi, les lecteurs et preneurs de décision devraient avoir une meilleure compréhension de tous les aspects touchant l'accessibilité des soins buccodentaires, y inclus les soins d'hygiène, et de la pertinence de rendre la pratique des hygiénistes dentaires au Québec indépendante.

---

<sup>1</sup> Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ), « Étude économique de l'OHDQ, Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs », novembre 2015

# FAITS SAILLANTS

## 1. ANALYSE DE LA SITUATION RELATIVE AUX SERVICES BUCCODENTAIRES AU QUÉBEC

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

Pour établir l'état de la santé buccodentaire des Québécois, le document de l'OHDQ présente les résultats d'une étude portant sur les personnes âgées de 45 ans et plus seulement. Par ailleurs, les résultats présentés sont partiels : les données par sous-groupes d'âge sont absentes, cachant ainsi une réalité fort différente (voir p. 16).

Contrairement à ce qui est soutenu dans le document de l'OHDQ, il est faux d'affirmer que seulement 57 % des Québécois consultent les professionnels dentaires (voir p. 17).

Le tableau dressé dans le document de l'OHDQ, sur la base des données globales des Québécois âgés de 45 ans et plus, est incomplet. Il ne représente pas adéquatement l'état de santé buccodentaire de l'ensemble de la population (voir p. 18).

### 1.2. Dépenses en soins buccodentaires

Au Québec, les dépenses totales des soins buccodentaires est, en 2015, de 1,7 milliard de dollars, et non pas de 3 milliards de dollars, comme l'indique le document de l'OHDQ. Sur la base des dépenses moyennes par ménage en 2006 et en 2014, on obtient une augmentation annuelle moyenne inférieure à 1,3 %, soit moins que l'augmentation du taux d'inflation pour cette période de 8 ans (voir p. 19).

### 1.3. Enfants

La santé buccodentaire des enfants s'est grandement améliorée au Québec au cours des années, et ce, dans le contexte de la pratique actuelle. Le document de l'OHDQ simplifie l'analyse des causes en négligeant un ensemble de facteurs, socioéconomiques, comportementaux et culturels (voir p. 21).

### 1.4. Prestataires d'une aide financière de dernier recours

Malgré la barrière tarifaire inexistante quant aux principaux soins dentaires, y inclus les soins d'hygiène, le taux de participation de ce sous-groupe de la population est très faible, soit 34 % en 2012, selon les statistiques de la RAMQ (voir p. 21).



## 2. PRÉVENTION VERSUS SERVICES RENDUS PAR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

### 2.1. Problèmes de santé publique

Les facteurs socioéconomiques, comportementaux et culturels qui affectent la santé buccodentaire des groupes les plus vulnérables de la population sont souvent les mêmes que ceux que l'on retrouve dans d'autres aspects de leur santé générale et doivent être pris en compte par les autorités dans l'adoption des différentes mesures de prévention en santé buccodentaire (voir p. 22).

### 2.2. Diverses catégories de mesures de prévention

N'importe quelle action ayant un caractère préventif ne se justifie pas en soi. Il est même possible qu'une mesure de prévention spécifique ait un coût plus élevé que les bénéfices qu'elle génère. Dans un contexte de ressources financières limitées, les preneurs de décision gouvernementaux doivent déterminer, parmi un ensemble de mesures préventives, lesquelles présentent le meilleur ratio coûts/bénéfices. Pour ce faire, des études rigoureuses de diverses natures, basées sur des données probantes, doivent être faites dans le cadre des travaux visant la prévention (voir p. 24).

### 2.3. Soins préventifs dans les cabinets dentaires

Le document de l'OHDQ est incomplet car il fait totalement abstraction du rôle des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés, qui représentent 92 % des membres de cet ordre (voir p. 25).

## 3. COÛT DES SOINS DENTAIRES COMME BARRIÈRE À L'ACCESSIBILITÉ

### 3.1. Motifs pouvant expliquer la non-consultation d'un professionnel des soins dentaires

Au Québec, seulement 10 % des personnes de 45 ans et plus n'ayant pas consulté un professionnel de soins dentaires depuis 3 ans ou plus invoquent le coût comme motif, alors que ce pourcentage est de 20 % dans le reste du Canada (voir p. 26).

Pour l'ensemble de la population adulte du Québec, 15 % des répondants mentionnent ne pas avoir eu de soins ou des examens dentaires en raison du coût. C'est un résultat assez favorable comparativement à ceux des pays participants. Au Canada, ce pourcentage est de 21 % (voir page 26).

Nul ne peut conclure que le coût est le facteur déterminant de la demande de services buccodentaires. De nombreuses sources font le lien entre les facteurs sociaux, comportementaux et culturels et l'utilisation des services dentaires (voir p. 26).

### 3.2. Rôle des assurances privées

Les régimes privés d'assurance soins dentaires ne peuvent pas jouer un rôle auprès des groupes vulnérables visés par le document de l'OHDQ (voir p. 28).

### 3.3. Le revenu familial

L'emphase que met le document de l'OHDQ sur le niveau de revenu familial des personnes à faible revenu relève de la même idée reliant principalement le manque d'accès aux soins dentaires à la barrière tarifaire. Pour ce groupe également, d'autres facteurs entrent en ligne de compte. De plus, ce document crée de la confusion en ce qui a trait à la possibilité pour une personne à faible revenu de souscrire une assurance soins dentaires privée (voir p. 29).

## 4. CRÉATION D'UNE PRATIQUE INDÉPENDANTE POUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

### 4.1. Expérience des autres provinces

Le document de l'OHDQ ne fournit aucune étude ou démonstration permettant de conclure que la pratique indépendante des hygiénistes permettrait de rendre les soins buccodentaires plus abordables ou accessibles pour les patients (voir p. 30).

Le nombre de bureaux indépendants d'hygiénistes hors Québec est très faible. En Ontario, on dénombre seulement 168 hygiénistes pratiquant de manière indépendante, dont 102 travaillant dans un cabinet dentaire (avec un dentiste). De plus, on note que 51 hygiénistes pratiquent soit en bureau privé ou en offrant des services mobiles. Enfin, 121 hygiénistes sur les 168 se trouvent dans des grands centres (voir p. 30).

En prenant en compte qu'il y a au Québec 6 000 hygiénistes et qu'en Ontario on en dénombre quelque 13 000, le nombre attendu d'hygiénistes indépendants pratiquant en dehors des cabinets dentaires au Québec serait au nombre de 30 et non de 250, comme le soutient le document de l'OHDQ (voir p. 30).

Avant d'affirmer quoi que ce soit quant à l'efficacité de l'expérience, positive ou non, des autres provinces, il faudrait connaître le nombre moyen de patients traités par des hygiénistes pratiquant de manière indépendante, leur type de patients, leurs frais d'exploitation, le nombre moyen d'hygiénistes par bureau, l'organisation du milieu de pratique dans les résidences pour personnes en perte d'autonomie, les divers payeurs, etc. (voir p. 31).

## 4.2. Guichet unique

Le document de l'OHDQ esquivé la question des conséquences de l'éclatement du guichet unique que représente actuellement le cabinet dentaire. Est-ce vraiment dans l'intérêt des patients d'avoir la possibilité de recevoir des soins dans un bureau privé d'hygiéniste alors que les examens et autres services dentaires demeurerait dans les cabinets dentaires? On devrait prendre en compte les pertes de temps et d'argent des patients dans les analyses coûts/bénéfices (voir p. 31).

## 4.3. Situation monopolistique dans les services dentaires

Contrairement à ce que le document de l'OHDQ prétend, il n'y a pas de situation monopolistique dans les services dentaires au Québec (voir p. 32).

Il est faux de prétendre qu'il y aurait des économies pour l'État si les hygiénistes dentaires pouvaient négocier directement leurs tarifs avec l'État, les services rendus aux enfants de moins de 10 ans n'étant pas couverts par le régime public. Quant aux tarifs payables pour les autres patients assurés par ce régime, ils ne représentent que 53 % des tarifs suggérés dans le *Guide des tarifs* de l'ACDQ (voir p. 33).

Sur quelles bases les auteurs du document de l'OHDQ s'appuient-ils pour retenir une hypothèse de réduction d'honoraires de 33 % dans le cadre d'une pratique indépendante des hygiénistes? En Ontario, aucune réduction notable des honoraires découlant de ce changement de pratique des hygiénistes n'a été observée (voir p. 34).

## 4.4. Clientèle visée par les bureaux indépendants des hygiénistes

Pour tous les patients qui ne consultent pas actuellement les cabinets dentaires et qui fréquenteraient les bureaux privés d'hygiénistes, il n'y aurait pas de réduction d'honoraires comme le prétend le document de l'OHDQ, mais bien une dépense additionnelle estimée à 261 \$ par année, si l'on se fie aux données de l'OHDQ (voir p. 35).

Il n'y a aucun élément présenté qui permet de croire qu'une pratique indépendante d'hygiénistes viserait principalement les personnes faisant partie de groupes vulnérables ou ne fréquentant pas actuellement les cabinets dentaires (voir p. 35).

## 4.5. Formation des hygiénistes dentaires

Les répercussions d'une pratique indépendante des hygiénistes sur la qualité des soins et sur la formation des hygiénistes ne font pas partie de l'analyse présentée dans le document de l'OHDQ. Ces deux éléments sont pourtant associés aux mesures suggérées dans ce document et devraient être étudiés (voir p. 36).

## 4.6. Petite enfance

La suggestion du document de l'OHDQ de créer 33 postes équivalant à un temps plein d'hygiénistes dentaires affectés à la petite enfance est vague. Que feraient-ils dans le cadre de cette mesure et quel serait leur milieu de pratique? De plus, elle ne semble pas s'inscrire dans une démarche adaptée aux problèmes propres à la petite enfance et intégrée au travail de tous les intervenants (voir p. 37).

## 4.7. Enfants d'âge scolaire

Le lien que fait le document de l'OHDQ entre la pratique indépendante des hygiénistes et un gain d'efficacité du programme de pose d'agents de scellement dentaire en milieu scolaire pour les enfants de deuxième année du primaire reste à démontrer. Plusieurs aspects sont négligés ou mal documentés (voir p. 38).

## 4.8. Personnes en perte d'autonomie, en CHSLD, en centres d'hébergement ou à domicile

Rien ne soutient l'hypothèse du document de l'OHDQ selon laquelle les hygiénistes dentaires indépendants seraient plus mobiles et qu'ils pourraient, de ce seul fait, améliorer la santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie. De plus, il n'y a aucune indication sur la façon dont serait intégré leur travail dans les CHSLD et les établissements. Il est tout à fait prématuré, dû au manque de réponses à de nombreuses questions importantes, d'évaluer les coûts et les bénéfices et, partant, de conclure sur cette question (voir p. 39).

## 4.9. Personnes à faible revenu

Il est improbable que des baisses d'honoraires notables découlent de la pratique indépendante des hygiénistes et réduisent ainsi de manière significative la barrière tarifaire liée aux soins d'hygiène des personnes à faible revenu (voir p. 40).

## 4.10. Personnes en régions rurales et éloignées

Même si le document de l'OHDQ cible l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires de la population en régions rurales et éloignées, aucun élément présenté ne démontre l'atteinte de cet objectif par les mesures suggérées (voir p. 41).

## 5. ANALYSE DES COÛTS ET DES AVANTAGES DES MESURES SUGGÉRÉES

Le document de l'OHDQ ne fournit aucune étude probante à l'appui de ses hypothèses relatives aux économies pouvant être générées par l'une ou l'autre des cinq mesures suggérées. Par conséquent, à moins d'en obtenir, on doit considérer que l'analyse coûts-bénéfices contenue dans ce document ne repose sur aucune base solide (voir p. 42).

### 5.1. Petite enfance

Sans assise sérieuse et sans une description précise de la mesure suggérée pour la petite enfance, il est impossible d'en faire une évaluation adéquate. Néanmoins, les coûts présentés dans le document de l'OHDQ sont sous-évalués, alors que les économies sont surestimées (voir p. 43).

### 5.2. Enfants de deuxième année du primaire

L'estimation présentée dans le document de l'OHDQ relativement aux enfants de deuxième année du primaire ne peut être retenue, car certains éléments des coûts sont laissés de côté et les économies sont surestimées (voir p. 44).

### 5.3. Personnes en CHSLD

L'évaluation des coûts/bénéfices présentée dans le document de l'OHDQ en regard de la mesure visant les personnes en CHSLD est infondée compte tenu de l'absence d'une proposition suffisamment détaillée sur la façon dont les examens et les soins préventifs et curatifs seraient rendus. À cela, s'ajoute l'absence d'éléments de coûts importants et de données probantes à l'appui de leurs hypothèses sur les bénéfices potentiels (voir p. 45).

### 5.4. Enfants de deuxième année du secondaire

La mesure visant les enfants de deuxième année du secondaire contenue dans le document de l'OHDQ est différente de celle visant les enfants de deuxième année du primaire. Les auteurs du document de l'OHDQ ont complètement omis de prendre en compte la pose d'agents de scellement en cabinet dentaire. En outre, il existe des faiblesses importantes dans l'évaluation des coûts et des économies (voir p. 47).

## 5.5. Hygiénistes dentaires indépendants

L'analyse présentée dans le document de l'OHDQ en regard d'une pratique indépendante en bureau privé d'hygiénistes ne tient pas la route. Elle surévalue les économies et le nombre d'hygiénistes susceptibles de pratiquer de cette manière et ne tient pas compte des coûts additionnels pour les personnes qui ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires (voir p. 49).

## 5.6. Effet global des cinq mesures suggérées

Les cinq mesures suggérées dans le document de l'OHDQ auraient comme conséquence de rediriger à terme près de 1 hygiéniste sur 5 travaillant actuellement dans un cabinet dentaire dans le réseau public ou dans un bureau privé d'hygiène. Cela amènerait des pressions à la hausse sur les salaires des hygiénistes, tant dans le réseau public que privé, ainsi que sur les tarifs. Ces coûts additionnels découlant de l'ensemble des mesures suggérées n'ont pas été analysés dans le document de l'OHDQ (voir p. 50).

# INTRODUCTION

Le document de l'OHDQ souligne<sup>2</sup> qu'au cours des dernières années, cet ordre professionnel :

- « 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. »
- « 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. »
- « 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. »

Face à ces préoccupations, le document de l'OHDQ<sup>3</sup> vise à :

- « démontrer l'importance du rôle et des services de l'hygiène 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. »

De toute évidence, seul le dernier point est de nature « économique », les deux premiers relevant du domaine de la santé publique.

Afin d'évaluer la pertinence des solutions suggérées dans le document de l'OHDQ, une attention particulière est, tout au long du présent rapport, portée aux préoccupations ci-dessus, à savoir l'absence de services buccodentaires préventifs pour :

- les personnes en perte d'autonomie en CHSLD, en centres d'hébergement ou à domicile;
- les personnes en régions rurales et éloignées;
- les personnes pour qui la barrière financière est un obstacle infranchissable;
- les enfants du Québec visés par le programme de santé dentaire publique en milieu scolaire.

Nos commentaires sont regroupés sous cinq grandes rubriques :

- Analyse de la situation relative aux services buccodentaires au Québec;
- Prévention versus services rendus par les hygiénistes dentaires;
- Coût des soins dentaires comme barrière à l'accessibilité;
- Création d'une pratique indépendante pour les hygiénistes dentaires;
- Analyse des coûts et des avantages des mesures suggérées.

---

2 Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ), « Étude économique de l'OHDQ, Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires », novembre 2015, p. 3

3 Ibid

# 1. ANALYSE DE LA SITUATION RELATIVE AUX SERVICES BUCCODENTAIRES AU QUÉBEC

## 1.1. ÉTAT DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE VERSUS LA POPULATION CANADIENNE

Le document de l'OHDQ présente des statistiques tirées d'une étude<sup>4</sup> de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) intitulée « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada », publiée en novembre 2014.

Cette étude vise uniquement la santé buccodentaire des personnes âgées de 45 ans et plus. Le document de l'OHDQ présente les résultats de l'ensemble de ce groupe seulement, cachant ainsi une réalité fort différente si on le subdivise en sous-groupes, suivant l'étude de l'ISQ :

**TABLEAU 1**

**Certaines caractéristiques de l'état des dents, selon l'âge, pour le Québec et le reste du Canada en 2008-2009 (en pourcentage)**

	Avoir dents naturelles		Aucune dent naturelle		Porter des prothèses*	
	Québec	Reste du Canada	Québec	Reste du Canada	Québec	Reste du Canada
<b>Total — 45 ans et plus</b>	75,8	87,2	24,2	12,8	57,8	33,2
<b>45 - 54 ans</b>	91,5	96,3	8,5	3,7	39,8	15,4
<b>55 - 64 ans</b>	79,5	90,4	20,5	9,6	58,3	29,9
<b>65 - 74 ans</b>	60,4	80,2	39,6	19,8	74,6	50,2
<b>75 - 84 ans</b>	51,2	66,1	48,8	33,9	79,8	65,6
<b>85 ans et plus</b>	30,5	60,1	69,5	39,9	89,6	71,2

\* Le terme « prothèse » désigne les dentiers, partiels et fausses dents qui peuvent être enlevées. Les implants permanents sont exclus.

Dans le sous-groupe des 45-54 ans, on remarque le plus faible écart entre le pourcentage de la province de Québec et celui du reste du Canada en ce qui a trait à la présence de dents naturelles (91,5 % au Québec et 96,3 % dans le reste du Canada) et la proportion de bouches édentées (8,5 % au Québec et 3,7 % dans le reste du Canada). De plus, le sous-groupe des 55-64 ans présente le deuxième écart le plus faible pour ces deux variables.

L'analyse de la troisième variable du tableau 1, à savoir la présence de prothèses, doit se faire avec prudence compte tenu de sa définition. En effet, le fait d'exclure les implants, un traitement coûteux, risque d'élargir les écarts entre la province de Québec et le reste du Canada, compte tenu des différences socioéconomiques de leur population.

4 Rosanna Baraldi avec la collaboration de Valeriu Dumitru, « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada » [en ligne], Zoom-Santé, n° 48 (novembre 2014), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, p.1; adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>



Toutes les personnes qui travaillent dans le domaine dentaire reconnaissent les progrès importants réalisés au Québec depuis le début des années 1970. Rappelons que cette période a vu, entre autres, l'instauration du régime public d'assurance soins dentaires en 1974, une meilleure scolarisation de la population, l'utilisation accrue de dentifrices fluorés, de meilleures habitudes d'hygiène dentaire, le développement de la profession dentaire et une meilleure répartition régionale des dentistes.

Le tableau qui suit présente d'autres résultats, tirés de l'étude de l'ISQ, quant à la période de temps écoulée depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, et ce, pour les cinq sous-groupes des 45 ans et plus.

**TABLEAU 2**

**Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, selon l'âge, pour le Québec et le reste du Canada en 2008-2009 (en pourcentage)**

	Moins d'un an		Un an à moins de trois ans		Trois ans et plus	
	Québec	Reste du Canada	Québec	Reste du Canada	Québec	Reste du Canada
<b>Total — 45 ans et plus</b>	56,5	70,7	19,1	15,1	24,4	14,2
<b>45 - 54 ans</b>	65,6	77,0	21,2	15,3	13,2	7,7
<b>55 - 64 ans</b>	61,9	73,1	17,3	14,6	20,9	12,4
<b>65 - 74 ans</b>	45,4	66,6	18,8	15,0	35,8	18,4
<b>75 - 84 ans</b>	38,9	55,7	18,0	14,9	43,1	29,4
<b>85 ans et plus</b>	23,3	48,3	17,4	19,2	59,3	32,5

Ici encore, la situation est fort différente selon les sous-groupes d'âge. Et le comportement des personnes âgées de 45 à 54 ans présente le plus faible écart entre les deux territoires à l'étude. Au Québec, si on considère les personnes qui ont indiqué avoir consulté un professionnel des soins dentaires depuis moins de 3 ans, près de 87 % des personnes de 45 à 54 ans et 79 % des personnes de 55 à 64 ans l'ont fait, comparativement à 92 % et 88 % respectivement dans le reste du Canada.

On ne peut pas, comme le fait le document de l'OHDQ, transposer à toute la population les observations concernant la tranche de la population des 45 ans et plus.

En outre, globalement, 56,5 % des personnes âgées de 45 ans et plus ont consulté un professionnel des soins dentaires depuis moins d'un an. Si on retient ceux qui ont consulté un tel professionnel depuis moins de 3 ans, ce pourcentage atteint 75,6 %, comparativement à 85,8 % dans le reste du Canada.

Il est donc faux de dire, comme le font les auteurs du document de l'OHDQ, que seulement 57 % des Québécois consultent les dentistes.

Il est à noter que ces observations ne prennent pas en compte l'état de la bouche. Comme l'indique le tableau 1, la proportion des édentés de 65 ans et plus ou de porteurs d'une prothèse est beaucoup plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. Cette variable influence grandement la fréquence des consultations d'un professionnel des soins dentaires : en effet, selon le document de l'Association dentaire canadienne intitulé « Dental Health Services in Canada, Facts and Figures 2010 »,<sup>5</sup> seulement 18 % des édentés consultent annuellement des professionnels du domaine dentaire.

Pour mieux comprendre les écarts entre le Québec et le reste du Canada indiqués au tableau 2, il aurait été opportun de connaître la fréquence des consultations selon ces variables. En outre, pour avoir un tableau complet, il serait nécessaire de ne pas limiter l'analyse aux personnes de 45 ans et plus et de viser l'ensemble de la population.

**Le tableau dressé dans le document de l'OHDQ est incomplet. Il ne représente pas adéquatement l'état de la santé buccodentaire de l'ensemble de la population. Il omet d'indiquer les améliorations importantes survenues depuis le début des années 1970, principalement pour les Québécois âgés de moins de 55 ans. Enfin, il est faux de prétendre que seulement 57 % des Québécois consultent les professionnels dentaires.**

## 1.2. DÉPENSES EN SOINS BUCCODENTAIRES

Le tableau 5 du document de l'OHDQ indique, dans le titre, que les données portent sur les « dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge de la personne de référence, Québec, 2006 », publiées par l'ISQ<sup>6</sup>. Or, les données qui y sont présentées ne sont pas celles des ménages, mais plutôt celles des **ménages déclarants**, c'est-à-dire seulement ceux qui ont rapporté une dépense pour cette catégorie. Le tableau ci-dessous présente, pour 2006, les dépenses moyennes en soins dentaires par ménage et les dépenses moyennes par ménage déclarant publiées par l'ISQ.

**TABLEAU 3**  
**Dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge, pour le Québec, en 2006 — Écarts par rapport aux données fournies dans le document de l'OHDQ**

Groupe d'âge de la personne de référence	Dépenses moyennes des ménages	Dépenses moyennes des ménages déclarants
Moins de 30 ans	142	310
30-44 ans	289	472
45-64 ans	423	755
65 ans et plus	328	786
<b>Moyenne</b>	<b>333</b>	<b>625</b>

5 Association dentaire canadienne, « Dental Health Services in Canada » [en ligne], Facts and Figures 2010; adresse : [http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Dental/Dental\\_Health\\_Services\\_in\\_Canada\\_June\\_2010.pdf](http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Dental/Dental_Health_Services_in_Canada_June_2010.pdf)

6 Institut de la statistique du Québec, « Dépenses moyennes des ménages, selon le groupe d'âge de la personne de référence, Québec, 2006 » [en ligne]; adresse : [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/dépenses-avoirs-dettes/dépenses/depdeclar\\_age.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/dépenses-avoirs-dettes/dépenses/depdeclar_age.htm)

Il ne faut donc pas commettre l'erreur de retenir les dépenses moyennes des ménages déclarants et de les associer à l'ensemble des ménages, comme l'ont fait les auteurs du document de l'OHDQ, à la page 13, parce que cela aurait comme conséquence de presque doubler l'estimation des dépenses totales au Québec.

Statistique Canada publie des données plus récentes en ce qui a trait aux dépenses des ménages pour les soins dentaires, en 2010 et 2014 et par province :

**TABLEAU 4**  
**Dépenses moyennes des ménages, par province, en 2010 et 2014**

	2010	2014
<b>Canada</b>	<b>142</b>	<b>310</b>
Québec	404	368
Ontario	358	315
Alberta	380	447
Colombie-Britannique	367	419

Source : Tableau 203-0021, CANSIM

Ce tableau révèle une stabilisation au Canada et une réduction au Québec des dépenses moyennes des ménages pour des soins dentaires en 2010 et 2014. De plus, sur la base des dépenses moyennes par ménage au Québec de 2006 et de 2014, on obtient une augmentation annuelle moyenne inférieure à 1,3 %, soit moins que l'augmentation du taux d'inflation pour cette période de 8 ans.

Les différences provinciales en matière de dépenses moyennes des ménages pour des soins dentaires ne permettent pas de conclure quoi que ce soit sur le niveau des tarifs facturés par les dentistes de ces provinces. Ces écarts peuvent refléter des mesures de prévention et des caractéristiques de la population différentes d'un territoire à l'autre. Un exemple de ces différences concerne la fluoruration de l'eau, une mesure de prévention reconnue pour son efficacité<sup>7</sup> : au Québec, seulement 6 % de la population a accès à ce type d'eau; en Ontario, ce pourcentage est de 76 %.

L'estimation faite par les auteurs du document de l'OHDQ, à la page 11, voulant que la dépense moyenne par Québécois en soins buccodentaires soit de 365 \$ en 2015 est inexacte. Ce montant est tout près du montant de 2014, soit 368 \$ **par ménage** au Québec, selon Statistique Canada. En retenant ce dernier montant et en y ajoutant les dépenses gouvernementales pour le régime public de soins dentaires et les services en milieu scolaire, la dépense totale des soins buccodentaires au Québec serait environ de 1,7 milliard de dollars, et non pas de 3 milliards de dollars.

**L'estimation des dépenses en santé buccodentaire des Québécois présentée dans le document de l'OHDQ surévalue grandement celles-ci. La dépense moyenne par ménage au Québec est de 368 \$ en 2014, et non pas de 365 \$ par Québécois. Quant à la dépense totale, elle est de 1,7 milliard de dollars, et non pas de 3 milliards de dollars.**

7 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « Fluoruration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé » [en ligne], juin 2007; adresse : <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/638-FluorurationEau.pdf>

## 1.3. ENFANTS

Les données que l'on retrouve à la page 18 du document de l'OHDQ sur le nombre de chirurgies dentaires effectuées sous anesthésie générale, voulant que 5 700 enfants de la petite enfance (enfants de moins de 5 ans) aient subi de telles chirurgies, est une estimation et ne vise que les chirurgies en milieu hospitalier. Non seulement nous ne connaissons pas le nombre exact de chirurgies dentaires effectuées sous anesthésie générale au Québec, mais il faudrait, pour avoir une image exacte de la gravité des cas traités sous anesthésie générale, connaître la répartition des cas selon les causes ayant justifié un tel traitement et savoir à quel milieu appartiennent les enfants visés. Par exemple, un nombre significatif de ces cas découle de la non-collaboration des enfants de moins de 5 ans. De plus, un nombre important de ce type de chirurgie est effectué en clinique privée au Québec.

Sous un autre angle, en se basant sur les statistiques publiées par la RAMQ<sup>8</sup> pour l'année 2012, le taux de participation des enfants de 5 à 9 ans au programme public de soins dentaires est de 70 %. Quels facteurs, autres que la barrière tarifaire qui est inexistante, font que 3 enfants sur 10 de ce groupe d'âge ne consultent pas leur dentiste annuellement ?

On retrouve des explications dans la publication de l'ISQ<sup>9</sup> intitulée « Des premiers balbutiements à un sourire en santé : l'importance d'intervenir tôt pour prévenir la carie dentaire », de février 2015. Dans cette publication, l'ISQ cite une étude qui établit clairement dit que la probabilité de faire partie du groupe restreint d'enfants considérés comme à risque élevé « est plus grande lorsque la langue parlée le plus souvent à la maison est autre que le français et l'anglais, le revenu familial est inférieur à 50 000 \$, aucun parent ne possède un diplôme d'études secondaires, un des parents est complètement édenté ou lorsque les enfants ont une hygiène buccodentaire de passable à médiocre (Brodeur et autres, 2001). »

Dans sa conclusion, cette étude de l'ISQ indique que des caractéristiques sociodémographiques, présentes dès les premiers mois de la vie, tendent à augmenter la probabilité pour un enfant d'être affecté par la carie à l'âge de 8 ans : par exemple, avoir une mère de moins de 25 ans ou peu scolarisée, ou occuper le troisième rang ou les suivants au sein de la famille.

Toujours selon cette même étude, on constate que : « Chez une minorité d'élèves de 2<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années du primaire, on observe la majorité de la carie irréversible\* :

- En 2012-2013, près du quart des élèves de 2<sup>e</sup> année du primaire cumulent 76 % de la carie irréversible observée sur les dents temporaires des élèves de ce niveau scolaire.
- En 2012-2013, à peine plus du dixième des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire cumulent 63 % de la carie irréversible observée sur les dents permanentes des élèves de ce niveau scolaire.
- Comme d'autres problèmes de santé, la carie irréversible se rencontre plus fréquemment chez les élèves moins favorisés sur le plan socioéconomique. »

---

8 Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), tableaux PA.01 et SD.21 [en ligne], avril 2009; adresse : <http://bit.ly/1rd7q4R>

9 Institut de la statistique du Québec, « Des premiers balbutiements à un sourire en santé : l'importance d'intervenir tôt pour prévenir la carie dentaire » [en ligne], portrait & trajectoires, n° 19 (février 2015), p.1; adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/portrait-201502.pdf>

\* Carie irréversible : présence d'une lésion non traitée ayant un stade avancé de la maladie, aussi appelée carie évidente, une dent extraite ou une réparation de la dent.

Le document de l'OHDQ affirme, à la page 21, qu'il existe actuellement une « (...) limitation au droit d'exercice des hygiénistes dentaires [qui] prive la population de services buccodentaires préventifs essentiels. (...) » Une telle affirmation, faite dans le contexte de l'application des agents de scellement dans le milieu scolaire, apparaît exagérée et non fondée. Elle est sans nuance et passe sous silence des constats tirés de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 de l'INSPQ<sup>10</sup>. Parmi ceux-ci, citons :

- « La santé des dents permanentes des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire s'est grandement améliorée. En 2012-2013, 36 % des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire sont touchés par la carie irréversible sur leurs dents permanentes alors qu'à la fin des années 90, on en observait 59 %. »
- « Beaucoup plus d'élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire possèdent maintenant des dents permanentes scellées. En 2012-2013, 58 % des élèves de 6<sup>e</sup> année du primaire ont au moins une dent permanente scellée alors que seulement 29 % en présentaient au moins une à la fin des années 90. »
- « Les populations vulnérables sur le plan socioéconomique doivent continuer à être prises en compte dans la mise en place de mesures de santé dentaire publique afin de diminuer les inégalités sociales de santé buccodentaire. »

**La santé buccodentaire des enfants s'est grandement améliorée au Québec au cours des années, et ce, dans le contexte de la pratique actuelle.**

**Même s'il existe des problèmes quant à l'utilisation des services des professionnels dentaires chez certains groupes d'enfants plus vulnérables, on ne peut envisager des mesures pour améliorer leur état qu'en considérant leur réalité propre. Il faut éviter de simplifier l'analyse des causes en négligeant un ensemble de facteurs, socioéconomiques, comportementaux et culturels.**

## 1.4. PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS

Le fait que de multiples facteurs entrent en ligne de compte dans le recours aux soins dentaires est également manifeste si on considère le taux de participation des prestataires d'une aide financière de dernier recours au programme public de soins dentaires. En effet, malgré la barrière tarifaire inexistante quant aux principaux soins dentaires, y inclus les soins d'hygiène, le taux de participation de ce sous-groupe de la population est très faible, soit 34 % en 2012, selon les statistiques de la RAMQ<sup>11</sup>.

Ici aussi, on doit prendre en considération des facteurs autres que la barrière tarifaire, tels que des caractéristiques sociales et comportementales. Sinon, comment expliquer la faible utilisation des services dentaires?

Force est de reconnaître que de mettre l'accent sur la barrière tarifaire comme principal facteur de réduction de l'accès aux soins dentaires est incompatible avec la problématique du groupe le plus défavorisé financièrement et risque de fausser les discussions.

---

10 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Rapport national « Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 » [en ligne], décembre 2015, p.1-2; adresse : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2034\\_sante\\_buccodentaire\\_primaire.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf)

11 Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), tableaux PA.02 ET SD.21 [en ligne], avril 2009; adresse : <http://bit.ly/1rd7q4R>

## 2. PRÉVENTION VERSUS SERVICES RENDUS PAR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

### 2.1. PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Il est reconnu que la santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé générale d'une personne. Comme toute facette de la santé d'une personne, la prévention en santé buccodentaire a plusieurs aspects et doit regrouper une panoplie de moyens, actifs ou passifs, qui peuvent s'intégrer à ceux qui visent la santé générale.

De plus, toute action de prévention dans le domaine de la santé doit reposer sur une analyse sérieuse, pertinente et complète d'une problématique. Une analyse simplifiée, basée sur des prémisses non fondées, risque d'entraîner des conclusions fausses, amenant des pertes de temps et d'argent, et ce, malgré un objectif louable comme la prévention.

À la page 27 du document de l'OHDQ, les auteurs mentionnent que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît « la santé buccodentaire comme facteur de la qualité de vie faisant partie intégrante de l'état de santé général. (...) En intégrant la santé buccodentaire aux programmes de promotion de la santé générale et de prévention des maladies chroniques, l'OSM reconnaît que la santé buccodentaire joue un rôle primordial dans l'état de santé générale. » Mais quand les auteurs du document de l'OHDQ ajoutent à la suite de ce texte que « depuis, six provinces canadiennes empruntent le chemin de l'indépendance de l'exercice de l'hygiène dentaire (...) », ils créent un lien direct entre cette recommandation de l'OMS et l'indépendance des hygiénistes. Or, un tel raccourci ne peut être fait. L'OMS ne recommande aucunement de rendre la pratique des hygiénistes dentaires indépendante, mais elle incite plutôt les autorités à intégrer les mesures de prévention en santé buccodentaire à celles visant la santé générale.

Même si les hygiénistes dentaires, tout comme les dentistes, sont des intervenants importants en matière de prévention auprès des patients des cabinets dentaires, ce rôle ne leur permet pas de prétendre être les seuls intervenants dans ce domaine. Cela est d'autant plus vrai que, comme on l'a indiqué précédemment, et comme il est reconnu dans le document de l'OHDQ, c'est auprès d'une partie relativement restreinte de la population que l'on retrouve la majorité des problèmes de santé buccodentaire.

Le rôle pivot en matière de mesures de prévention en santé buccodentaire revient aux dentistes en santé publique. Leur expertise porte sur la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion, la prévention et la protection de la santé, ainsi que l'organisation et l'évaluation des services de santé.

**Les mesures de prévention à mettre en place pour les groupes les plus vulnérables de la population, groupes ciblés dans le document de l'OHDQ, doivent refléter le fait qu'il s'agit d'un problème de santé publique. Les facteurs qui affectent la santé buccodentaire de ces personnes sont souvent les mêmes que ceux que l'on retrouve dans d'autres aspects de leur santé générale. Cela doit être pris en compte par les autorités dans l'adoption des différentes mesures de prévention en santé buccodentaire.**

## 2.2. DIVERSES CATÉGORIES DE MESURES DE PRÉVENTION

Si un consensus existe sur le fait que la prévention devrait être l'axe d'intervention privilégié dans le domaine de la santé, il ne faut surtout pas croire que n'importe quel acte de prévention est « rentable ». Une mesure ayant un caractère préventif ne se justifie pas en soi. Il est possible de dépenser de l'argent et des efforts inutilement pour des actions de prévention mal conçues et mal adaptées aux divers problèmes. Il faut donc éviter de se baser sur des généralités. Comme le souligne l'Agence de la santé publique du Canada dans son document<sup>12</sup> « Investir en prévention — La perspective économique », daté de mai 2009, « en acceptant les arguments généraux en faveur de l'investissement dans la prévention, les décideurs ne savent toutefois pas clairement dans quels types d'intervention injecter des fonds en priorité. Pour répondre à ce besoin, des évaluations économiques, c'est-à-dire des analyses comparatives des différentes interventions sur le plan des coûts et des conséquences (...) dans tout le secteur de la santé préventive est nécessaire ».

La réalité étant complexe lorsqu'il est question de choix de mesures de prévention, il faut s'appuyer sur des analyses d'experts en santé publique, qui ont une compétence reconnue en cette matière et disposent d'études épidémiologiques sérieuses, afin de choisir les mesures à privilégier et de ne pas dépenser des sommes importantes inutilement.

Les mesures de prévention dans le domaine de la santé des personnes diffèrent par leur nature et par leurs coûts et bénéfices. Encore une fois, en se référant au document de l'Agence de la santé publique du Canada mentionné ci-dessus, on peut établir quatre aspects de la prévention :

- « Prévention clinique — comprend les activités individuelles entre un professionnel de la santé et un bénéficiaire de soins (patient ou client), qui peut accepter ou décliner l'offre de services ou les mesures recommandées.
- Promotion de la santé — comprend les interventions menées auprès de groupes, ou de la population en général, qui encouragent à adopter des comportements individuels perçus comme ayant des effets positifs sur la santé et qui découragent l'adoption de ceux ayant des résultats négatifs. »
- Protection de la santé — comprend les interventions pratiquées à l'échelle organisationnelle (p. ex., politique des hôpitaux), locale, provinciale, nationale ou internationale qui réduisent les risques pour la santé en modifiant le milieu physique ou social dans lequel les personnes évoluent, de façon à ce que le rôle de chaque bénéficiaire d'une intervention de protection de la santé soit passif ou limité au respect des lois et règlements. »
- Politiques publiques favorables à la santé — comprend les interventions sociales ou économiques qui ont des effets sur les déterminants de la santé et qui touchent donc la santé sans que cette dernière soit considérée comme le principal objectif. »

12 Agence de la santé publique du Canada, « Investir en prévention — La perspective économique » [en ligne], mai 2009; adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/preveco-01-fra.php#a2>



*The New England Journal of Medicine* a publié, le 14 février 2008, un article<sup>13</sup> intitulé « Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates », rédigé par Joshua T. Cohen, Ph.D., Peter J. Neumann, Sc.D., and Milton C. Weinstein, Ph.D. Cet article a été écrit lors de la campagne présidentielle américaine de 2008, alors que plusieurs candidats énonçaient des généralités sur les économies découlant de la prévention. Les auteurs de cet article ont analysé 599 articles, publiés entre les années 2000 et 2005, sur les coûts et les bénéfices de diverses mesures de prévention. En voici un extrait : « Our findings suggest that the broad generalizations made by many presidential candidates can be misleading. These statements convey the message that substantial resources can be saved through prevention. Although some preventive measures do save money, the vast majority reviewed in the health economics literature do not. Careful analysis of the costs and benefits of specific interventions, rather than broad generalizations, is critical. Such analysis could identify not only cost-savings preventive measures but also preventive measures that deliver substantial health benefits relative to their net costs. This analysis could also identify treatments that are cost-saving or highly efficient (i.e. cost effective). »

Par ailleurs, *The Journal of the American Dental Association* a publié une étude<sup>14</sup> intitulée « Reducing early childhood caries in a Medicaid population », en avril 2015, sur l'efficacité de neuf mesures de prévention auprès de la population de Medicaid de New York. Ces mesures visent les « water fluoridation, fluoride varnish, fluoride toothpaste, medical screening and fluoride varnish application, bacterial transmission reduction, motivational interviewing, dental prevention visits, secondary prevention, and combinations ». Les résultats de cette étude indiquent que : « Model simulations help project 10-year disease reductions and net savings from water fluoridation, motivational interviewing, and fluoride toothpaste. Interventions requiring health professionals cost more than they save. Interventions that target children at high risk, begin early, and combine multiple strategies hold greatest potential. Defluoridating New York City would increase disease and costs dramatically. »

Ce survol indique qu'il ne faut pas croire qu'une mesure de prévention, quelle qu'elle soit, génère des économies.

Donc, quand les auteurs du document de l'OHDQ indiquent, à la page 10, que « les coûts de prévention en santé buccodentaire sont abordables, alors que les coûts de restauration dentaire sont dispendieux », cela ne veut strictement rien dire sur le ratio coûts/bénéfices de l'une ou l'autre des cinq mesures qu'ils suggèrent.

**N'importe quelle action ayant un caractère préventif ne se justifie pas en soi. Il est même possible qu'une mesure de prévention spécifique ait un coût plus élevé que les bénéfices qu'elle génère.**

**Dans un contexte de ressources financières limitées, les preneurs de décision gouvernementaux doivent déterminer, parmi un ensemble de mesures préventives, lesquelles présentent le meilleur ratio coûts/bénéfices. Pour ce faire, des études rigoureuses de diverses natures, basées sur des données probantes, doivent être faites dans le cadre des travaux visant la prévention.**

---

13 Joshua T. Cohen, Peter J. Neumann and Milton C. Weinstein, « Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates » [en ligne], *The New England Journal of Medicine*, 14 février 2008; adresse : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0708558>

14 Burton L. Edelstein, Gary Hirsch, Marcy Frosh and Jayanth Kumar, « Reducing early childhood caries in a Medicaid population » [en ligne], *The Journal of the American Dental Association*, volume 146, n° 4 (avril 2015), p. 224-232; adresse : [http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(15\)00221-4/fulltext](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(15)00221-4/fulltext)



## 2.3. SOINS PRÉVENTIFS DANS LES CABINETS DENTAIRES

Il est très surprenant que le document de l'OHDQ n'aborde pas le travail préventif actuellement fait par 92 % des quelque 6 000 hygiénistes dentaires pratiquant au sein des cabinets dentaires du Québec, tous membres de l'OHDQ. Comment est-il possible de ne pas tenir compte de leur contribution à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois?

Il est évident que les hygiénistes dentaires, membres de l'équipe des cabinets dentaires, rendent actuellement des soins d'hygiène de très haute qualité, qui font partie d'un plan de traitement global, adapté aux besoins de chacun des patients et élaboré par un dentiste à la suite de son examen et de son diagnostic.

**Le document de l'OHDQ est incomplet car il fait totalement abstraction du rôle des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés, qui représentent 92 % des membres de cet ordre. Les auteurs de ce document auraient dû analyser les points forts et les faiblesses de leur travail et faire des recommandations, si nécessaire, pour améliorer leur pratique en cabinet dentaire.**

## 3. COÛT DES SOINS DENTAIRES COMME BARRIÈRE À L'ACCESSIBILITÉ

### 3.1. MOTIFS POUVANT EXPLIQUER LA NON-CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DENTAIRES

En se référant toujours à l'étude<sup>15</sup> de l'ISQ mentionnée à la section 1 (voir p. 16), on retrouve des motifs pouvant expliquer pourquoi les personnes n'ont pas consulté un professionnel des soins dentaires depuis 3 ans et plus. Parmi les plus fréquents, on indique :

- « Le coût (10 % au Québec contre 20 % dans le reste du Canada). »

Le coût est invoqué par seulement 10 % des personnes de 45 ans et plus n'ayant pas consulté un professionnel de soins dentaires durant 3 ans et plus au Québec, alors que ce pourcentage est de 20 % dans le reste du Canada.

- « Ce n'était pas nécessaire selon le répondant (57 % au Québec contre 39 % dans le reste du Canada). »
- « Le port d'un dentier (25 % au Québec contre 33 % dans le reste du Canada). »

En combinant les motifs « ce n'était pas nécessaire » et « le port d'un dentier », on obtient 82 % (57 % plus 25 %) pour les Québécois de 45 ans et plus, comparativement à 72 % (39 % plus 33 %) dans le reste du Canada.

Un constat comparable visant cette fois toute la population se retrouve dans une analyse<sup>16</sup>, publiée par le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, intitulée « Perceptions et expériences de soins de la population : Le Québec comparé, Résultats de l'Enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth de 2013 ». On peut y lire : « Au Québec, 15 % des répondants mentionnent ne pas avoir eu des soins ou des examens dentaires en raison du coût. C'est un résultat assez favorable comparativement à ceux des pays participants. Au Canada, ce pourcentage est de 21 %. »

Nul ne peut donc conclure que cet élément est le facteur déterminant de la demande de services buccodentaires.

---

15 Rosanna Baraldi avec la collaboration de Valeriu Dumitru, « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés au Québec : une comparaison avec le reste du Canada » [en ligne], Zoom-Santé, n° 48 (novembre 2014), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, p.8; adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>

16 Commissaire à la santé et au bien-être 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 » [en ligne], 2014, p.102 ; adresse : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE\\_Rapport\\_Commonwealth\\_Fund\\_2013.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013/CWF/CSBE_Rapport_Commonwealth_Fund_2013.pdf)

Enfin, l'étude<sup>17</sup> de l'ISQ sur la comparaison Québec-Reste du Canada pour les personnes âgées de 45 ans et plus fournit des données sur le fait d'avoir ou non une assurance :

- « Parmi les personnes ayant déclaré avoir une assurance couvrant les frais dentaires, la proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant les 12 mois précédant l'enquête est significativement plus élevée dans le reste du Canada qu'au Québec (81 % contre 72 %). »
- « La proportion des personnes ayant consulté un professionnel des soins dentaires durant la dernière année, qu'elles souscrivent ou non à une assurance, tend à diminuer d'un groupe d'âge à l'autre, et ce, particulièrement à partir de 65 ans. »

Cela confirme également le fait que plusieurs facteurs influencent le niveau d'accès aux soins dentaires d'une population.

Plus spécifiquement en ce qui concerne les enfants, les principes et points de pratique de la Société canadienne de pédiatrie contenus dans un document<sup>18</sup> intitulé « Les soins buccodentaires des enfants — un appel à l'action », reconduits le 1<sup>er</sup> février 2016, présentent une constatation importante qui appuie l'analyse ci-dessus : « Dans une étude menée en Nouvelle-Écosse, l'accès à un programme gouvernemental d'assurance dentaire universelle n'a pas éliminé les écarts des taux de carie selon la situation socioéconomique. D'après cette observation, on ne peut réduire les écarts en matière de santé buccodentaire en se fiant seulement à l'accès universel aux soins buccodentaires. Il faut donc orienter des efforts vers la compréhension des déterminants sociaux et comportementaux plus vastes de la santé buccodentaire. »

On lit à la page 47 du document de l'OHDQ 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. » Force est de reconnaître qu'une telle affirmation est une simplification de la réalité, qui ne reflète pas la situation complexe liée à l'utilisation des soins dentaires. Cela est d'autant plus vrai si l'analyse porte spécifiquement sur les groupes les plus vulnérables.

**Le document de l'OHDQ oriente la discussion dans un sentier étroit, en mettant l'accent sur la barrière tarifaire et la capacité de payer comme éléments les plus importants de réduction de l'accès aux soins dentaires. Même si le coût des soins dentaires est un des facteurs, aucune étude sérieuse ne le présente comme le facteur principal. De nombreuses sources font le lien entre les facteurs sociaux, comportementaux et culturels et l'utilisation des services buccodentaires, ces facteurs étant d'autant plus déterminants chez les groupes vulnérables.**

---

17 Rosanna Baraldi avec la collaboration de Valeriu Dumitru, « Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés au Québec : une comparaison avec le reste du Canada » [en ligne], Zoom-Santé, n° 48 (novembre 2014), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, p.10; adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201411.pdf>

18 Société canadienne de pédiatrie, « Les soins buccodentaires des enfants — un appel à l'action » [en ligne], Principes et points de pratique, janvier 2013 (reconduits en février 2016); adresse : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/soins-buccodentaires-des-enfants>

## 3.2. RÔLE DES ASSURANCES PRIVÉES

L'ISQ indique, dans le volume 1 de son Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011<sup>19</sup>, que 44 % des personnes de 15 ans et plus participent à un régime d'assurance privé couvrant les soins dentaires. Toutefois, on ne connaît pas précisément la portion assurée des honoraires demandés dans les réclamations transmises aux assureurs privés. Compte tenu des franchises, des coassurances, des codes d'actes exclus, des limitations sur la fréquence de certains actes, des maximums annuels remboursables, il est évident que le pourcentage effectivement remboursé est nettement inférieur à 100 %. Par conséquent, étant donné ces éléments et le montant d'honoraires au Québec qui est d'environ 1,7 milliard, le montant de 1,1 milliard indiqué dans le document de l'OHDQ, à la page 15, est nettement surestimé. Sur la base des données<sup>20</sup> tirées des honoraires versés aux dentistes par le programme Dentaide, au Québec, le montant représentant la portion assurée des soins dentaires par les régimes privés d'assurance est estimé aux alentours de 700 millions.

La participation à un régime d'assurance soins dentaires, lorsqu'il est offert par un employeur, est généralement obligatoire pour les employés, et une portion ou la totalité des primes est assumée par l'employeur. Ainsi, la situation économique générale, le secteur d'activités, la taille de l'entreprise et la concurrence entre entreprises sont pris en compte dans la décision d'un employeur d'offrir ou non un régime collectif d'assurance soins dentaires à ses employés. Ce n'est pas un individu qui décide de mettre sur pied un régime d'assurance soins dentaires.

Mais avant tout, pourquoi le document de l'OHDQ met-il autant d'emphase sur les régimes privés d'assurance. Que veut-on démontrer? Il est difficile de voir la pertinence de telles données compte tenu des préoccupations soulevées à propos des groupes les plus vulnérables et de leur faible utilisation des services buccodentaires, à savoir :

- les personnes en perte d'autonomie, en CHSLD, en centres d'hébergement ou à domicile;
- les enfants du Québec visés par le programme de santé dentaire publique en milieu scolaire.

On retrouve dans le document de l'OHDQ, à la page 16, une autre affirmation concernant l'assurance : à l'avenir, « 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. » Sur quoi repose une telle anticipation, plutôt pessimiste? Existe-t-il une étude permettant de tirer une telle conclusion? Le document de l'OHDQ n'en mentionne aucune et ne fait aucune démonstration pouvant appuyer une telle affirmation.

**Les régimes privés d'assurance soins dentaires ne peuvent que jouer un rôle très limité auprès des groupes les plus vulnérables. De plus, aucune démonstration n'est présentée dans ce document qui permette de croire que l'importance de l'assurance soins dentaires privée diminuera dans les années à venir.**

19 Institut de la statistique du Québec, « Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 » [en ligne], volume 1, 2011, tableau 2.11, p. 43; adresse : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/generale/experience-soins-metho.pdf>

20 Société de services dentaires (ACDQ) inc., données non publiées, mars 2016

### 3.3. LE REVENU FAMILIAL

Le document de l'OHDQ indique que « la population à faible revenu bénéficie très peu des services de l'hygiène dentaire. » Il aurait fallu également mentionner les soins curatifs. Comment peut-on parler de prévention sans se préoccuper que les besoins en soins curatifs soient comblés et que l'état de la bouche soit sain?

Les ménages à faible revenu ont de nombreux problèmes à régler relativement à une multitude de besoins essentiels : logement, nourriture, transport, médicaments, soins dentaires, soins de la vue, etc. La solution à ces problèmes doit être globale et repose sur des choix de société. Comme nous le verrons dans les sections qui suivent, aucune mesure suggérée dans le document de l'OHDQ ne permet d'améliorer l'accès aux soins buccodentaires de ce groupe de manière spécifique.

Encore une fois, on ne doit pas croire que les régimes privés d'assurance sont une solution possible pour le groupe de personnes à faible revenu. Ces personnes travaillent dans des secteurs d'activités regroupant très souvent des employeurs qui n'ont pas les moyens de mettre sur pied des régimes collectifs.

À la page 15 du document de l'OHDQ, on dit que « 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. » Sur quoi repose cette affirmation?

Comme nous l'avons déjà souligné (voir section 3.1), l'élimination de la barrière tarifaire à l'aide de programmes publics, comme celui visant les prestataires d'une aide financière de dernier recours, ne suffit pas à les inciter à fréquenter massivement les cabinets dentaires et à recevoir les soins requis. De nombreux facteurs, autres que le coût, sont en cause.

**L'emphase que met le document de l'OHDQ sur le niveau de revenu familial des personnes à faible revenu relève de la même idée reliant principalement le manque d'accès aux soins dentaires à la barrière tarifaire. Pour ce groupe également, d'autres facteurs entrent en ligne de compte. De plus, ce document crée de la confusion en ce qui a trait à la possibilité pour une personne à faible revenu de souscrire une assurance soins dentaires privée.**

## 4. CRÉATION D'UNE PRATIQUE INDÉPENDANTE POUR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES

Comme l'indique le document de l'OHDQ, « 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. » Effectivement, il n'existe aucune étude sur cette question, ni au Québec ni ailleurs au Canada.

### 4.1. EXPÉRIENCE DES AUTRES PROVINCES

À la page 47 de ce document, les auteurs affirment que le fait de rendre la pratique des hygiénistes indépendante ailleurs au Canada a permis, presque partout, « de rendre les soins buccodentaires plus abordables et plus accessibles à l'ensemble des citoyens », sans fournir aucune étude comme référence pour appuyer leurs dires. Ils poursuivent en prétendant, à la page 25, que les bureaux privés d'hygiénistes dentaires ailleurs au Canada « permettent de rejoindre des individus et des groupes jusqu'ici ignorés par l'offre actuelle de services dentaires », sans en faire la démonstration. On y indique également, sans fournir la source, que la moitié des 400 bureaux privés hors Québec, parmi lesquels 200 seraient en Ontario, offrent des services mobiles à domicile ou dans les résidences pour personnes en perte d'autonomie.

Or, notre analyse de la situation en Ontario, tirée des renseignements publiés sur le site<sup>21</sup> de l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, révèle une autre image de la pratique indépendante des hygiénistes dentaires. On y observe que :

- Seulement 168 hygiénistes pratiquent de manière indépendante.
- De ce nombre, 102 hygiénistes travaillent dans un cabinet dentaire (avec un dentiste).
- Parmi les 66 hygiénistes indépendantes ne travaillant pas avec un dentiste, 51 pratiquent en bureau privé ou en offrant des services mobiles (il y a 15 hygiénistes dont le lieu de pratique n'est pas indiqué).
- Enfin, 121 hygiénistes sur les 168 se trouvent dans des grands centres.

Ainsi, en prenant en compte qu'il y a au Québec 6 000 hygiénistes et qu'en Ontario, on en dénombre quelque 13 000, le nombre attendu d'hygiénistes indépendants pratiquant en dehors des cabinets dentaires au Québec serait au nombre de 30 et non de 250, comme le soutient le document de l'OHDQ.

Même si quelques bureaux privés d'hygiénistes dentaires existent hors Québec, on ne retrouve aucune donnée sur le pourcentage de leurs patients qui reçoivent des services mobiles, ni sur les caractéristiques socioéconomiques des patients vus en bureau privé et de ceux traités en établissement ou à domicile, ni sur le pourcentage du temps que ces hygiénistes consacrent aux déplacements dans leurs visites aux établissements ou à domicile. Enfin, aucune indication ne permet de savoir qui paie pour ces services dans les différentes provinces.

21 College of Dental Hygienists of Ontario (CDHO), « Find a Registered Dental Hygienist » [en ligne], <http://www.cdho.org/>, consulté le 24 mars 2016

Si on fait référence à des expériences dans les autres provinces, on doit fournir tous les éléments de la question à l'étude. Ainsi, pour chacune des provinces, il faudrait indiquer clairement, dans la comparaison, la description des actes que les hygiénistes peuvent poser de manière indépendante, l'exigence ou non d'ordonnances (écrites ou verbales, collectives ou individuelles) d'un dentiste, l'imposition ou non d'une durée maximale entre les soins rendus par un hygiéniste et le dernier examen du dentiste, les formations additionnelles requises pour qu'un hygiéniste ait le droit de pratiquer de manière indépendante, etc.

Tous ces aspects de la pratique indépendante des hygiénistes hors Québec sont importants et influencent grandement le nombre d'hygiénistes indépendants, le nombre de services rendus, le type de patients traités, les honoraires requis et la qualité des soins.

**Le nombre de bureaux indépendants d'hygiénistes hors Québec est très faible.**

**Avant d'affirmer quoi que ce soit quant à l'efficacité de l'expérience, positive ou non, des autres provinces, il faudrait connaître le nombre moyen de patients traités par les hygiénistes pratiquant de manière indépendante, leur type de patients, leurs frais d'exploitation, le nombre moyen d'hygiénistes par bureau, l'organisation du milieu de pratique dans les résidences pour personnes en perte d'autonomie, les divers payeurs, etc.**

## 4.2. GUICHET UNIQUE

Le secteur des services dentaires au Québec a mis en place un guichet unique, le cabinet dentaire, qui offre aux patients tous les examens et la vaste majorité des soins requis par leur état buccodentaire au même endroit. Le monde médical tend également, depuis plusieurs années, à instaurer un guichet unique, reconnaissant les nets avantages d'un tel regroupement de ressources et de services professionnels pour les patients.

Parmi les avantages découlant de l'organisation actuelle des soins dentaires, mentionnons :

- Le patient n'a pas à se déplacer d'un endroit à un autre, il peut prendre ses rendez-vous en un seul point, et il bénéficie d'un dossier centralisé regroupant tous les renseignements pertinents, peu importe le professionnel ayant effectué les soins.
- Un guichet unique facilite la collaboration de tous les intervenants, permet des gains d'efficacité et des économies d'échelle, de même que l'établissement d'un plan de traitement complet et intégré à la suite de l'examen du patient par le dentiste.

Le document de l'OHDQ n'examine pas les conséquences sur la population d'une séparation en silo de la pratique des divers intervenants en soins.

En outre, afin de permettre aux patients d'obtenir tous les examens, soins d'hygiène et curatifs dont ils ont besoin et qu'ils peuvent recevoir actuellement en cabinet dentaire, il aurait fallu analyser les pertes de temps et les frais additionnels que devraient assumer ceux qui décideraient de recevoir les soins d'hygiène dans un bureau privé d'hygiénistes, alors que les examens et les soins curatifs seraient rendus dans un cabinet dentaire : deux déplacements, deux prises de rendez-vous, double perte de temps au travail.

Le document de l'OHDQ esquive la question des conséquences de l'éclatement du guichet unique que représente le cabinet dentaire. Est-ce vraiment dans l'intérêt des patients d'avoir la possibilité de recevoir des soins en bureau privé d'hygiéniste, alors que les examens et autres services dentaires demeureraient dans les cabinets dentaires? On doit prendre en compte les pertes de temps et d'argent des patients dans les analyses coûts/bénéfices.

### 4.3. SITUATION MONOPOLISTIQUE DANS LES SERVICES DENTAIRES

Contrairement à ce que le document de l'OHDQ prétend, il n'y a pas de situation monopolistique dans les services dentaires, pas plus qu'il y en a pour les services des architectes, des avocats, des comptables ou de tout autre professionnel ayant un champ de pratique exclusif.

Chaque dentiste demeure le seul responsable des tarifs qu'il pratique en fonction du contexte de l'endroit où se trouve son cabinet, de ses frais d'exploitation propres, du type de soins offerts. Même si l'ACDQ met un *Guide des tarifs* à la disposition de ses membres, celui-ci est publié à titre indicatif.

Une étude<sup>22</sup> des honoraires demandés aux assureurs privés, effectuée conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2012, établit à 92 % en moyenne les tarifs demandés par rapport à ceux suggérés dans le *Guide des tarifs* de l'ACDQ pour l'ensemble des dentistes du Québec.

Fait important, les tarifs demandés par les dentistes par rapport à ceux suggérés dans le Guide varient selon la catégorie de soins. Cette variation de tarifs découle des caractéristiques des actes, de l'équipement requis, de la durée nécessaire pour les effectuer et du personnel des cabinets dentaires impliqué dans leur prestation. Non seulement les tarifs des services d'hygiène sont-ils parmi les plus bas du *Guide des tarifs* de l'ACDQ, mais ce sont ces services dont les tarifs facturés par les dentistes présentent le plus grand écart, à la baisse, par rapport aux tarifs suggérés dans le Guide de l'ACDQ, soit près de 83 % de ces derniers.<sup>23</sup>

Le document de l'OHDQ poursuit en laissant entrevoir, à la page 15, que, si les hygiénistes dentaires pouvaient négocier directement les tarifs de leurs services avec l'État, ce dernier ferait des économies. Or, en regard du programme public de soins dentaires, cela est faux :

- Les services pouvant être rendus par les hygiénistes ne sont pas inclus dans le panier de services du programme<sup>24</sup> public visant les enfants de moins de 10 ans : la création de bureaux indépendants d'hygiénistes dentaires n'y changerait rien.

22 Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Étude conjointe de l'ACDQ et du MSSS dans le cadre de négociations, données non publiées, 2012

23 Ibid

24 Régie de l'assurance maladie du Québec, Soins de services dentaires; adresse : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>



- En ce qui a trait au programme<sup>25</sup> public de soins dentaires visant les prestataires d'une aide financière de dernier recours, les actes de prévention totalisent une masse de 11,5 millions en 2014-2015, et la moyenne des tarifs de ces actes de prévention est égale à 53 % de ceux suggérés dans le *Guide des tarifs* de l'ACDQ. Avec un tel niveau de tarifs, comment les auteurs du document de l'OHDQ peuvent-ils affirmer que la pratique indépendante des hygiénistes engendrerait des économies pour l'État, sans en faire la démonstration?

Sur quelles données rigoureuses tirées de l'expérience du Québec se basait le Bureau de la concurrence du Canada, en 2005, lorsqu'il fait le commentaire<sup>26</sup> suivant, présenté à la page 28 du document de l'OHDQ : « 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. » Le fait de préciser que « nous croyons comprendre » n'est pas très convaincant. Est-ce que cet organisme ferait le même commentaire en 2016, sur la base de l'expérience des autres provinces?

À la page 47 du document de l'OHDQ, un tarif horaire de 130 \$ est indiqué comme coût moyen payé par un citoyen pour les services rendus par un hygiéniste dentaire dans un cabinet dentaire. Ce coût est une estimation raisonnable dans le cas où le patient n'est pas couvert par le régime public. En contrepartie, les auteurs du document de l'OHDQ ont retenu un tarif horaire moyen de 87 \$, qui serait facturé par les hygiénistes travaillant dans des bureaux indépendants. Malheureusement, il n'y a aucune démonstration du bien-fondé de cette hypothèse, qui est purement théorique puisque aucun bureau indépendant d'hygiénistes n'existe actuellement au Québec.

Le document de l'OHDQ ne fournit aucune indication sur la répartition des honoraires moyens de 87 \$ des hygiénistes entre les nouveaux patients et les patients fidélisés.

En regardant le guide des tarifs de l'Ontario Dental Hygienists' Association (ODHA)<sup>27</sup> et celui de l'Ontario Dental Association (ODA) de janvier 2016, les honoraires suggérés pour un adulte fréquentant un bureau privé d'hygiéniste sont les suivants :

**TABLEAU 5**

**Comparaison des honoraires de soins d'hygiène suggérés pour un adulte fréquentant un bureau privé d'hygiéniste et un cabinet dentaire en Ontario**

	Ontario Hygiénistes	Ontario Dentistes
<b>Nouveau patient</b> (détartrage — 45 minutes, prophylaxie (22,5 minutes), conseil d'hygiène)	245 \$	265 \$
<b>Patient fidélisé</b> (détartrage — 30 minutes, prophylaxie (15 minutes), rappel de conseil d'hygiène)	157 \$	169 \$

25 Régie de l'assurance maladie du Québec, comparaisons faites par l'auteur de données tirées de fichiers fournis aux parties négociantes (le MSSS et l'ACDQ), données non publiées 2012

26 Bureau de la concurrence du Canada, « Loi sur les hygiénistes dentaires — Loi concernant la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire » [en ligne], décembre 2005; adresse : [http://odha.scholarlab.com/drupal/system/files/pdf/FG.2016\\_0.pdf](http://odha.scholarlab.com/drupal/system/files/pdf/FG.2016_0.pdf)

27 Ontario Dental Hygienists' Association, *Suggested Fee Guide for Dental Hygienists*, January 1, 2016; adresse : [http://odha.scholarlab.com/drupal/system/files/pdf/FG.2016\\_0.pdf](http://odha.scholarlab.com/drupal/system/files/pdf/FG.2016_0.pdf)

- Si l'hygiéniste ontarien offre des services mobiles et doit se rendre à domicile ou dans un établissement, le guide de cette association suggère d'ajouter de 33,16 \$ à 66,33 \$.

De cette comparaison, il ressort que :

- L'écart entre les tarifs suggérés par l'ODHA et l'ODA pour les soins d'hygiène est très faible.
- Non seulement, et cela est compréhensible, les honoraires varient-ils de manière appréciable s'il s'agit d'un nouveau patient ou d'un patient fidélisé, mais le niveau des honoraires apparaissant dans le guide des tarifs de l'ODHA est nettement supérieur à celui suggéré dans le document de l'OHDQ. Comment réconcilier cet écart?

Toujours selon la situation ontarienne, cette anticipation d'une réduction de tarifs ne s'est pas concrétisée. En juin 2013, lors de la Canadian Public Health Association 2013 Annual Conference, G. Randall et P. Wakefield de la McMaster University DeGroote School of Business ont présenté les résultats de leur étude intitulée « Exploring the Impact of Expanded Roles for Dental Hygienists in Ontario ». <sup>28</sup> Sur les questions d'une plus grande efficacité et d'honoraires plus bas, leur conclusion est la suivante : « Improved efficiency and lower cost to the health system? No. Individuals who thought there may have been some cost saving (and lower fees) generally found that the cost of operating independent practices (with all of the associated overhead costs) meant they were unable to have any dramatic reduction in fees charges. »

**À moins de fournir des études sérieuses et pertinentes pour le Québec, l'affirmation contenue dans le document de l'OHDQ, selon laquelle une offre de services indépendante du cabinet dentaire amènerait une meilleure efficacité sociale et économique, doit être vue comme sans fondement. De plus, sur quelles bases les auteurs du document de l'OHDQ se sont-ils appuyés pour retenir une hypothèse de réduction d'honoraires de 33 % dans le cadre d'une pratique indépendante des hygiénistes?**

#### 4.4. CLIENTÈLE VISÉE PAR LES BUREAUX INDÉPENDANTS DES HYGIÉNISTES

Sans être précis, le document de l'OHDQ laisse croire que les patients qui reçoivent des soins dans des bureaux indépendants d'hygiénistes seraient principalement des personnes qui ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires. Mais rien n'empêcherait des patients des cabinets dentaires de se diriger vers ces nouveaux bureaux. Ceux-ci pourraient le faire pour différentes raisons : bureau situé plus près de leur résidence, connaissance de l'hygiéniste, etc. Ce transfert de patients devrait être pris en compte dans l'évaluation des gains supposés découlant de la pratique indépendante des hygiénistes.

À la page 49 du document de l'OHDQ, on espère que dans 10 ans il y aura 250 hygiénistes dentaires indépendants, traitant chacun 500 patients par année, ce qui pourrait être un « incitatif significatif pour la population qui ne fréquente pas le cabinet dentaire (43 % de la population québécoise, soit 3 532 450 citoyens). » Il faut noter ici les points suivants :

28 G. Randall et P. Wakefield, « Exploring the Impact of Expanded Roles for Dental Hygienists in Ontario » [en ligne], McMaster University DeGroote School of Business, juin 2013, p.6; adresse : <http://rorrhs-ohhrrm.ca/images/stories/Randall.pdf>

- Comme démontré à la section 1 (voir p. 16) du présent rapport, il est faux de prétendre que 3 532 450 Québécois ne fréquentent pas les cabinets dentaires. Les 57 % auxquels fait référence le document de l'OHDQ ne visent que les Québécois âgés de 45 ans et plus. Si on retient ceux de ce groupe d'âge qui ont consulté leur professionnel depuis moins de 3 ans, ce pourcentage atteint 75,6 %. De plus, on ne peut pas utiliser ce pourcentage pour les Québécois âgés de moins de 45 ans.
- Le nombre projeté de 250 hygiénistes dentaires sur 10 ans apparaît nettement surestimé par rapport à la situation observée en Ontario (voir p. 30).
- Le document de l'OHDQ ne fournit aucune indication sur la façon dont a été établi le nombre de 500 patients par hygiéniste indépendante. Quelle proportion de ceux-ci ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires? Quelle proportion de ces patients se retrouverait dans les groupes les plus vulnérables de la société? Combien seraient vus à domicile ou dans un établissement?
- Selon les données financières présentées à la page 48 du document de l'OHDQ, « avec un écart de 43 \$ l'heure par rapport au prix demandé au cabinet dentaire, un hygiéniste dentaire indépendant fera économiser annuellement 64 500 \$ à l'ensemble de sa clientèle », soit 130 \$ moins 87 \$ multiplié par 1 500 heures facturées par année par hygiéniste. Ainsi, chaque hygiéniste pratiquant de manière indépendante dans un bureau privé facturerait 87 \$ pour chacune des 1 500 heures par année passées à rendre des soins d'hygiène à ses patients. Le nombre supposé de patients par hygiéniste étant de 500, chaque patient recevrait des soins 3 heures par année. Chacun d'eux débourserait 261 \$ annuellement pour les services d'hygiène reçus en bureau privé d'hygiéniste (soit 87 \$ fois 3 heures). Même si, selon les auteurs de ce document, cela représente une baisse d'honoraires par rapport aux honoraires facturés par les cabinets dentaires, il n'en demeure pas moins que ce montant annuel de 261 \$ constituerait une nouvelle dépense pour tous les patients qui ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires, et non pas une réduction d'honoraires.

Le document de l'OHDQ prétend, à la page 26, que le seul fait que les hygiénistes dentaires aient des bureaux privés permettrait de « mieux saisir les composantes de la demande de service, de dresser le profil des consommateurs, de définir les problématiques et d'identifier des solutions. » Tout cela relève d'études faisant appel à l'expertise des dentistes en santé publique. La raison d'être d'un cabinet privé porte sur la prestation de soins buccodentaires aux patients, soins de la meilleure qualité donnés avec la meilleure efficacité et au meilleur coût, et ne vise pas la cueillette de données pour des études épidémiologiques.

**Il n'y a aucun élément présenté dans le cadre d'une pratique indépendante d'hygiénistes qui permet de croire que celle-ci viserait principalement les personnes faisant partie de groupes vulnérables ou ne fréquentant pas actuellement les cabinets dentaires.**

## 4.5. FORMATION DES HYGIÉNISTES DENTAIRES

Sous un autre angle, en demandant une pratique indépendante pour les hygiénistes dentaires, les auteurs du document de l'OHDQ sous-entendent que l'examen préalable d'un patient par un dentiste, fait avant la prestation des soins d'hygiène, et l'élaboration d'un plan de traitement global adapté aux besoins du patient à la suite du diagnostic posé par ce dentiste n'ont aucune valeur. Un tel examen permet, entre autres, de diagnostiquer tout problème dentaire, comme une infection latente ou toute autre affection, devant être traité avant les soins préventifs.

Dans le cadre d'une pratique indépendante d'hygiénistes, qui ferait cet examen et qui établirait le diagnostic sur l'état de santé buccodentaire d'un patient? Les hygiénistes dentaires n'ont pas la formation pour le faire.

Le document de l'OHDQ passe complètement sous silence cette question. Il serait nécessaire, dans l'analyse des avantages et inconvénients pouvant découler de la pratique indépendante des hygiénistes, de l'analyser du point de vue de la santé publique et de la qualité des soins à rendre à la population. Cet aspect de la suggestion présentée dans le document de l'OHDQ, qui doit être étudié avec soin par des experts en ce domaine, déborde le cadre de la présente analyse.

Les répercussions de la pratique indépendante des hygiénistes sur leur formation et sur la qualité des soins ne font pas partie de l'analyse présentée dans le document de l'OHDQ. Ces deux éléments sont pourtant associés aux mesures suggérées dans ce document et devraient être étudiés.

## 4.6. PETITE ENFANCE

La lecture des principes et points de pratique énoncés par la Société canadienne de pédiatrie et intitulés « Les soins buccodentaires des enfants — un appel à l'action »,<sup>29</sup> reconduits le 1<sup>er</sup> février 2016, est fort instructive. Dans son résumé, il est clairement dit :

- « Selon des données probantes solides, les visites préventives chez le dentiste améliorent la santé buccodentaire et réduisent les frais subséquents, et selon de bonnes données probantes, la fluorothérapie réduit le taux de caries dentaires, particulièrement pour les populations à haut risque. Les pédiatres et les médecins de famille contribuent énormément à déterminer quels enfants sont très vulnérables à une maladie dentaire et à prôner des soins dentaires plus complets et plus universels pour les enfants. »
- « Puisqu'à l'ordinaire, les enfants rencontrent un médecin de famille ou un pédiatre avant d'aller chez le dentiste pour la première fois, les dispensateurs de soins de première ligne jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé buccodentaire chez les enfants à haut risque de maladie dentaire et donner des conseils préventifs aux familles. Souvent, ils doivent également affronter les complications systémiques des caries dentaires non traitées. »

Enfin, parmi les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie, mentionnons les mesures suivantes :

- « S'assurer que tous les enfants de leur territoire de compétence respectif profitent du même accès aux soins buccodentaires thérapeutiques et préventifs de base, quel que soit leur lieu de résidence ou la situation socioéconomique de leur famille. »
- « S'assurer qu'à un an, tous les enfants soient affiliés à un dentiste afin de recevoir des soins buccodentaires. »
- « Soutenir les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie et de l'Association dentaire canadienne en matière de suppléments de fluorure. »

---

29 Société canadienne de pédiatrie, « Les soins buccodentaires des enfants — un appel à l'action » [en ligne], Principes et points de pratique, janvier 2013 (reconduits en février 2016); adresse : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/soins-buccodentaires-des-enfants>

- « Prioriser les recherches sur les pratiques dentaires pédiatriques probantes et les effets à long terme des déterminants sociaux sur la santé buccodentaire. »
- « Donner aux dispensateurs de soins pour enfants un enseignement et une formation continue convenables en santé buccodentaire, faisant ressortir l'évaluation du risque précoce et la dispensation de conseils préventifs. »
- « Élaborer une approche multidisciplinaire des soins de santé buccodentaire en pédiatrie, à laquelle participent les médecins, les dentistes, les hygiénistes, les infirmières et les écoles. »

On ne retrouve rien qui suggère de rendre indépendante la pratique des hygiénistes dentaires.

En ce qui concerne la petite enfance, le document de l'OHDQ recommande que le gouvernement embauche 33 hygiénistes à temps plein, qui seraient répartis sur tout le territoire québécois. Il n'indique pas comment se feraient les interventions des hygiénistes sur le terrain pour rejoindre la totalité des parents des enfants de ce groupe. De plus, les questions suivantes se posent :

- Comment ces hygiénistes seraient-ils liés aux autres intervenants (pédiatres, omnipraticiens, infirmières, etc.)?
- Comment cette mesure pourrait-elle servir d'argument en faveur de l'indépendance de la pratique des hygiénistes?
- Comment les actes de ces hygiénistes seraient-ils intégrés aux travaux des dentistes en santé publique sur ces territoires?
- Comment se feraient les interventions des 33 hygiénistes, qui seraient répartis sur tout le territoire québécois, pour avoir une portée significative?

**Cette idée de créer 33 postes équivalant à un temps plein d'hygiénistes dentaires affectés à la petite enfance est vague. Que feraient-ils dans le cadre de cette mesure et quel serait leur milieu de pratique? De plus, elle ne semble pas s'inscrire dans une démarche adaptée aux problèmes propres à la petite enfance et intégrée au travail de tous les intervenants.**

## 4.7. ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE

Le document de l'OHDQ déplore le manque de ressources d'hygiénistes dentaires affectés au programme de scellement chez les enfants de deuxième année du primaire et le fait que ce soit des dentistes en santé publique qui fassent le travail de repérage des dents saines à sceller.

La question du manque de ressources n'a rien à voir avec l'indépendance de la pratique des hygiénistes dentaires, mais plutôt avec la capacité de payer du gouvernement. Le fait que les hygiénistes dentaires soient indépendants n'augmenterait pas le nombre d'hygiénistes affectés à ce programme visant les enfants de deuxième année du primaire.

Après vérification auprès de l'Association des dentistes de santé publique du Québec (ADSPQ) en mars 2016, on ne connaît pas le nombre moyen d'heures consacrées par les hygiénistes à l'accompagnement des dentistes en santé publique lors de la sélection des enfants devant recevoir l'application d'agents de scellement en milieu scolaire. Même si on pouvait libérer un certain nombre d'heures en rendant les hygiénistes indépendants, il faudrait tout de même que ces derniers fassent du dépistage pour repérer les dents qui doivent être scellées, dépistage qu'ils ne font pas actuellement. Le document de l'OHDQ n'aborde

pas cette question. Il serait donc possible que le nombre d'heures consacré à la pose d'agents de scellement soit le même, voire moindre.

À la page 32 du document de l'OHDQ, on indique le salaire des hygiénistes et le salaire des dentistes en santé publique, payables par le gouvernement. Cela ne veut rien dire et n'est pas pertinent, car les responsabilités, les tâches, les exigences et la formation — une technique pour les hygiénistes et un doctorat en médecine dentaire combiné à une maîtrise pour les dentistes en santé publique — ne sont absolument pas comparables.

Le rapport de l'OHDQ souligne qu'il y aurait un dédoublement des activités dans le cadre du programme de scellement chez les enfants de deuxième année du primaire, parce que « (...) des dentistes se déplacent dans les écoles pour faire le travail d'identification des dents saines à sceller. » Or, les hygiénistes dentaires n'ont actuellement ni la formation, une technique acquise au CEGEP, ni le droit de poser un diagnostic selon les normes actuelles. C'est la prérogative des dentistes en vertu de la loi. Comment peut-on alors parler de dédoublement?

Le document fait mention d'un « protocole rigoureux approuvé par les dentistes de santé dentaire publique et l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec », qui prévoit l'absence d'un examen préalable par un dentiste de la bouche des enfants visés par le programme en milieu scolaire. Après vérification auprès de l'ADSPQ, il appert qu'aucun protocole n'a jamais été établi avec les dentistes en santé publique. Selon cette Association, les critères de sélection des enfants doivent être appliqués par le dentiste.

En quoi le fait d'exiger un examen d'un dentiste avant de procéder à l'application d'agents de scellement constitue-t-il une limitation au droit de pratique des hygiénistes dentaires? Y aurait-il des répercussions sur la qualité des soins si l'examen d'un dentiste n'était plus requis comme préalable aux soins d'hygiène? Comme les hygiénistes n'ont pas la formation requise pour poser un diagnostic, il y a un risque qu'il y ait de plus en plus de dents cariées qui seraient scellées, nécessitant ainsi une obturation ultérieure et entraînant, par conséquent, des coûts additionnels. Le document de l'OHDQ n'aborde pas cette question.

**Le lien que fait le document de l'OHDQ entre la pratique indépendante des hygiénistes et un gain d'efficacité dans l'application du programme de pose d'agents de scellement en milieu scolaire pour les enfants de deuxième année du primaire reste à démontrer. Plusieurs aspects sont laissés de côté ou mal documentés.**

## **4.8. PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE, EN CHSLD, EN HÉBERGEMENT OU À DOMICILE**

Les besoins des personnes en perte d'autonomie ne sont pas uniquement de nature préventive, mais aussi de nature curative.

Le rapport de l'OHDQ reconnaît que les ressources financières pour les services buccodentaires sont absentes dans les CHSLD. Même si les soins d'hygiène sont importants, les personnes en perte d'autonomie ont très souvent des besoins criants et immédiats de soins curatifs. Dans nombre de cas, les soins préventifs doivent être précédés de soins curatifs. Le rapport de l'OHDQ mentionne que les dentistes et les denturologistes devront se déplacer : qu'est-ce qui serait mis en place pour inciter ces professionnels à le faire?



Quel serait le milieu de pratique qui permettrait aux dentistes de rendre des soins curatifs de qualité? Qui paierait l'équipement et les fournitures dentaires? Comment seraient-ils rémunérés? Aucune réponse ne figure dans le document de l'OHDQ.

Rappelons ici que le document de l'OHDQ prévoit 2 rendez-vous de l'hygiéniste en moyenne par année par personne. Est-ce que leurs interventions auraient un véritable effet, compte tenu du manque flagrant de ressources pour rendre les soins d'hygiène de base quotidiens à ce groupe de personnes vulnérables?

Pour donner des soins dentaires dans les CHSLD et les centres d'hébergement, quelle que soit la nature de ces soins, il faut prendre en compte plusieurs éléments, dont :

- un endroit convenable dans le CHSLD ou le centre d'hébergement pour effectuer adéquatement les soins;
- le respect des normes d'asepsie;
- le déplacement des personnes en perte d'autonomie avec l'aide du personnel compétent;
- la possibilité pour les préposés aux bénéficiaires de s'occuper de l'hygiène quotidienne de la bouche;
- la disponibilité du personnel afin d'assurer la coordination de toutes les ressources, dont les hygiénistes.

Tout cela entraîne des coûts pour les établissements de la santé, coûts qui ne sont pas relevés dans le document de l'OHDQ.

Fait surprenant, le rapport de l'OHDQ (voir p. 23) établit un lien entre l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie et un avis du Bureau de la concurrence<sup>30</sup>. Cet avis repose sur la prémisse que les hygiénistes dentaires sont « (...) plus flexibles et mobiles en ce qui concerne la prestation de services d'hygiène dentaire que ne le sont les dentistes. » Un tel avis ne repose pas sur un constat basé sur la situation réelle au Québec, mais sur une hypothèse, à savoir que les hygiénistes dentaires s'ils ont plus d'indépendance seront « mobiles » et se rendront dans les CHSLD, les centres d'hébergement ou à domicile pour effectuer des soins de prévention. Pourquoi les hygiénistes dentaires seraient-ils plus mobiles que les dentistes le sont actuellement? Il n'y a rien ici d'évident. Pour être mobile, il faut pouvoir être rémunéré pour le temps de déplacement, obtenir un remboursement des frais de déplacement et de subsistance, s'intégrer dans le système de santé, avoir accès à un lieu approprié, etc. Qui planifierait, coordonnerait et paierait tout cela : les patients eux-mêmes, l'État, le centre? Aucune réponse n'est fournie dans le document de l'OHDQ.

**Rien ne soutient l'hypothèse que les hygiénistes dentaires indépendants seraient plus mobiles et qu'ils pourraient, de ce seul fait, améliorer la santé buccodentaire des personnes en perte d'autonomie. De plus, il n'y a aucune indication sur la façon dont serait intégré le travail des hygiénistes dentaires dans les CHSLD et les établissements. Il est tout à fait prématuré, dû au manque de réponses à de nombreuses questions importantes, d'évaluer les coûts et les bénéfices et, partant, de conclure sur cette question.**

---

30 Bureau de la concurrence du Canada, « Loi sur les hygiénistes dentaires — Loi concernant la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire » [en ligne], décembre 2005; adresse : <http://www.bureaudelaconcurrence.gc.ca/eic/site/cb-bc.nsf/fra/02035.html>

## 4.9. PERSONNES À FAIBLE REVENU

Le seul argument du document de l'OHDQ à l'appui du fait que les personnes à faible revenu auraient un meilleur accès aux soins préventifs concerne l'hypothèse que les honoraires facturés par les hygiénistes indépendants seraient environ 33 % inférieurs à ceux facturés actuellement par les dentistes, soit 87 \$ au lieu de 130 \$. Or, les honoraires facturés par les dentistes tiennent déjà compte des coûts liés à la prestation des services préventifs. De plus, selon une étude<sup>31</sup>, il n'y aurait pas eu de baisse d'honoraires notables découlant de la pratique indépendante des hygiénistes dentaires en Ontario (voir section 4.3).

À la page 48 du document de l'OHDQ, on indique que, pour une personne qui n'a jamais eu de soins d'hygiène dentaire, le coût en cabinet dentaire serait de 900 \$ à 1 500 \$, soit l'équivalent de 2 à 4 rendez-vous d'une heure avec l'hygiéniste dentaire. On continue en précisant que, dans un bureau privé d'hygiénistes dentaires, ce coût serait de 200 \$ à 400 \$ :

- Comment réconcilier cet écart de 75 % avec celui indiqué précédemment, soit 33 % entre les honoraires des cabinets dentaires et ceux des bureaux privés d'hygiénistes? En se limitant aux soins d'hygiène et en utilisant le *Guide des tarifs* de l'ACDQ, on n'arrive pas à atteindre des honoraires de 900 \$ à 1 500 \$ : compare-t-on ici des pommes avec des pommes?
- Ces cas, s'ils existent, sont rarissimes. On ne peut pas baser une justification de la pertinence de la solution proposée par le document de l'OHDQ sur de telles exceptions.

Sur cette question, si 250 hygiénistes dentaires pratiquaient dans un bureau privé indépendant, alors qu'il y aurait quelque 5 520 (6 000 multiplié par 92 %) hygiénistes pratiquant dans les cabinets dentaires, comment peut-on affirmer, comme le font les auteurs du document de l'OHDQ, que cela pourrait se traduire par une réduction significative des primes d'assurance? Une estimation de cette réduction théorique des primes serait, dans 10 ans, inférieure 0,3 %\*. Est-ce significatif?

**Il n'y a rien d'acquis en ce qui a trait à d'éventuelles réductions d'honoraires émanant de la pratique indépendante des hygiénistes, qui auraient pour effet d'abaisser de manière significative la barrière tarifaire pour les personnes à faible revenu. De même, il est difficile d'anticiper des réductions significatives des primes exigées par les assureurs privés résultant de cette modification de la pratique des hygiénistes.**

## 4.10. PERSONNES EN RÉGIONS RURALES ET ÉLOIGNÉES

Le document de l'OHDQ ne fournit aucune analyse qui permette de croire que la pratique indépendante des hygiénistes dentaires améliorerait l'accès aux soins buccodentaires des personnes en régions rurales et éloignées.

---

31 G. Randall et P. Wakefield, « Exploring the Impact of Expanded Roles for Dental Hygienists in Ontario » [en ligne], McMaster University DeGroot School of Business, juin 2013, p.6; adresse : <http://rorrns-ohhrrn.ca/images/stories/Randall.pdf>

\* En retenant que 20 % des honoraires demandés aux assureurs privés visent les soins de nature préventive, en acceptant qu'il y aurait 4,5 % (soit 250/5520) des hygiénistes en bureau indépendant et une baisse de 33 % des honoraires demandés par ceux-ci, alors : (20 % \* 4,5 % \* 33 %).



Pourquoi un hygiéniste indépendant irait-il installer son bureau privé dans une région rurale ou éloignée? Quelles motivations aurait-il qu'un dentiste n'a pas?

Il ne faut pas oublier que, en pratique privée, la densité de la population est un facteur important dans le fait que les honoraires bruts facturés aux patients soient suffisants pour couvrir les frais d'exploitation et générer également une rémunération personnelle adéquate pour les professionnels concernés.

**Même si le document de l'OHDQ cible l'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires de la population en régions rurales et éloignées, aucun élément ne démontre l'atteinte de cet objectif par les mesures suggérées.**

## 5. ANALYSE DES COÛTS ET DES AVANTAGES DES MESURES SUGGÉRÉES

Fait remarquable, le document de l'OHDQ ne fournit aucune référence sur laquelle pourraient s'appuyer les hypothèses qui suivent :

- À la page 33, « nous estimons que 1 \$ investi en 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 liés aux traitements des complications d'une mauvaise santé buccodentaire. »
- À la page 36, « il est permis de croire que la moitié des cas d'hospitalisation pour chirurgie dentaire (d'enfants âgés de moins de 5 ans) pourrait ainsi être évitée, soit une économie de 8,25 M\$ annuellement pour l'État. Il s'agit d'une estimation très conservatrice. »
- À la page 45, « il est permis de croire que cela (le travail de 250 hygiénistes en CHSLD) réduirait de 1 % le nombre annuel d'hospitalisations de courte durée pour cette population (personnes hébergées en CHSLD). »
- À la page 49, « (...) à un ratio de 1/3.5, c'est-à-dire 1 \$ investi en prévention permet d'éviter environ 3,50 \$ en frais de traitement dentaire curatif plus coûteux (...) ». Il faut préciser ici que, sur la base des calculs présentés au tableau 9, les auteurs ont supposé que l'épargne de 3,50 \$ demeure la même au fil du temps : à chaque 6 mois où un patient reçoit un soin préventif, cela lui permet d'économiser, dans les 6 mois qui suivent, 3,50 \$ en frais curatifs.

Sur quoi reposent les hypothèses retenues par les auteurs du document de l'OHDQ? Est-ce qu'elles sont tirées d'études probantes portant spécifiquement sur l'une ou l'autre des cinq mesures suggérées dans ce document? Le texte de ce document laisse croire que non : on y lit « nous estimons » ou encore « il est permis de croire ».

**À moins que les auteurs du document de l'OHDQ ne soient en mesure de fournir des études probantes à l'appui de leurs hypothèses pour chacune des cinq mesures suggérées, il faut conclure que l'analyse coûts/avantages contenue dans ce document ne repose sur aucune base solide.**

### 5.1. PETITE ENFANCE

Le document de l'OHDQ suggère que le gouvernement recrute 33 nouvelles hygiénistes dentaires, soit 1,5 poste à temps plein par CISSS et CIUSSS afin d'appliquer le programme du Plan d'action de santé dentaire publique (PASDP). Les auteurs de ce document évaluent son coût à 1,45 million (soit 33 fois 44 200 \$) et prévoient un bénéfice annuel pour l'État de 8,25 millions.

Les contributions de l'employeur aux régimes publics et aux avantages sociaux n'ont pas été prises en compte dans les coûts. De plus, les coûts liés à la supervision de ces nouveaux employés, au local, à l'ameublement, aux frais de déplacement et de subsistance ne sont pas évalués. Est-ce que, dans le cadre de leur mandat, les hygiénistes auront besoin d'équipement ou de fournitures spéciaux?

De toute évidence, le coût calculé, en ne retenant que les salaires versés aux hygiénistes dentaires, sous-évalue les dépenses réelles découlant de la mesure suggérée. En ce qui concerne les économies, les auteurs du document de l'OHDQ indiquent, à la page 36, que « la moitié des cas d'hospitalisation pour chirurgie dentaire pourrait ainsi être évitée. » Sur quoi repose cette hypothèse? Pourquoi ne pas avoir choisi 10 % ou 75 % comme pourcentage de réduction de ces cas? Comment peut-on choisir une hypothèse reflétant l'efficacité d'une mesure si celle-ci n'est qu'une vague idée, sans aucun détail sur son application concrète?

En outre, comme nous l'avons déjà mentionné, au Québec, le nombre total d'enfants de moins de 5 ans traités sous anesthésie générale en milieu hospitalier est inconnu. Et il faudrait aussi connaître les causes de ces traitements. Par exemple, les cas de non-collaboration d'enfants ne seront pas réduits par la mesure suggérée.

**Sans assise sérieuse et sans une description précise de la mesure suggérée pour la petite enfance, il est impossible d'en faire une évaluation adéquate. Néanmoins, les coûts présentés dans le document de l'OHDQ sont sous-évalués, alors que les économies sont surestimées.**

## 5.2. ENFANTS DE DEUXIÈME ANNÉE DU PRIMAIRE

Le document de l'OHDQ suggère que le gouvernement augmente de 3,95 millions la dépense consacrée à la pose d'agents de scellement en milieu scolaire par les hygiénistes. Sur la base de l'estimation pour la petite enfance, cela exigerait 90 hygiénistes supplémentaires. Selon les auteurs du document de l'OHDQ, cette dépense aurait le potentiel de permettre un bénéfice annuel pour l'État, de 8,6 millions pour les enfants de 9 ans et moins et de 14,22 millions pour les parents des enfants de 10 ans et plus.

Ce document n'indique pas en quoi le fait de rendre la pratique des hygiénistes indépendante est un avantage dans le cadre de cette mesure. Il pourrait y avoir quelques jours de plus disponibles pour la pose des agents de scellement, puisque les hygiénistes n'auraient plus à accompagner les dentistes en santé publique lors des examens des enfants. En contrepartie, il faudrait prendre en compte le temps additionnel requis si les hygiénistes devaient faire eux-mêmes la détection des dents cariées si, par ailleurs, leur formation le leur permettait.

Pour ce qui est des coûts et des économies, voici plusieurs autres commentaires :

- Comme mentionné dans l'analyse de la mesure visant la petite enfance (voir section 5.1), on fait abstraction des contributions de l'employeur aux régimes publics et aux avantages sociaux, du temps de supervision de ce personnel, des frais du local, de l'ameublement et d'autres dépenses similaires.
- La pose d'agents de scellement des sillons des molaires requiert de l'équipement mobile et des fournitures dentaires. Pour chaque dent scellée, il faut calculer les frais des matériaux, des gants, des mesures d'asepsie, etc. Ces frais sont importants.
- Des frais de déplacement et d'hébergement des hygiénistes doivent être inclus dans l'évaluation des coûts d'un tel programme. Les hygiénistes dentaires responsables de l'application des agents de scellement en milieu scolaire ont à effectuer des déplacements entre leur CLSC et les écoles, et ce, au cours de leurs heures normales de travail. En outre, quels seraient les coûts pour les écoles? Plus il y a d'hygiénistes dentaires, plus ces frais sont élevés.

- À la page 40 du document de l'OHDQ, on indique « nous avons utilisé les données les plus pertinentes pour estimer les coûts/avantages », mais sans indiquer quelles sont ces données et leurs sources.
- On avance l'hypothèse, à la page 40 du document de l'OHDQ, qu'il y aurait 29 617 enfants dont les molaires n'ont pas été scellées en 2013-2014, mais pour lesquels cela aurait dû être fait. Or, une proportion de ces 29 617 enfants a sûrement reçu la pose d'agents de scellement en cabinet dentaire. Cela réduirait sensiblement les économies estimées.
- De plus, est-ce que l'on sait si la seule cause pour laquelle 29 617 enfants n'ont pas bénéficié du scellement des sillons de leurs molaires est le manque de ressources d'hygiénistes? N'y aurait-il pas d'autres raisons, comme la présence de caries ou le refus du parent que son enfant reçoive un tel soin?
- L'évaluation du coût de la restauration d'une molaire ne devrait pas inclure les honoraires de l'examen. En effet, le scellement des sillons des premières molaires ne réduit pas le nombre d'examens, compte tenu du nombre de dents en bouche et que le maintien d'un bon état de la bouche d'un individu porte sur toutes ses dents. En outre, des caries peuvent apparaître sur les autres surfaces d'une molaire dont les sillons ont été scellés, voire sur les sillons eux-mêmes si une carie était présente avant la pose du scellement ou si une reprise de la pose du scellant était requise. Cela réduirait les économies supposées.
- Dans le document de l'OHDQ, on a prévu 2 restaurations par molaire non scellée pour les 29 617 enfants qui n'ont pas reçu d'agents de scellement, l'une de ces 2 restaurations survenant avant l'âge de 10 ans et l'autre par la suite. Aucune source à l'appui de cette hypothèse ne figure dans le document de l'OHDQ. De plus, a-t-on pris en compte, dans le choix de cette hypothèse, que les premières molaires peuvent faire éruption dès l'âge de 5 ans, soit bien avant la deuxième année du primaire? Ainsi, une proportion significative de ces enfants à risque auraient des caries sur les molaires ou auraient leurs dents scellées au moment où les hygiénistes dentaires se présenteraient dans les différentes écoles. Enfin, les interventions des hygiénistes ne pourraient se faire en totalité au début de l'année scolaire, de sorte qu'au fur et à mesure de l'année scolaire, le nombre de molaires scellées, cariées ou obturées augmenterait.
- Aucun suivi des enfants ayant bénéficié de l'application d'agents de scellement n'est prévu, même si un tel suivi est reconnu comme nécessaire par les experts. On semble supposer qu'il n'y aurait aucune reprise de l'application des agents de scellement. Aucune source permettant d'évaluer le pourcentage de reprises effectuées par les hygiénistes dentaires dans le milieu scolaire n'est mentionnée. De telles reprises sont toutefois inévitables : quel est leur coût et qui paierait pour ces reprises?
- Compte tenu de la formation actuelle des hygiénistes, il faudrait prévoir que la pratique indépendante des hygiénistes risquerait d'entraîner des coûts pour l'État et pour les parents en raison d'un nombre plus élevé de reprises ou de caries advenant la pose d'agents de scellement sur des molaires cariées.

**L'estimation présentée dans le document de l'OHDQ pour les enfants de deuxième année du primaire ne peut être retenue, car des éléments des coûts ont été négligés et les économies, surestimées. Il faudrait avoir en main des études crédibles pouvant servir d'assise à une évaluation plus rigoureuse des coûts et des économies.**

## 5.3. PERSONNES EN CHSLD

Le document de l'OHDQ recommande que le gouvernement recrute 250 nouvelles hygiénistes dentaires, soit 1 poste à temps plein par 300 personnes requérant en moyenne 2 rendez-vous par année. Les auteurs de ce document en évaluent le coût à 11,05 millions (soit 250 fois 44 200 \$) et prévoient un bénéfice annuel pour l'État de 23,4 millions.

Dans l'évaluation des coûts et des économies, le document néglige plusieurs éléments :

- Comme mentionné précédemment, on fait abstraction du coût des contributions de l'employeur aux régimes publics et aux avantages sociaux, du temps de supervision de ce personnel, des frais du local, de l'ameublement et d'autres dépenses similaires.
- Il faudrait également évaluer les coûts pour les CHSLD, coûts directs et indirects rattachés au travail des hygiénistes à l'intérieur de leurs murs : local requis, équipement et fournitures dentaires nécessaires, temps des préposés aux bénéficiaires pour accompagner les patients, etc. En outre, une réorganisation d'une partie du travail du personnel des CHSLD devrait être faite. Ces coûts ne sont pas négligeables.
- Qu'en est-il de l'équipement et des fournitures dentaires requis pour rendre des soins d'hygiène? Qui en assumerait les coûts?
- Compte tenu de la lourdeur de la clientèle, il faudrait prévoir une durée plus longue que la normale pour rendre des soins aux patients en perte d'autonomie. Est-ce que ce facteur a été pris en compte par les auteurs du document de l'OHDQ?
- Quant aux bénéfices, on suppose que le travail de consultant et de soignant des 250 hygiénistes dentaires auprès des patients en CHSLD, combiné à un rôle de soutien auprès du personnel auxiliaire, réduirait de 1 % le nombre annuel d'hospitalisations de courte durée de cette clientèle. Les auteurs n'ont pas fourni les assises de cette hypothèse.
- Relativement toujours à cette hypothèse, peut-on, pour la clientèle la plus lourde du réseau de la santé, isoler les problèmes buccodentaires de toutes les autres pathologies, nombreuses et souvent graves, qui l'affectent? Les problèmes buccodentaires interagissent avec celles-ci : quelle proportion des hospitalisations de courte durée de ces patients est en réalité causée uniquement par les problèmes buccodentaires?
- Les auteurs du document de l'OHDQ ne fournissent aucune source confirmant que les coûts d'hospitalisation de courte durée des personnes en CHSLD totaliseraient 2,34 milliards (1 % de ce montant donne 23,4 millions).
- La mesure suggérée prévoit que les soins autres que les services d'hygiène seraient rendus dans les CHSLD par les dentistes et les denturologistes, qui se déplaceraient avec leur équipement mobile. Mais qui paierait les honoraires des dentistes et des denturologistes, ainsi que leur temps et leurs frais de déplacement, liés aux services effectués en CHSLD? Comment peut-on ne pas avoir une estimation de ces frais puisqu'ils devraient être engagés pour générer les économies associées à une meilleure santé buccodentaire de ces patients?

**L'évaluation des coûts/bénéfices présentée dans le document de l'OHDQ en ce qui a trait à la mesure visant les personnes en CHSLD est infondée, compte tenu de l'absence d'une proposition suffisamment détaillée sur la façon dont les examens, les soins préventifs et les soins curatifs seraient rendus en CHSLD. À cela, s'ajoute l'absence d'éléments de coûts importants et de données probantes pouvant soutenir leurs hypothèses sur les bénéfices potentiels.**

## 5.4. ENFANTS DE DEUXIÈME ANNÉE DU SECONDAIRE

Le document de l'OHDQ suggère que tous les enfants de deuxième année du secondaire bénéficient de la pose d'agents de scellement sur les deuxièmes molaires permanentes en milieu scolaire. Le document de l'OHDQ présente une évaluation des coûts et des bénéfices pouvant résulter de cette idée : pour une dépense annuelle de 9,2 millions, on prévoit un bénéfice annuel de 33,2 millions pour les parents de ces enfants.

On ne précise pas pourquoi la mesure suggérée ne se limite pas aux enfants de deuxième année du secondaire qui sont à risque, comme le fait la mesure suggérée concernant les enfants de deuxième année du primaire.

La présente mesure implique le recrutement de quelque 210 hygiénistes équivalant à un temps plein. Ce nombre est obtenu en supposant que les auteurs du document de l'OHDQ n'ont pris en compte, dans le calcul du coût, que les salaires payables aux hygiénistes, comme ils l'ont fait pour les autres mesures suggérées.

Dans le tableau 10, présenté à la page 51 du document de l'OHDQ, on remarque que l'État n'en retirerait aucun bénéfice et que ce serait la société, c'est-à-dire les parents, qui économiseraient les frais des services de restauration.

Le document de l'OHDQ n'indique pas, pour cette nouvelle mesure, pourquoi il faudrait rendre la pratique des hygiénistes indépendante.

Il est difficile de commenter cette recommandation étant donné son imprécision. Toutefois, il faut souligner les points suivants :

- Comme mentionné précédemment, on fait abstraction des contributions de l'employeur aux régimes publics et aux avantages sociaux, du temps de supervision de ce personnel, des frais du local, de l'ameublement et d'autres dépenses similaires. De même, la pose d'agents de scellement sur les sillons des molaires requiert de l'équipement et des fournitures dentaires. Tous ces frais sont omis dans l'évaluation présentée dans le document de l'OHDQ.
- Les frais de déplacement et d'hébergement des hygiénistes doivent être pris en compte dans l'évaluation des coûts d'un tel programme. En outre, quels seraient les coûts pour les écoles secondaires?
- Les auteurs du document de l'OHDQ prétendent, à la page 43, que 69 111 enfants de deuxième année du secondaire « n'ont pas bénéficié de scellements et (...) requerront à l'avenir des réparations coûteuses en cabinet dentaire. » Ils indiquent que seulement 1 322 enfants ont bénéficié du scellement de leurs deuxièmes molaires en 2013-2014, et ce, en milieu scolaire. Or, 58 % des élèves de sixième année du primaire ont au moins une molaire permanente scellée. Alors, comment peut-on supposer qu'il n'y a actuellement aucune deuxième molaire permanente scellée pour la presque totalité de ces enfants âgés de 13 ans? Il est logique de supposer qu'une proportion au moins identique à celle des premières molaires a été scellée dans les cabinets dentaires. Cela étant, une portion importante des économies escomptées ne se produirait pas.

- De plus, les auteurs du document de l'OHDQ ont appliqué, au titre des économies, un ratio de « 1/3.5, c'est-à-dire 1 \$ investi en prévention permet d'éviter environ 3,50 \$ en frais de traitement dentaire curatif plus coûteux. » Or, comme nous l'avons déjà mentionné, est-ce que cette hypothèse repose sur des études portant spécifiquement sur cette mesure suggérée pour les enfants de deuxième année du secondaire? Les auteurs n'en mentionnent aucune dans le document de l'OHDQ. De plus, pourquoi avoir retenu une hypothèse générant des économies différentes de celle retenue pour la mesure visant les enfants de deuxième année du primaire?
- Concernant toujours ce ratio, son application signifie que plus la mesure coûte cher, plus les économies sont grandes. Par exemple, si le salaire moyen des hygiénistes dentaires était de 50 000 \$ au lieu de 44 200 \$, les économies se trouveraient augmentées automatiquement de 13 %. De même, est-ce que, si les dentistes eux-mêmes rendaient les services d'hygiène, les bénéfices anticipés augmenteraient en proportion de l'écart entre la rémunération des dentistes et celle des hygiénistes? Pourtant, ils effectueraient le même travail. Cela est surprenant et remet en question l'hypothèse reliant directement les économies aux salaires ou aux coûts rattachés à une telle mesure.
- Les deuxièmes molaires peuvent apparaître dès l'âge de 11 ans, soit également bien avant la deuxième année du secondaire. Ainsi, une proportion significative de ces enfants présenterait des caries sur les molaires ou aurait leurs dents déjà scellées au moment où les hygiénistes dentaires se présenteraient dans les écoles. De plus, les interventions des hygiénistes ne pourraient se faire en totalité au début de l'année scolaire, de sorte qu'au fur et à mesure de l'année scolaire, le nombre de molaires scellées, cariées ou obturées augmenterait.
- Tout comme pour les enfants de deuxième année du primaire, aucun suivi n'est prévu pour les enfants ayant bénéficié de l'application d'agents de scellement.
- Compte tenu de la formation actuelle des hygiénistes, il faudrait prévoir que la pratique indépendante des hygiénistes risquerait d'entraîner des coûts additionnels en raison du nombre plus élevé de reprises advenant la pose d'agents de scellement sur des molaires cariées.

**La mesure visant les enfants de deuxième année du secondaire contenue dans le document de l'OHDQ est différente de celle visant les enfants de deuxième année du primaire. Pourquoi cette mesure ne vise-t-elle pas les enfants à risque? Les auteurs du document de l'OHDQ ont complètement omis de prendre en compte la pose d'agents de scellement dans les cabinets dentaires dans leur analyse. En outre, des faiblesses importantes existent dans l'évaluation des coûts et des économies.**

## 5.5. HYGIÉNISTES DENTAIRES INDÉPENDANTS

Le document de l'OHDQ suggère que la pratique indépendante des hygiénistes soit reconnue. Les auteurs de ce document projettent que, chaque année pendant 10 ans, 25 nouveaux hygiénistes dentaires choisiraient une pratique indépendante en bureau privé d'hygiène, pour atteindre 250 à la fin de cette période. Aucun coût additionnel n'est estimé et des bénéfices cumulatifs sur 10 ans de 88,8 à 254 millions pour la société sont anticipés.



Selon les auteurs du document de l'OHDQ, cette mesure suggérée ne génère que des bénéfices, sans aucun coût pour l'État ou la société. Ces bénéfices seraient de deux ordres : un premier résultant du fait que les honoraires en bureau privé d'hygiénistes seraient 33 % (soit 87 \$ versus 130 \$) inférieurs aux honoraires des services d'hygiène en cabinet dentaire, et l'autre découlant d'une réduction des frais des traitements dentaires curatifs. Or, la logique sous-tendant les calculs présentée dans le document de l'OHDQ est erronée pour les raisons suivantes :

- Sur le plan des économies, les auteurs du document de l'OHDQ ont multiplié par 3,5 les montants calculés à titre de réduction supposée des honoraires (soit 43 \$ ou 130 \$ moins 87 \$). Cela n'est pas conforme à l'hypothèse voulant que « 1 \$ investi en prévention permet d'éviter environ 3,50 \$ en frais de traitements dentaires plus coûteux. » En effet, ce ratio de 3,5 devrait être appliqué sur toute la dépense en prévention, comme les auteurs de ce document l'ont fait dans le calcul des bénéfices de la mesure visant les enfants de deuxième année du secondaire, et non pas sur la réduction supposée d'honoraires.
- Quelle serait la proportion de patients qui se rendraient dans les bureaux privés d'hygiénistes mais qui ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires? La réponse à cette question est déterminante du point de vue des coûts et des économies :
  - Si on suppose que le fait de rendre la pratique indépendante des hygiénistes permettrait de traiter seulement des personnes qui, actuellement, ne fréquentent pas les cabinets dentaires, alors, pour chacun des 500 nouveaux patients par hygiéniste, il s'agirait bel et bien d'une nouvelle dépense, estimée à 261 \$ par année (voir section 4.4), si on retient les hypothèses énoncées dans le document de l'OHDQ. Donc, les économies présentées de 88,8 millions sur une période de 10 ans se transforment en dépenses de 179,4 millions pour l'ensemble des patients des hygiénistes indépendants. Mais les patients qui visiteraient les nouveaux bureaux privés d'hygiénistes indépendants seraient censés ne pas fréquenter actuellement les cabinets dentaires, donc ne pas assumer actuellement de tels frais. Comment peut-on justifier une économie annuelle en frais de traitements curatifs de 913 \$ (soit 261 \$ multiplié par 3,5) pour chacune de ces personnes, qui ne fréquentent pas actuellement les cabinets dentaires et qui, par conséquent, n'engagent pas de frais de soins dentaires?
  - Toutefois, si on suppose qu'il y aurait des patients traités par les hygiénistes indépendants en bureau privé qui fréquentent actuellement des cabinets dentaires privés et y reçoivent des services d'hygiène, il aurait fallu supposer, si on retient les hypothèses énoncées dans le document de l'OHDQ, que ces patients auraient une réduction d'honoraires, supposément de 43 \$ l'heure, mais ne bénéficieraient pas d'une baisse des frais de traitements curatifs puisqu'ils reçoivent déjà les traitements d'hygiène en cabinet dentaire. Par conséquent, on ne devrait pas multiplier par 3,5 la réduction de 43 \$ pour chaque patient.

En plus, les commentaires suivants sur les coûts et les bénéfices doivent être notés :

- À propos des soins préventifs et des honoraires moindres facturés par les hygiénistes en bureau privé par rapport aux dentistes en cabinet dentaire : comme indiqué précédemment, cet écart est purement théorique et hautement improbable, entre autres, sur la base des observations en provenance de l'Ontario (voir section 4.3).



- L'honoraire moyen par patient d'un hygiéniste en bureau privé serait de 261 \$ (87 \$ multiplié par 1 500 heures et divisé par 500 patients) par année ou 130,50 \$ par visite, en supposant 2 visites par année. Un montant supposé de 261 \$ par année facturé par les hygiénistes pour des services d'hygiène en bureau privé ne devrait-il pas être considéré comme une barrière tarifaire?
- Les évaluations des coûts font totalement fi du fait que les patients devraient se rendre à deux endroits pour recevoir la totalité des services dentaires que leur état de santé buccodentaire requiert. Il y aurait un délai plus long et des frais plus élevés dans les déplacements, de même que des pertes de temps de travail plus importantes par rapport au cadre actuel du guichet unique qu'est le cabinet dentaire. Ces éléments devraient être évalués. De plus, la durée totale des visites augmenterait : les hygiénistes indépendants devraient passer du temps à évaluer l'état de la bouche et les dentistes devraient faire exactement les mêmes examens qu'ils effectuent actuellement.
- Quelle serait la proportion de patients des hygiénistes indépendants en bureau privé qui fréquentent actuellement les cabinets dentaires?
- Le document de l'OHDQ ne répartit pas les 500 patients par hygiéniste indépendant selon les groupes de personnes vulnérables. Les hygiénistes indépendants seraient libres d'installer leurs bureaux privés là où ils jugeraient le plus avantageux. Comment réconcilier cela avec les préoccupations initiales visant les groupes les plus vulnérables?
- Si effectivement les nouveaux patients des bureaux privés d'hygiénistes étaient des personnes ne fréquentant pas actuellement les cabinets privés, il est fort probable que leur état de santé buccodentaire serait souvent mauvais. Cet état exigerait des traitements curatifs préalables aux soins d'hygiène, augmentant ainsi les coûts initiaux de ces patients. Peut-on croire qu'une supposée réduction des honoraires liés aux soins d'hygiène constituerait un incitatif suffisant pour ces personnes?
- Le nombre anticipé de 250 hygiénistes dentaires pratiquant de manière indépendante en dehors des cabinets dentaires à la fin de la période des 10 premières années d'instauration de cette mesure est incompatible avec l'expérience observée en Ontario. En se basant sur celle-ci, ce nombre serait plutôt de l'ordre de 30.
- En ce qui a trait au choix du lieu de pratique d'un hygiéniste indépendant, ce sont les lois de la libre entreprise et du marché qui dicteraient ce choix. Il serait naïf de croire que les hygiénistes indépendants ne chercheraient pas à s'assurer d'une rémunération personnelle adéquate.

**L'analyse présentée dans le document de l'OHDQ en ce qui a trait à la pratique indépendante des hygiénistes ne tient pas la route. Elle surévalue les économies et le nombre d'hygiénistes susceptibles de pratiquer de manière indépendante et ne tient pas compte des coûts additionnels pour les personnes ne fréquentant pas actuellement les cabinets dentaires.**

## 5.6. EFFET GLOBAL DES CINQ MESURES SUGGÉRÉES

Les cinq mesures suggérées par les auteurs du document de l'OHDQ prévoient, selon leur estimation, la nécessité pour le gouvernement de recruter ou de diriger dans des pratiques indépendantes 608 hygiénistes équivalant à un temps plein la première année, et que ce nombre atteindrait 833 après 10 ans :

- Mesure visant la petite enfance : 33
- Mesure visant les enfants de deuxième année du primaire : 90
- Mesure visant les personnes en CHSLD : 250
- Mesure visant les enfants de deuxième année du secondaire : 210
- Mesures visant la pratique indépendante (en bureau privé ou mobile) : de 25 (1<sup>re</sup> année) à 250 (10<sup>e</sup> année)

Puisque 92 % des 5 963 membres de l'OHDQ pratiquent dans des cabinets dentaires et ne le font pas tous à temps plein, on peut prévoir qu'après 10 ans, environ 1 hygiéniste sur 5 serait dirigé vers l'une ou l'autre des mesures suggérées dans le document de l'OHDQ. L'adoption de ces cinq mesures provoquerait un déséquilibre entre l'offre et la demande quant aux ressources d'hygiénistes. Un déséquilibre de cette ampleur amènerait des pressions importantes à la hausse sur la rémunération des hygiénistes dentaires et, éventuellement, sur l'ensemble des salaires des employés des cabinets dentaires. À leur tour, ces augmentations salariales engendreraient des augmentations des tarifs facturés aux patients. Ces augmentations des coûts ne généreraient aucun bénéfice additionnel et viendraient réduire toute économie anticipée par l'instauration de ces cinq mesures suggérées, et ce, sans aucun bénéfice en contrepartie.

Soulignons que les salaires et les avantages sociaux représentent en moyenne 41 % des frais d'exploitation totaux des cabinets dentaires. Uniquement pour les hygiénistes dentaires, la masse salariale versée par les cabinets dentaires est évaluée à près de 200 millions de dollars par année.

En outre, cette rareté de la main-d'œuvre aurait également des effets à la hausse sur les salaires versés par l'État aux hygiénistes dentaires à son emploi et sur les tarifs des services couverts par le programme public de soins dentaires visant les enfants de moins de 10 ans et les prestataires d'une aide financière de dernier recours.

Une autre question doit être posée concernant la possibilité d'une réduction marquée du nombre d'hygiénistes travaillant en cabinet privé : comment l'offre de services à l'ensemble de la population serait-elle affectée si une telle réduction de personnel survenait?

Toutes ces conséquences des mesures suggérées dans le document de l'OHDQ n'ont pas été analysées.

**Les cinq mesures suggérées dans le document de l'OHDQ auraient comme conséquence de rediriger à terme près de 1 hygiéniste sur 5 pratiquant actuellement dans un cabinet dentaire dans le réseau public ou en bureau privé d'hygiène. Cela amènerait des pressions à la hausse sur les salaires des hygiénistes et sur les tarifs. Ces coûts additionnels découlant de l'ensemble des mesures suggérées dans le document de l'OHDQ n'ont pas été analysés.**

# CONCLUSION

L'Étude économique de l'OHDQ, datée de novembre 2015, est incomplète et ne repose pas sur des bases solides. Elle tente d'analyser les coûts et les avantages des diverses mesures relatives à la pratique des hygiénistes dentaires, mesures souvent mal définies sous plusieurs aspects : organisation de la prestation des soins, intégration dans divers établissements, interactions avec les autres professionnels de la santé, modalités de financement de ces mesures.

Après avoir dressé un tableau de la santé buccodentaire des Québécois plutôt alarmiste et des dépenses globales en soins buccodentaires exagéré, on laisse croire que le principal facteur de la non-utilisation de ces soins par les groupes les plus vulnérables est la barrière tarifaire, en ne tenant aucun compte de l'interaction de facteurs comportementaux, culturels et socioéconomiques et du fait que la santé buccodentaire fait partie de la santé générale d'une personne.

En outre, la vision de la prévention qui sous-tend l'ensemble de l'analyse est tronquée, car elle repose sur la prémisse que cette prévention relève essentiellement des hygiénistes. On y suggère de mettre en place diverses mesures les concernant qui ne prennent pas en compte l'ensemble des facteurs et les autres intervenants auprès des groupes les plus vulnérables.

Aucune étude scientifique concernant plusieurs hypothèses requises pour effectuer une évaluation économique de chacune des cinq mesures suggérées n'est présentée. Nos recherches de la documentation n'ont pas permis de trouver des études fiables permettant de confirmer le bien-fondé des hypothèses retenues pour ces mesures. Sans de telles références, il est difficile de considérer les évaluations des coûts et des bénéfices comme crédibles.

Pour aucune mesure suggérée, l'analyse présentée dans le document de l'OHDQ ne réussit à démontrer le lien entre la pratique indépendante des hygiénistes et un meilleur accès des groupes les plus vulnérables aux soins de prévention. De plus, la création de bureaux privés d'hygiénistes va à l'encontre d'une pratique multidisciplinaire qui existe actuellement dans les cabinets dentaires et que l'on tente d'implanter dans le monde médical.

En outre, on semble supposer que la formation actuelle des hygiénistes est suffisante pour qu'ils aient le droit de pratiquer de manière indépendante et puissent assurer la même qualité de soins que l'on connaît actuellement. Est-ce vraiment le cas, alors que dans d'autres provinces on requiert une formation additionnelle?

Les cinq mesures suggérées prévoient la nécessité pour le gouvernement de recruter ou de diriger dans des bureaux indépendants d'hygiénistes quelque 833 hygiénistes équivalant à un temps plein, soit entre 15 % et 20 % des membres actuels de l'OHDQ. Quelles seraient les conséquences sur l'offre actuelle des services d'hygiène et sur les coûts futurs des soins buccodentaires au Québec?

Enfin, l'analyse proposée ne permet pas d'établir si les cinq mesures suggérées représentent le meilleur rapport coûts/bénéfices en matière de prévention en santé buccodentaire. Tout preneur de décision devrait être en mesure de les comparer avec un ensemble d'autres mesures de différentes natures, basées sur des analyses rigoureuses, afin de faire les choix les plus judicieux possible.

