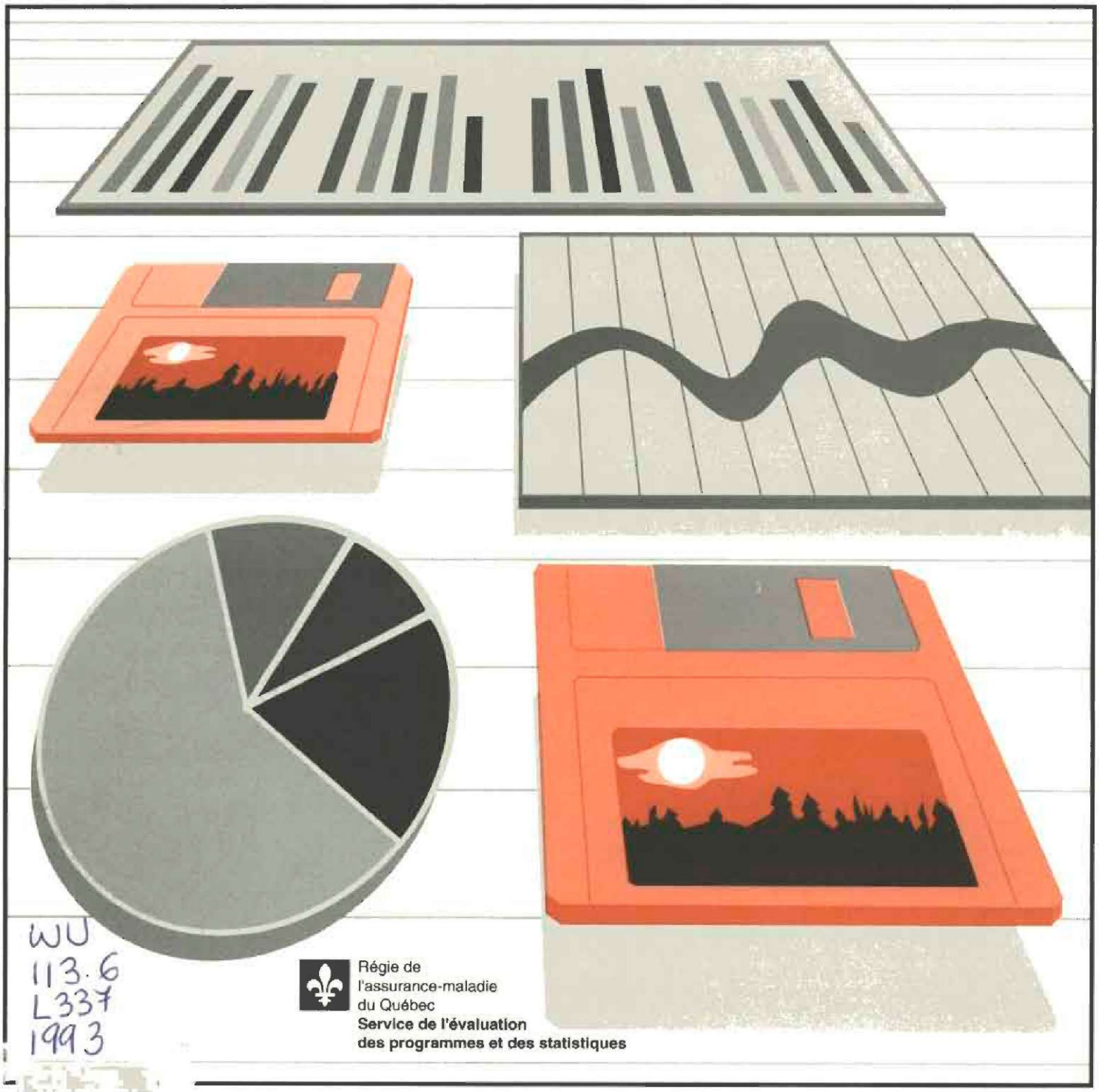
ÉVALUATION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS, ADMINISTRÉ PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC



Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
**Service de l'évaluation
des programmes et des statistiques**

SANTÉCOM

Évaluation du programme de services dentaires pour les enfants, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Diane Lacroix

Service de l'évaluation des programmes
et des statistiques

Direction de l'évaluation et des enquêtes

AOÛT 1993

Régie de l'assurance-maladie du Québec

AVANT-PROPOS

Le Service de l'évaluation des programmes et des statistiques a, entre autres mandats, celui de contribuer, à l'aide d'études et d'analyses portant sur l'évaluation des programmes, à l'identification et à l'analyse des problématiques ainsi qu'à l'élaboration de la documentation permettant à la Régie de conseiller les instances gouvernementales en matière de modification et d'évolution de la loi, du régime d'assurance-maladie, des programmes et des ententes. La présente étude, qui porte sur le programme de services dentaires pour enfants, s'inscrit dans ce mandat. Elle dresse un bilan historique, vérifie si les objectifs de ce programme ont été atteints et en effectue une évaluation qualitative basée sur l'opinion de dentistes experts dans le domaine de la santé dentaire des enfants. Cette étude permet une réflexion approfondie sur le rôle du programme dans l'évolution de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec. Elle situe ce rôle parmi d'autres facteurs ayant une incidence sur la santé dentaire. Enfin, elle conduit à des recommandations visant à optimaliser l'actuel programme.

Cette étude a été réalisée par Mme Diane Lacroix, agente de recherche au Service de l'évaluation des programmes et des statistiques.

Plusieurs personnes du service ont également participé à l'une ou l'autre étape de cette étude. Il s'agit de Mmes Jeanne D'Arc Beaudoin, Colette Zambon, Danielle Labrie Pelletier et de MM. Pascal Bossé et Pierre Fortin.

Un comité consultatif a validé les diverses étapes de cette évaluation par une lecture critique des documents transmis et par la formulation de propositions sur les étapes à venir. Ce comité était formé de Mme Lysette Trahan et du docteur Gérard Bouger du ministère de la Santé et des Services sociaux, du docteur Laurent Dufour de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval, des docteurs Roch Caron, Bertrand Lemieux et Pierre Marchand du

Service de l'expertise et des profils dentaires, optométriques et pharmaceutiques de la Régie et de MM. Benoît Turmel, Pierre Lefebvre et du soussigné, du Service de l'évaluation des programmes et des statistiques.

En plus de leur participation au Comité, les trois dentistes de la Régie ont effectué la recherche portant sur les traitements dentaires, sujet du troisième chapitre. Quant au cinquième chapitre, il a été réalisé grâce à la disponibilité et à l'importante collaboration des quatorze dentistes rencontrés en entrevue.

Enfin, mentionnons que Mmes Marie-Andrée Boutin et Francine Vézina ont procédé à la mise en pages et que Mmes Joëlle Chauveau et Raymonde Moran, du Service des communications de la Régie, ont révisé le document.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont été associées à l'une ou l'autre étape de cette évaluation du programme de services dentaires pour les enfants.

Le chef du Service
de l'évaluation des programmes
et des statistiques

Jacques Barry

SOMMAIRE

La présente évaluation porte sur le programme de services dentaires s'adressant aux enfants. Ce programme est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec depuis 1974 et n'a jamais été l'objet d'une évaluation en profondeur. Par une analyse des données statistiques disponibles à la Régie, une revue de la documentation et des entrevues effectuées auprès de dentistes, cette étude a pour but de déterminer le rôle de ce programme sur l'évolution de la santé dentaire des enfants. Pour ce faire, elle tente de vérifier si les objectifs qui ont présidé à son implantation sont atteints. Elle cherche également à voir si des améliorations pourraient être apportées à ce programme. Cette étude est subdivisée en cinq chapitres, sommairement présentés ici.

1. L'ACCESSIBILITÉ ET LA PARTICIPATION AU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS

L'accessibilité et la participation au programme de services dentaires s'adressant aux enfants sont abordées dans le premier chapitre de l'étude. L'atteinte de deux objectifs du programme y est vérifiée: le premier vise un taux de participation au programme de 75 % en 1989 et le second une accessibilité aux services dentaires d'urgence, en tout temps, à l'intérieur d'un délai de 12 heures, pour 90 % de la population.

L'analyse de l'accessibilité et de la participation au programme se fait par l'examen de trois dimensions de l'accessibilité au programme: géographique, organisationnelle et sociale.

A) L'accessibilité géographique

L'évaluation de l'accessibilité géographique s'appuie sur la distribution territoriale des ressources. En 1990, 2 734 dentistes et spécialistes en chirurgie buccale ont dispensé des services, rémunérés à l'acte, à des enfants de 0 à

15 ans dans le cadre du programme de services dentaires administré par la Régie. Il s'agit d'un taux de un dispensateur pour 546 enfants admissibles au programme. Ce taux varie selon la région socio-sanitaire considérée. Ce sont les régions présentant les taux de dispensateurs les plus élevés qui comptent les nombres et les coûts de services par dispensateur les plus élevés:

Principaux taux de dispensateurs selon la région	Taux de dispensateurs Un pour	Services par dispensateur	
		Nombre	Coût ($)
Taux les moins élevés			
Montréal métropolitain	297	706	15 241
Québec	388	1 618	34 642
Estrie	690	1 725	35 780
Taux les plus élevés			
Côte-Nord	1 134	2 674	58 773
Abitibi-Témiscamingue	1 099	2 439	52 481
Bas-St-Laurent-Gaspésie	930	2 095	44 049

Ainsi, les dispensateurs et dispensatrices de la Côte-Nord ont obtenu en moyenne, en 1990, dans le cadre de ce programme, tout près de quatre fois (3,8) plus de revenus que ceux et celles de Montréal métropolitain, ayant rendu près de quatre fois plus de services dentaires. Le nombre et le coût moyens de services par dispensateur pour l'ensemble de la province sont de 1 262 et de près de 27 000 $. Par ailleurs, si l'on pouvait considérer la rémunération à salaire et à la vacation, les taux de dispensateurs de la Côte-Nord et du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie seraient possiblement plus élevés. Ces deux régions comptent une forte proportion de dentistes rémunérés à salaire et à la vacation par rapport à ceux rémunérés à l'acte, ce qui n'est pas le cas pour les autres régions. Ces dentistes ne traitent pas uniquement des enfants et sont aussi appelés à effectuer du travail administratif et de

recherche. Or, les données compilées à la Régie sur les activités de ces dentistes ne nous fournissent pas d'information sur le temps consacré à chaque activité et sur les clientèles traitées. C'est pourquoi il n'est pas possible de les prendre en considération lors du calcul des taux de dispensateurs.

L'accessibilité géographique varie non seulement d'une région à l'autre, mais également à l'intérieur d'une même région. Par exemple, dans la région de Montréal métropolitain, répartie en huit territoires de DSC, ce taux s'échelonne de un dispensateur pour 121 enfants admissibles à un pour 542, le taux moyen étant de un pour 297.

Un récent sondage adressé à des dispensateurs et dispensatrices de services dentaires indique qu'un bon pourcentage (48 %) de dentistes trouvent qu'il y a un trop grand nombre de dentistes dans le secteur où ils pratiquent. À peine 1,6 % des répondants et répondantes estiment être en nombre insuffisant dans leur secteur. De même, 45 % des personnes interrogées jugent que leur clientèle est insuffisante contre seulement 2 % la jugeant trop élevée.

Le nombre d'enfants admissibles au programme par dispensateur de services dentaires, de même que les résultats du récent sondage, semblent démontrer que l'accessibilité géographique est atteinte. Quelques régions demeurent cependant moins bien desservies que d'autres.

B) L'accessibilité organisationnelle

Cette dimension de l'accessibilité peut être définie comme étant le rapport «entre la manière dont les services sont organisés et la capacité des bénéficiaires de s'y adapter».

Tout comme pour l'accessibilité géographique, ce sont les régions périphériques qui rencontrent un peu plus de difficultés face à l'accessibilité organisationnelle. Lors d'un récent sondage de l'Ordre des dentistes, le tiers des

personnes interrogées déplorent qu'il n'y ait pas assez de spécialistes dans leur secteur. Ainsi, les enfants de la Côte-Nord et du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie doivent se déplacer dans une région autre que leur région de résidence pour obtenir des services d'un spécialiste en chirurgie buccale, celle-ci n'en comptant aucun. Il s'agit toutefois d'un faible nombre d'enfants, puisqu'ils ont rarement recours à ces spécialistes dans le cadre de ce programme.

Le nombre croissant de dispensateurs et de dispensatrices, associé à une faible augmentation du nombre d'enfants admissibles à ce programme et combiné à une amélioration croissante de leur santé dentaire, favorise un accès plus rapide aux services dentaires en permettant d'obtenir facilement un rendez-vous. Par ailleurs, l'accessibilité à des services dentaires d'urgence semble aussi favorisée par un éventail des heures et des journées d'ouverture des cabinets de plus en plus étendu. Par rapport à la présence de services dentaires d'urgence les fins de semaine, la majorité des dentistes des grands centres déclarent que ce service est offert dans leur secteur. Les régions périphériques et à faible densité semblent par contre moins bien desservies par un tel service. En effet, 52 % des dentistes exerçant dans des villes de 25 000 habitants et moins déclarent que ce service est inexistant dans leur secteur. Un service dentaire d'urgence pendant les fins de semaine est donc disponible, principalement dans les grands centres où est concentrée la majorité de la population.

C) L'accessibilité sociale

De nombreuses recherches ont démontré l'existence d'un lien entre le statut socio-économique des enfants et leur santé dentaire. L'accessibilité sociale au programme de la Régie est examinée ici en considérant la participation au programme selon la catégorie des bénéficiaires. Ces derniers sont partagés en deux catégories: les enfants ayant été considérés au moins une fois prestataires de la sécurité du revenu (psr) au cours de l'année où ils ont

obtenu un service dentaire ou plus et les enfants non psr. Il s'agit du seul indicateur disponible à la Régie et pouvant être associé au statut socio-économique des enfants.

1) La participation au programme selon le groupe d'âge, la catégorie et le sexe des bénéficiaires

La participation au programme de services dentaires pour les enfants varie selon la catégorie de bénéficiaires. En 1990, les enfants psr présentent un taux de participation de 42,6 % comparativement à un taux de 64,8 % pour les enfants non psr. Le taux de participation à ce programme est donc de 52 % plus élevé chez les enfants non psr par rapport aux enfants psr.

Dans tous les groupes d'âge considérés, les enfants psr présentent un taux de participation au programme inférieur à celui des non psr. D'ailleurs, chez les psr, l'objectif de 75 % de participation n'est atteint pour aucun des groupes d'âge. Par contre, cet objectif est atteint et même dépassé pour plusieurs des groupes d'âge considérés chez les enfants non psr. En fait, ce sont les plus jeunes (surtout les 0 à 2 ans) qui, en participant peu au programme, contribuent à conserver le taux de participation en-deçà du seuil de 75 %. En excluant les jeunes de 0 à 2 ans dans le calcul du taux de participation, ce dernier augmente à 74,2 % et même à 76,9 % en ne considérant que les enfants non psr de 3 à 15 ans.

Taux de participation par 100 enfants admissibles Année 1990		
Groupes d'âge	Enfants psr	Enfants non psr
0-2	6,2	8,1
3-5	44,3	66,9
6-8	58,9	83,4
9-11	56,5	80,4
Sous-total 0-11	39,8	60,8
12	58,8	86,8
13	50,1	73,7
14	48,0	69,0
15	51,5	74,8
Sous-total 3-15	52,7	76,9
TOTAL	42,6	64,8

Réparti selon le sexe des bénéficiaires, le taux de participation au programme est légèrement plus élevé chez les filles que chez les garçons: 63,4 % par rapport à 61,2 % en 1990. Cette faible différence apparaît aussi dans les deux catégories de bénéficiaires. Chez les psr, le taux de participation est de 44 % chez les filles et de 41,2 % chez les garçons. Chez les non psr, ces taux sont respectivement de 65,9 % et de 63,7 %.

2) La participation au programme selon la région

Le taux de participation à ce programme varie d'une région à l'autre, la moyenne provinciale étant, en 1990, de 62,2 %. Deux régions présentent des taux se situant autour de 70 %. Il s'agit de la région de Québec, avec un taux de 70,4 %, et du Saguenay-Lac-Saint-Jean, avec un taux de 69,8 %. Ces taux augmentent à 72,4 % et 72,1 % si l'on considère uniquement la catégorie des enfants non psr.

Les régions disposant des taux de participation les plus faibles sont la Côte-Nord, l'Outaouais et Montréal métropolitain. Elles présentent respectivement, en 1990, des taux de 55,9 %, 56,2 % et 57,8 %. Deux de ces régions présentent également les taux les plus faibles pour la catégorie des enfants psr. Il s'agit de l'Outaouais, avec un taux de 38 % et de la Côte-Nord avec un taux de 38,3 %. Elles sont précédées par l'Abitibi-Témiscamingue qui présente un taux de participation pour les enfants psr de 37,6 %. La participation au programme varie grandement selon la catégorie de bénéficiaires et la région. Ainsi, les enfants non psr de la région de Québec présentent un taux de participation à ce programme de 72,2 % comparativement à un taux de 37,6 % pour les enfants psr de l'Abitibi-Témiscamingue. Il faut rappeler que le taux de participation à ce programme est basé ici sur la rémunération à l'acte. Il est fort probable que des enfants, tout particulièrement ceux de la Côte-Nord, aient obtenu des services par des dentistes rémunérés à salaire et à la vacation. Le nombre réel d'enfants ayant obtenu des services dentaires pourrait donc être plus élevé que ce que reflète le présent taux.

Les données issues de la participation au programme de la Régie permettent de voir que l'accessibilité sociale n'apparaît pas également pour tous les enfants admissibles à ce programme. L'accessibilité peut être

ici considérée dépendante du statut socio-économique des enfants et de la région où les services dentaires ont été reçus. Par ailleurs, le nombre de dispensateurs et de dispensatrices dans une région peut aussi être un facteur influençant la participation au programme.

Cependant, certaines régions disposant d'un taux de dispensateurs supérieur à celui d'autres régions connaissent un taux de participation au programme inférieur à celui de ces régions et vice-versa.

3) La participation au programme selon le type de service

Les enfants psr reçoivent davantage de services en restauration (38,7 %) qu'en prévention (20,2 %). Également, 30,8 % des services obtenus vont en examens et consultations. Les enfants non psr, pour leur part, reçoivent autant de services en prévention (28 %) qu'en restauration (28 %). Dans leur cas, 36,4 % des services obtenus vont en examens et consultations.

Les enfants psr, lorsqu'ils se rendent dans un cabinet dentaire, ce qu'ils font généralement moins souvent que les non psr, ont davantage besoin de services curatifs que les enfants non psr. Les coûts associés à l'obtention de tels services sont plus élevés que ceux reliés à des services préventifs. Ainsi, en 1990 le coût des services par participant chez les psr, soit 102,55 $, est plus élevé que chez les non psr, soit 77,32 $. Ajoutons à cela que le fait d'obtenir davantage de services curatifs est possiblement symptomatique d'une moins bonne santé dentaire dans ce groupe d'enfants de milieu défavorisé.

TABLEAU RÉCAPITULATIF
ANNÉE 1990

Programme de services dentaires pour les enfants (0 à 15 ans)	Catégorie de bénéficiaires du programme		
	Prestataires de la sécurité du revenu	Non prestataires de la sécurité du revenu	Ensemble
Population admissible			
N	170 821	1 322 340	1 493 161
%	11,4	88,6	100,0
Participants			
N	72 741	856 657	929 398
%	7,8	92,2	100,0
Taux: - 0 à 15 ans	42,6	64,8	62,2
- 3 à 15 ans	52,7	76,9	74,2
Services dentaires			
N	319 811	3 130 465	3 450 276
%	9,3	90,7	100,0
Principaux types de services (%)			
- examens et consultations	30,8	36,4	35,9
- prévention	20,2	28,0	27,3
- restauration	38,7	28,0	29,0
Coût des services			
$	7 459 431	66 232 748	73 692 178
%	10,1	89,9	100,0
Services par particip.			
N	4,4	3,7	3,7

2. LE PORTRAIT DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS ADMISSIBLES AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

Le deuxième chapitre de l'étude trace un portrait de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec. À partir de trois enquêtes sur la santé dentaire menées en 1977, 1983-1984 et 1989-1990, on en retrace l'évolution depuis l'instauration du programme de services dentaires administré par la Régie. On décrit ensuite les caractéristiques des enfants les plus vulnérables à la carie. On établit enfin des comparaisons avec la santé dentaire des enfants d'autres provinces et d'autres pays industrialisés. Deux objectifs associés à ce programme sont aussi examinés dans ce deuxième chapitre. Le premier a trait à une réduction de la carie de 45 % tandis que le second est associé à une diminution de 90 % de la prévalence des dents extraites.

A) L'évolution de la santé dentaire des enfants

L'évolution de la santé dentaire est suivie à l'aide de l'indice CAO, lequel détermine la somme de dents, primaires ou permanentes, cariées (C), extraites (A) ou obturées (O). Il appert que cet indice s'est nettement amélioré au cours des dernières années: la moyenne des faces des dents à faire traiter a grandement diminué, le taux d'extraction des dents a sensiblement baissé ainsi que le nombre de caries. Enfin, le nombre d'obturations a commencé récemment à diminuer, conséquence d'une amélioration de la santé dentaire des enfants.

En 1990, l'indice CAO relevé chez les enfants de 12 ans était de 3,05 comparativement à un indice de 4,39 en 1984. À ce propos, l'Organisation mondiale de la santé a fixé comme objectif mondial, pour l'an 2000, un indice CAO de 3 à l'âge de 12 ans. Cet objectif est donc atteint au Québec depuis 1990. Les deux objectifs reliés à l'indice CAO et fixés dans le cadre du programme administré par la Régie ont également été atteints.

B) Les caractéristiques des enfants les plus vulnérables à la carie

Un important apport des deux dernières enquêtes est d'avoir identifié la présence d'un groupe d'enfants plus vulnérables à la carie. Grosso modo, le quart des enfants possèdent les trois quarts des caries. Malgré tout, ces enfants présentent un haut niveau de traitement de la carie.

De façon générale, le groupe de jeunes le plus vulnérables à la carie provient d'un milieu socio-économique défavorisé. Les principales caractéristiques de ces enfants sont les suivantes: ils font partie d'une famille dont le revenu est faible, où la scolarité des parents est peu élevée, où l'un ou l'autre ou les deux parents occupent un emploi non spécialisé ou encore sont prestataires de la sécurité du revenu. Ce sont d'ailleurs probablement ces mêmes jeunes qui participent moins au programme de services dentaires administré par la Régie, comme il a été vu au premier chapitre. Il faut mentionner que l'identification d'un groupe d'enfants plus vulnérables à la carie a été considérée dans la détermination des récente voies d'action fixées dans la politique de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux.

C) Une comparaison avec quelques pays et provinces canadiennes

L'indice CAO du Québec dépasse aujourd'hui celui de plusieurs pays industrialisés. Cependant le Québec a encore du rattrapage à faire par rapport à ses voisins, tant américains que canadiens.

Par rapport aux enfants des États-Unis, ceux du Québec présentent, en 1990, 40 % plus de caries. Cet écart s'est toutefois atténué, il était de 50 % en 1984. L'indice CAO est aussi plus faible dans plusieurs provinces canadiennes dont l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario. Par

exemple, les enfants de l'Ontario présentent un indice CAO très semblable à celui de leurs jeunes voisins américains (1,7). Pour leur part, les enfants du Québec présentent aujourd'hui le même indice CAO que les jeunes ontariens de 1978.

Nous ne disposons pas d'études qui décrivent les causes ayant entraîné cette meilleure santé dentaire chez nos jeunes voisins, tant américains qu'ontariens, ceux-ci ne bénéficiant pas d'un régime d'assurance-maladie comme au Québec. Ils disposent cependant d'un imposant moyen pour prévenir l'apparition de la carie: la fluoruration de l'eau consommée par la majorité de la population de leur territoire. Au Québec, moins de 10 % de la population a accès à cette mesure de prévention qui sera décrite dans un prochain chapitre.

3. LES TRAITEMENTS DENTAIRES

Le troisième chapitre porte sur les traitements dentaires en faisant état de deux techniques associées à la prévention et en faisant le point sur des problèmes de santé dentaire. Outre la carie, quelques autres problèmes peuvent affecter les enfants à des degrés divers dont la malocclusion, les problèmes parodentaires et la fluorose.

Ce chapitre répond à l'objectif touchant la globalité des services offerts dans le programme administré par la Régie par rapport à la gamme des services offerts en cabinet privé.

A) Les restaurations préventives en résine composite

La restauration préventive en résine composite est une technique relativement récente qui peut avantageusement remplacer l'obturation en amalgame. Trois types de cavités peuvent être traités à l'aide de cette technique: celui

touchant les faces de dents avec puits et sillons, celui où la carie atteint légèrement la dentine et finalement celui où la carie atteint légèrement la dentine et où une couche de scellant peut être appliquée.

Beaucoup d'études récentes ont démontré la valeur de la restauration préventive en résine composite pour la première expérience de la carie sur les molaires permanentes et les prémolaires. Cette technique permet de conserver la structure saine de la dent alors que l'obturation en amalgame oblige à tailler la dent.

B) Le scellement des puits et sillons

Le scellement des puits et sillons est une mesure de prévention de la carie. Elle consiste à appliquer, sur la dent, un scellant qui forme une couche protectrice empêchant les particules d'aliments de se déposer dans les fissures et les cavités profondes des dents. Le scellant empêche donc l'apparition de caries tant qu'il est bien en place.

Il y a quelques années, les caries étaient surtout concentrées sur les surfaces lisses des dents. Aujourd'hui, elles se retrouvent en majorité sur les surfaces à sillons. Pour éviter leur apparition, le scellement des puits et sillons est le moyen préventif tout désigné. Cependant, peu d'enfants y ont recours. Ainsi, selon les données de l'enquête santé dentaire 1989-1990, la moyenne des dents scellées par enfant varie de 0,06 à 0,34 selon l'âge considéré. Le pourcentage d'enfants ayant des dents scellées est de 8 % en 2e année et en 2e secondaire, de 10 % en 6e année et de 5 % en 5e secondaire.

La carie sur les surfaces avec puits et sillons peut donc être prévenue. On évite ainsi douleur, infection, perte de dents et besoin de traitements coûteux. De plus, cette mesure peut contribuer à contenir les coûts d'un programme de services dentaires.

C) Les malocclusions handicapantes et les problèmes parodentaires

L'occlusion est la relation des dents du haut avec celle du bas quand les mâchoires sont fermées, une malocclusion étant une occlusion défectueuse. La majorité des enfants présentent une occlusion normale ou une malocclusion mineure ne nécessitant pas de traitements. Cependant, un certain nombre d'enfants, environ 5 %, se retrouve avec des malocclusions qui constituent un véritable handicap, sur le plan esthétique ou fonctionnel. Or, la dernière enquête santé dentaire a démontré que très peu de jeunes portent un appareil orthodontique pour corriger ce handicap. S'agissant d'un traitement coûteux, beaucoup de ces enfants doivent supporter ce handicap.

Pour leur part, les problèmes parodentaires sont les pathologies des gencives et de l'os supportant la dent. La dernière enquête santé dentaire a révélé que plus des deux tiers des enfants n'ont besoin d'aucun traitement ou nécessitent uniquement des instructions d'hygiène. Pour les autres, le détartratage constitue le traitement requis.

D) La fluorose dentaire

La fluorose dentaire consiste en un dépôt exagéré de fluor dans l'émail provoquant, à des degrés divers, des défauts de cet émail allant de la très légère décoloration jusqu'à la malformation. La très grande majorité des cas relevés sont bénins.

Comme le sel, les vitamines et autres minéraux, le fluor est toxique lorsque consommé en trop grande quantité. Les fluorures peuvent être présents en trop grande quantité dans l'eau. Le problème peut aussi se poser en raison d'une trop grande absorption de dentifrices, de rince-bouche fluorurés, de gels ou encore de la consommation d'aliments et de boissons préparés à partir d'eau fluorurée.

Les fluorures sont donc maintenant accessibles sous plusieurs formes, tant systémiques que topiques. Une surveillance de la quantité globale de fluorures absorbés par les enfants doit être exercée afin que cela ne devienne un problème de santé publique. L'Association dentaire canadienne a d'ailleurs publié récemment plusieurs recommandations à ce propos. Pour l'instant, la fluorose dentaire constitue une affection bénigne pouvant représenter, au pire, un problème esthétique. En contrepartie, les fluorures constituent une excellente mesure préventive contre l'apparition de caries, principalement sur les surfaces lisses des dents.

4. DES FACTEURS QUI CONTRIBUENT À LA SANTÉ DENTAIRE

Plusieurs programmes, mesures et facteurs ont joué un rôle dans l'évolution de la santé dentaire des enfants, dont le programme administré par la RAMQ. Le quatrième chapitre en décrit quelques-uns et examine l'atteinte de trois objectifs reliés aux habitudes d'hygiène dentaire.

Les principaux programmes, mesures et facteurs généralement reconnus pour améliorer la santé dentaire sont associés:

- à l'utilisation de fluorures;
- aux habitudes alimentaires et d'hygiène buccale;
- à la disponibilité des services dentaires;
- aux programmes publics d'éducation et d'intervention;
- à l'importance accrue de la santé dentaire dans la population jumelée à une plus grande utilisation des services dentaires;
- à une approche préventive des dentistes.

A) Les programmes et mesures liés à l'évolution de la santé dentaire

La première section du quatrième chapitre traite de la fluoruration, examine le programme public de services dentaires préventifs pour finalement aborder brièvement quelques autres facteurs, mesures et programmes.

1) La fluoruration

La fluoruration est la mesure reconnue comme étant la plus efficace pour réduire la carie dentaire. La fluoruration de l'eau de consommation particulièrement est considérée comme la mesure passive par excellence pouvant atteindre massivement toute la population, y compris les personnes se préoccupant peu de leur santé dentaire et ce, à un coût minime. Elle est peu appliquée au Québec, puisque moins de 10 % de la population peut en bénéficier comparativement à 72 % de la population ontarienne.

Les fluorures peuvent aussi être appliqués de manière topique par l'utilisation de dentifrices et de rince-bouche fluorurés, par exemple. Pour les enfants plus vulnérables à la carie, il est d'ailleurs recommandé d'avoir recours à l'eau de consommation ainsi qu'aux produits fluorurés. Il faut toutefois s'assurer que les enfants n'avalent pas ces produits, ce que font 30 % des enfants de moins de trois ans, lorsqu'ils se brossent les dents. D'ailleurs, l'Association dentaire canadienne a fait récemment des recommandations sur les produits fluorurés afin d'éviter leurs effets «auréolaires». La population étant de plus en plus exposée à diverses sources de fluorures, il devient difficile de connaître le degré exact de fluorures consommés par une personne donnée. Ces effets peuvent entraîner la fluorose chez certains enfants, ce qui se traduit principalement par une altération esthétique des dents.

Au cours des dernières années, la recommandation de fluorurer l'eau de consommation a été faite à plusieurs reprises, mais sans succès. Certaines craintes de porter atteinte à la santé et à l'environnement avaient d'ailleurs fait échouer la Loi sur la protection de la santé publique adoptée en 1975. En effet, un moratoire avait réussi, en 1977, à bloquer l'implantation de cette mesure à la suite des pressions de M. Jean Drapeau, alors maire de Montréal.

Certains auteurs recommandent de fluorurer l'eau de consommation des écoles, à défaut de fluorurer l'eau des municipalités. Certains autres suggèrent d'offrir sur le marché du sel fluoruré. Ces deux solutions présentent cependant un certain nombre d'inconvénients, dont le fait que la consommation optimale de fluorures n'est pas nécessairement atteinte.

2) Le programme public de services dentaires préventifs

Ce programme semble exister depuis le début des années 60. Il a toutefois pris une plus grande ampleur en 1982, au moment où les services préventifs du programme de services dentaires administré par la Régie ont été désassurés pour les enfants de moins de 12 ans.

Les interventions recommandées dans ce programme tiennent compte du caractère multifactoriel des maladies dentaires. Certaines visent directement les enfants, d'autres l'environnement. Celles s'adressant aux enfants ont trait aux mesures éducatives, au dépistage, permettant de repérer les enfants ayant besoin de soins dentaires, à l'orientation vers un cabinet dentaire et à un suivi auprès de ces enfants, à l'utilisation d'un rince-bouche fluoruré et de suppléments de fluorures. Les interventions liées à l'environnement concernent la fluoruration de l'eau de consommation dans les municipalités et dans les écoles.

Ce programme comptait, en 1981, 125 hygiénistes dentaires oeuvrant en CLSC. En 1991, ce programme a été révisé. Il a alors été estimé qu'il manquait une centaine de postes d'hygiénistes pour la bonne marche de ce programme. À ce moment-là, il s'est aussi davantage orienté vers les enfants les plus vulnérables à la carie. C'est ce que propose d'ailleurs la récente politique de la santé et du bien-être.

Malgré les quelques lacunes relevées dans ce programme, dont le nombre insuffisant d'hygiénistes dentaires, le programme public de services dentaires préventifs est perçu très positivement dans le milieu. On reconnaît généralement qu'il a énormément contribué à améliorer la santé dentaire des enfants et qu'il a encore un rôle à jouer dans l'avenir.

3) Les autres facteurs, mesures et programmes

Les autres facteurs, mesures et programmes pouvant influencer l'évolution de la santé dentaire, et brièvement abordés dans cette troisième section, sont:

- les assurances privées;
- la disponibilité des services dentaires;
- l'approche préventive des dentistes;
- un personnel dentaire plus nombreux et mieux formé;
- l'utilisation accrue des antibiotiques;
- l'augmentation de l'immunité de l'espèce.

Certains de ces éléments ont déjà été traités dans l'un ou l'autre des chapitres de la présente étude, alors que certains autres ne sont évoqués qu'à titre d'hypothèse. La plupart d'entre eux, sinon la totalité, ont un rôle à jouer dans l'évolution de la santé dentaire. Cependant, aucune étude ne permet d'en déterminer le poids précis.

B) Les facteurs liés aux attitudes et comportements des enfants

La deuxième partie du quatrième chapitre examine un certain nombre de facteurs associés à la santé dentaire et davantage liés aux attitudes et comportements des enfants face à la santé dentaire.

1) Le statut socio-économique

Il est reconnu que le statut socio-économique constitue un important déterminant de la santé dentaire des enfants. La dernière enquête santé dentaire a démontré que le quart des enfants possédait les trois quarts des caries. Or, la majorité d'entre eux proviennent d'un milieu défavorisé. Ces enfants cumulent une série de problèmes qui ne peuvent pas être uniquement traités par le système de soins. Des changements associés à de meilleures conditions de vie pourraient améliorer cette situation.

2) Les habitudes de vie

Parmi les habitudes de vie pouvant influencer la santé dentaire, citons les habitudes alimentaires, l'importance accordée à la santé dentaire et les habitudes d'hygiène dentaire.

Une amélioration dans les habitudes alimentaire de la population a été relevée au cours des dernières années. Des progrès sont toutefois nécessaires: la consommation annuelle de sucre par personne est de 40 kg, dont les deux tiers se retrouvent dans des produits usinés. Or, la carie est étroitement liée aux habitudes alimentaires, dont principalement la consommation de sucre. L'éducation constitue un important moyen, retenu dans la récente politique de la santé et du bien-être, pour favoriser de bonnes habitudes alimentaires.

L'importance accordée à la santé dentaire est un autre facteur en faveur de son amélioration. D'ailleurs, les deux dernières décennies ont vu naître et s'accroître un intérêt pour la santé en général, intérêt ayant entraîné des modifications dans les attitudes et les comportements vis-à-vis de la santé, dont la santé dentaire.

Enfin, les bonnes habitudes d'hygiène buccale constituent également un important moyen pour prévenir la carie dentaire. À ce propos, le projet de politique de santé dentaire de 1984 avait fixé trois objectifs reliés à de telles habitudes. Ceux-ci ont été partiellement atteints: utilisation régulière de fluorures topiques ou en supplément, pratiques d'hygiène dentaire adéquates et indice de plaque dentaire faible. Ici aussi cependant, il serait nécessaire de renforcer l'éducation à de saines habitudes d'hygiène buccale.

5. LE RÔLE DU PROGRAMME SUR L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS

Le dernier chapitre de l'étude évaluative rend compte de l'opinion de quatorze dentistes oeuvrant, la plupart depuis l'instauration du programme, dans divers domaines de la santé dentaire: enseignement, recherche, santé communautaire et pratique privée ou en milieu hospitalier.

Les opinions recueillies constituent des témoignages privilégiés de dentistes qui ont pu observer les transformations subies au Québec, au cours des deux dernières décennies, en ce qui a trait à la santé dentaire des enfants. Les propos qu'ils nous livrent permettent une réflexion approfondie sur la question en mettant en perspective le rôle du programme administré par la Régie par rapport aux autres facteurs contributifs à la santé dentaire.

Les entrevues ont été effectuées autour de quatre thèmes qui vont maintenant être résumés.

A) L'évolution de la santé dentaire des enfants de moins de 16 ans au cours des 20 dernières années

Les dentistes ont fait état des transformations relevées au cours des 20 dernières années par rapport à ce qui touche directement la santé dentaire des enfants, l'attitude du public et la pratique des dentistes. Les principaux constats relevés permettent de réaliser les immenses transformations qu'ont subies ces trois aspects au cours des deux dernières décennies.

En ce qui a directement trait à la santé dentaire des enfants, les dentistes ont relevé une forte diminution de la carie. Ils ont aussi noté que les enfants ont changé leur comportement en adoptant de nouvelles habitudes de vie. La plupart vont maintenant chez le dentiste annuellement pour de simples visites préventives, ce qu'ils auront probablement tendance à poursuivre à l'âge adulte. Également, un changement positif face à l'hygiène dentaire a été souligné.

La pratique des dentistes a aussi subi d'importantes modifications. Ainsi, au cours des deux dernières décennies, ils sont passés de «réparateurs» à «préventeurs». Il y a eu aussi la formation des hygiénistes dentaires et leur arrivée dans les cabinets privés, l'apparition de nouveaux matériaux esthétiques et une meilleure connaissance de la santé dentaire de la part de la clientèle.

Enfin, parmi les autres transformations reliées à la santé dentaire, les dentistes ont cité l'arrivée du programme public de prévention dans le réseau des DSC et des CLSC.

Dans ce premier thème, il a aussi été question des enfants plus vulnérables à la carie. Ceux-ci proviennent généralement, selon les dentistes, de milieux socio-

économiques défavorisés. Dans ce milieu la prévention est peu valorisée.

Pour atteindre et traiter ces jeunes, ils proposent l'orientation vers le programme public de prévention, la fluoruration de l'eau de consommation, le scellement des puits et sillons ainsi qu'une éducation plus suivie à de saines habitudes de vie.

Enfin, nous avons demandé aux dentistes consultés de nous indiquer les raisons pour lesquelles les enfants d'ici ont une moins bonne santé dentaire que les enfants de l'Ontario et des États-Unis. Trois raisons ont souvent été avancées: la mentalité et l'éducation anglophones différentes à certains égards de celles des francophones et la fluoruration de l'eau de consommation.

B) L'apport du programme administré par la Régie sur l'évolution de la santé dentaire des enfants du Québec

Malgré les difficultés de déterminer le rôle du programme de services dentaires pour les enfants, les dentistes estiment que ce dernier constitue un important facteur contributif à l'évolution de la santé dentaire.

Les raisons qui militent en faveur de ce programme en ce qui touche directement la santé dentaire des enfants sont principalement la levée de la barrière économique, l'augmentation de la fréquentation du cabinet dentaire, le changement d'attitude des parents et des enfants vis-à-vis de la santé dentaire et l'acquisition d'habitudes de vie favorables à la santé dentaire. Par ailleurs, une déficience dans l'accessibilité des services dentaires a été soulignée à quelques reprises.

Nous avons ensuite demandé aux dentistes si le programme administré par la Régie avait entraîné d'autres modifications, outre celles touchant directement la santé dentaire. Ils ont fait état de la répartition territoriale

des ressources, de leur situation financière, de leur mode de pratique, de l'arrivée des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés, de l'instauration d'un mode de contrôle par la Régie et des coûts associés aux pertes de temps occasionnées par les maux de dents.

Nous avons également interrogé les dentistes sur les problèmes non corrigés par le programme. Il a été fait surtout mention, à ce propos, des malocclusions. Il a aussi été question des caries sur les faces avec puits et sillons, de la carie du biberon et des enfants handicapés qui ont plus difficilement accès aux soins dentaires.

Nous avons finalement demandé aux dentistes de nous indiquer quelle aurait été l'évolution de la santé dentaire sans la mise en place du programme administré par la Régie. Quoique cette question n'ait pas trouvé de réponses simples et évidentes, la majorité des dentistes ont émis l'hypothèse que, sans l'implantation du programme, la santé dentaire n'aurait pas connu une aussi bonne évolution.

C) Les facteurs contributifs à l'amélioration de la santé dentaire des enfants, autres que le programme administré par la Régie

Le programme administré par la Régie n'est pas le seul facteur contributif à l'amélioration de la santé dentaire des enfants. Nous avons demandé aux dentistes de nous en énumérer quelques-uns. Ils peuvent être subdivisés selon qu'ils sont associés à la profession, au public, aux produits et à quelques autres facteurs.

Les facteurs contributifs reliés à la profession ont trait à l'arrivée des hygiénistes dentaires, au virage qu'a pris la profession vers la prévention, à la répartition territoriale des dentistes et à l'augmentation des effectifs. Ceux reliés au public touchent à l'accroissement de la scolarisation de la population et au fait que les gens ont changé leur attitude par rapport à la santé en général.

En ce qui a trait aux produits, tous les dentistes consultés ont fait part de la grande importance des produits fluorurés. Enfin, parmi les autre facteurs, il a été fait mention de la publicité, de l'influence de la télévision, des assurances dentaires privées, des mesures prises dans le secteur public et de l'influence des antibiotiques buccaux.

Nous avons aussi demandé aux dentistes où ils situaient le programme administré par la Régie parmi ces facteurs. Plusieurs le voient comme le principal facteur, puisqu'il a entraîné le virage vers la prévention et qu'il a permis l'accessibilité aux services dentaires. D'autres le considèrent tout aussi important que des facteurs mentionnés plus tôt, indiquant que la relativement bonne santé dentaire est attribuable à une série de facteurs interreliés. D'autres encore le jugent moins important que l'alimentation et la fluoruration, ces facteurs pouvant joindre plus massivement la population. Enfin, il a été mentionné que ce programme a une influence sur le niveau de traitement de la carie alors qu'il en a moins sur la prévalence de la carie.

D) Les améliorations et les innovations possibles

Afin de favoriser une amélioration de la santé dentaire, des modifications pourraient probablement être apportées tant au programme administré par la Régie qu'à divers facteurs contributifs à la santé dentaire. Nous avons demandé aux dentistes consultés de nous faire part de suggestions à ce sujet.

Quelques dentistes souhaiteraient que le programme administré par la Régie redevienne ce qu'il était avant les récentes coupures. D'autres proposent d'axer davantage le programme vers les services préventifs. Par ailleurs, plusieurs dentistes ont fait état des enfants plus vulnérables à la carie. Ils mentionnent que ces enfants devraient recevoir plus d'attention et que les aspects du programme les concernant n'aient plus à subir de nouvelles coupures. L'importance de fixer des buts et des objectifs

clairs et précis à ce programme a aussi été relevée. Enfin, la question du scellement des puits et sillons a été abordée par la grande majorité des dentistes. Certains souhaiteraient que cette mesure couvre universellement tous les enfants assurés, d'autres hésitent.

Par ailleurs, les dentistes ont énuméré quelques facteurs contributifs à la santé dentaire pouvant être améliorés ou créés. La fluoruration de l'eau de consommation apparaît être le premier facteur pour améliorer la santé dentaire de la population du Québec. Le programme public de prévention a aussi été mentionné de même que la publicité, l'éducation et la sensibilisation de la population en général ou de groupes en particulier.

En ce qui a trait à la désassurance des services dentaires pour les enfants de 10 ans ou plus en mai 1992, les dentistes croient qu'elle aura des conséquences sur l'évolution de la santé dentaire des jeunes. Ils s'entendent sur le fait que c'est surtout dans la classe moyenne que les effets vont se faire le plus sentir. Ils sont aussi d'avis qu'une détérioration de la santé dentaire surviendrait si ce programme administré par la Régie était retiré. D'après eux, le lien étroit avec le programme public de prévention serait brisé et ce dernier pourrait plus difficilement fonctionner. Ils précisent que le programme actuel favorise l'acquisition de l'habitude de rendre visite au dentiste à intervalles réguliers. Cette bonne habitude, maintenant acquise par beaucoup de jeunes adultes, pourrait être perdue par les prochaines générations. De plus, ils rappellent que beaucoup de gens n'ont pas les ressources financières pour faire traiter leurs enfants.

Les dentistes entrevoient très peu de solutions de remplacement au programme actuel de la Régie. La solution la plus souvent avancée est associée à l'assurance dentaire privée. Cependant, plusieurs limites ont été évoquées, dont le fait que beaucoup de personnes ne seraient pas couvertes par un tel régime. Enfin, la fluoruration de l'eau de

consommation est proposée, non pas comme solution de rechange, mais comme mesure de base pour prévenir la carie dentaire.

Les dentistes concluent que l'amélioration de la santé dentaire des enfants est un phénomène relativement nouveau au Québec. Il reste toutefois encore du rattrapage à faire lorsqu'on compare leur santé dentaire à celle de leurs jeunes voisins ontariens et américains. Cette amélioration constitue un acquis fragile qui pourrait régresser rapidement dans le cas d'une complète désassurance des services dentaires. Aucune solution de rechange ne semble s'offrir pour remplacer l'actuel programme.

L'étude se termine par quelques recommandations visant à améliorer la santé dentaire des enfants. Trois d'entre elles sont directement reliées au programme administré par la RAMQ: scellement des puits et sillons, restauration préventive en résine composite et traitement des malocclusions handicapantes. Deux autres recommandations font appel à d'autres instances gouvernementales: fluoruration de l'eau de consommation et programme public de services dentaires préventifs. Enfin, les deux dernières recommandations sont liées au domaine de la recherche.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE III: LES TRAITEMENTS DENTAIRES

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX (EN ANNEXE)

INTRODUCTION

Dans les années 60, le piètre état de la santé dentaire de la population québécoise a incité la Commission Castonguay-Nepveu à favoriser l'instauration d'un programme de services dentaires gratuits pour les enfants. Ce programme, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), a été implanté à partir de mai 1974. À ce moment-là, seuls les enfants de 8 ans ou moins pouvaient obtenir des services dentaires gratuits. Le programme s'est graduellement élargi pour rejoindre, en mai 1980, tous les enfants de 15 ans ou moins.

Au cours des dernières années, ce programme a subi plusieurs modifications. Ainsi, en 1982, les services curatifs ont été désassurés pour les jeunes de 13, 14 et 15 ans. Ces derniers ont toutefois continué d'avoir accès aux services diagnostiques et aux services préventifs[1]. Plus récemment, le programme a connu de nouveaux changements (mi-mai 1992), soit la désassurance des services dentaires, tant diagnostiques, curatifs que préventifs, pour les jeunes de 10 ans ou plus. Actuellement, ce sont les enfants de 9 ans ou moins qui ont accès à des services diagnostiques et curatifs: examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, endodontie et traitement de canal sur dent permanente, chirurgie et ablation de dents et racines.

La présente étude, amorcée avant la dernière désassurance de services, vise d'abord à dresser un bilan historique de ce programme et à en effectuer une évaluation. C'est pourquoi elle tient compte de données touchant les jeunes de 15 ans ou moins, que ce soit par rapport à leur état de santé dentaire ou à leur consommation de services dentaires dans le cadre du programme administré par la Régie.

---

[1] Ces services sont énumérés à la section C du premier chapitre.

Avant d'entreprendre cette étude du programme de services dentaires pour les enfants, il a fallu retracer les grandes orientations qui ont présidé à sa mise en oeuvre de même que les objectifs qu'on cherchait à atteindre par l'implantation de ce programme. À partir d'une revue de la documentation[2], neuf objectifs reliés au programme administré par la Régie ont été dégagés. La présente étude tente de déterminer dans quelle mesure ces objectifs, présentés au tableau récapitulatif suivant, ont été atteints:

- les trois objectifs immédiats touchent à l'accessibilité et à la participation au programme ainsi qu'à leur globalité;

- les cinq objectifs intermédiaires ont trait à l'amélioration de la santé dentaire et à l'usage de soins préventifs adéquats;

- l'objectif ultime vise à «favoriser le développement et le maintien de la santé dentaire des enfants tout en permettant l'accès aux services curatifs[3].»

---

[2] LACROIX, D., Monographie sur les programmes de services dentaires administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, RAMQ, mai 1991.

[3] Cet objectif est issu d'un projet de politique du MSSS élaboré en 1984: Une politique québécoise de santé dentaire.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Les objectifs du programme de services dentaires pour les enfants

Objectif ultime:

Favoriser le développement et le maintien de la santé dentaire des enfants tout en permettant l'accès aux services curatifs.

Objectifs intermédiaires:

Amélioration de la santé dentaire:

- En 1989, une réduction de 45% de la prévalence de la carie sera constatée par rapport à 1984.
- La prévalence des dents extraites (CA/CAO) devra avoir diminué de 90% en 1989 par rapport à 1984.

Usage de soins préventifs adéquats:

- Utilisation régulière de fluorures topiques ou en supplément chez 80% des jeunes des écoles primaires et du secondaire, en 1989.
- Pratique d'hygiène dentaire adéquate chez 60% des jeunes des écoles primaires et du secondaire, en 1989.
- Indice de plaque dentaire faible pour une majorité de jeunes de moins de 18 ans, en 1989.

Objectifs immédiats:

En 1989, le taux de participation au programme sera de 75% dans chacune des régions socio-sanitaires.

En 1987, des soins dentaires d'urgence dans un délai de 12 heures, en tout temps, dans chaque territoire de DSC, seront accessibles à 90% de la population.

S'assurer que les services dentaires sont de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire qu'ils sont globaux, continus et conformes aux mesures de la bonne pratique.

C'est en répondant aux interrogations suivantes, reliées à ce programme de services dentaires qui n'a jamais fait l'objet d'une évaluation en profondeur, qu'il sera possible de vérifier dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints:

- Le programme administré par la Régie est-il également accessible à tous les enfants admissibles au régime d'assurance-maladie? La participation à ce programme dépend-elle de certaines caractéristiques des bénéficiaires du programme?

- Quelles sont les caractéristiques des enfants considérés comme les plus vulnérables à la carie dentaire?

- Les nouveaux traitements dentaires ou ayant évolué au cours des deux dernières décennies devraient-ils être intégrés à la gamme des services couverts par le programme?

- Quel est le portrait de la santé dentaire des enfants admissibles au programme administré par la Régie? Où se situe leur santé dentaire par rapport à celle d'autres provinces et pays industrialisés?

- Dans quelle mesure l'hygiène dentaire pratiquée par les enfants est-elle adéquate?

- Quelle a été l'évolution de la santé dentaire des enfants depuis l'implantation du programme?

- Le programme de services dentaires administré par la Régie a-t-il joué un rôle dans cette évolution?

- Quelles seraient les mesures à implanter pour améliorer la santé dentaire des enfants?

Les cinq chapitres de la présente étude visent à vérifier dans quelle mesure chacun de ces objectifs a été atteint. Le premier chapitre traite de l'accessibilité et de la participation au programme de services dentaires. Le deuxième trace un portrait de la santé dentaire des enfants tandis que le troisième porte sur les traitements dentaires. Dans le quatrième chapitre, les facteurs qui contribuent à la santé dentaire, autres que le programme, sont décrits. Le dernier chapitre présente l'opinion de quatorze dentistes oeuvrant dans le domaine de la santé dentaire depuis, pour la plupart, l'instauration du programme. Ces derniers nous livrent une réflexion sur le rôle du programme dans l'évolution de la santé dentaire des enfants au cours des deux dernières décennies. Enfin, des recommandations liées à l'amélioration de la santé dentaire des enfants complètent cette étude évaluative.

CHAPITRE I: L'ACCESSIBILITÉ ET LA PARTICIPATION AU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS

Ce chapitre traite de l'accessibilité et de la participation au programme de services dentaires pour les enfants, administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Pour ce faire, les données sur les services dentaires obtenus par les bénéficiaires du programme vont être examinées et ce, pour une période de cinq années, soit de 1986 à 1990. Quelques données sont également disponibles pour la période de 1983 à 1990. Celles antérieures à 1983 ne sont pas retenues en raison de la désassurance de plusieurs services, pour certains groupes d'âge, en août 1982. Il faut préciser que les données présentées dans ce chapitre font état principalement de la rémunération à l'acte. Ce mode de rémunération regroupe la très grande majorité des services et des coûts du programme. Nous traiterons aussi, très sommairement, de la rémunération à salaire et à la vacation.

Par l'analyse des données statistiques de la Régie et une revue de la documentation, nous tenterons de vérifier si deux objectifs de ce programme ont été atteints, soit un taux de participation de 75 % et l'accès à des services dentaires d'urgence dans un délai de 12 heures, en tout temps, pour 90 % de la population. De façon particulière, nous tenterons de savoir si la participation au programme est fonction de certaines caractéristiques de ces enfants et si l'accessibilité au programme est le même pour tous les enfants qui y sont admissibles.

L'analyse de l'accessibilité et de la participation au programme se fera par l'examen de diverses dimensions de l'accessibilité au programme: géographique, organisationnelle et sociale.

A) L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

L'accessibilité géographique sa rapporte à la distribution territoriale des ressources. En 1990, 2 686 dentistes et 48 spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale ont dispensé des services à des enfants de 0 à 15 ans dans le cadre du programme de services dentaires administré par la Régie. Mentionnons qu'au cours de 1990, 3 134 dentistes étaient

titulaires d'un certificat délivré par l'Ordre des dentistes du Québec[4]. C'est donc 87,2 % des dentistes et chirurgiens buccaux qui ont fourni, en 1990, au moins un service dentaire, rémunéré à l'acte, dans le cadre de ce programme. Si l'on exclut de ces 3 134 dispensateurs et dispensatrices ceux et celles exerçant hors du Québec (31) et les membres honoraires de 65 ans et plus (177), ce taux augmente à 93,4 %. C'est donc la très grande majorité des dentistes et des chirurgiens buccaux (56 inscrits à l'Ordre, en 1990) qui participent à ce programme, à des degrés divers. Un certain nombre de ceux qui ne rendent pas de services dentaires rémunérés à l'acte sont rémunéré à salaire et à la vacation. En 1990, 54 dentistes étaient rémunérés à salaire, 100 à la vacation et 8 cumulaient les deux modes de rémunération. La rémunération à salaire est destinée aux dentistes oeuvrant dans les CLSC et dans les DSC[5] ainsi que dans les établissements régis par l'entente particulière relative à la répartition des effectifs dentaires. La rémunération à la vacation, pour sa part, est destinée aux dentistes qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire.

1) Les taux de dispensateurs

Le tableau suivant fournit la distribution du nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale ayant dispensé des services dentaires, rémunérés à l'acte, entre 1983 et 1990. Le taux de dispensateurs est le nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

---

4 ORDRE DES DENTISTES, Rapport annuel 1990-1991, p. 14.

5 Depuis le 1er avril 1993, conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (1991, c.42) et de la Loi d'application (loi 15), les centres de santé publique (appellation temporaire) remplacent les départements de santé communautaire (DSC). Considérant que les données utilisées dans la présente étude évaluative sont antérieures à avril 1993, le terme DSC est conservé.

En 1990, ce taux est de un dispensateur pour 546 enfants admissibles au programme administré par la Régie. Il est de un pour 556 pour les dentistes et de un pour 31 108 pour les chirurgiens buccaux. Ce taux de dispensateurs s'est progressivement amélioré au cours des huit années considérées, étant de un pour 658 enfants en 1983, soit un pour 38 225 pour les chirurgiens buccaux et de un pour 669 pour les dentistes. En valeur absolu, on dénombrait 39 spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale rendant des services rémunérés à l'acte par la Régie dans le cadre du programme pour les enfants, contre 48 en 1990, soit un accroissement de 23 %. Pour leur part, les dentistes ont vu leur nombre s'accroître de 21 %, passant de 2 228 en 1983 à 2 686 en 1990.

Le nombre de services dentaires fournis aux bénéficiaires du programme n'a, pour sa part, pratiquement pas changé entre 1983 et 1990. Il a même connu une légère baisse au cours des deux dernières années considérées oscillant autour de 3,4 millions comparativement à 3,6 millions en 1983. À ce propos, il faut rappeler qu'entre janvier 1989 et juin 1992, le délai minimum entre deux examens dans le cadre de ce programme est passé de 180 à 244 jours.

De 1983 à 1990, cette faible diminution du nombre de services jumelée à un léger accroissement du nombre de dispensateurs et de dispensatrices a entraîné une constante décroissance du nombre de services rendus par dispensateur. Ainsi, en 1983, chacun d'entre eux rendait en moyenne 1 609 services par rapport à 1 262 en 1990, soit une baisse de 22 % des services rendus par dispensateur. Enfin, il faut mentionner que les coûts sont passés de 60,5 millions de dollars à 73,7 millions de dollars, entraînant une répartition de près de 27 000 $ par dentiste autant en 1983 qu'en 1990, leur part de revenu individuel issu de ce programme n'ayant pas bougé depuis huit années.

TABLEAU 1

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR.1983-1990

ANNEE ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES Nombre	%	Coûts	%	SERVICES PAR DISPENSATEUR Nombre	Coûts	DISPENSATEURS Nombre	Taux * 1 sur
1983	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	5 179	0.1	154 894	0.3	133	3 972	39	38 225
	DENTISTE	3 643 031	99.9	60 333 668	99.1	1 635	27 080	2 228	669
	TOTAL	3 648 210	100.0	60 488 562	100.0	1 609	26 682	2 267	658
1984	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 378	0.1	155 856	0.3	104	3 711	42	35 347
	DENTISTE	3 650 128	99.9	60 729 823	99.7	1 589	26 439	2 297	646
	TOTAL	3 654 506	100.0	60 885 679	100.0	1 562	26 031	2 339	635
1985	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 458	0.1	168 101	0.3	104	3 909	43	34 340
	DENTISTE	3 650 663	99.9	64 783 010	99.7	1 543	27 381	2 366	624
	TOTAL	3 655 121	100.0	64 951 111	100.0	1 517	26 962	2 409	613
1986	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 562	0.1	192 919	0.3	111	4 705	41	35 700
	DENTISTE	3 630 692	99.9	70 981 032	99.7	1 476	28 854	2 460	595
	TOTAL	3 635 254	100.0	71 173 950	100.0	1 454	28 458	2 501	585
1987	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 226	0.1	176 034	0.2	94	3 912	45	32 481
	DENTISTE	3 659 885	99.9	72 060 248	99.8	1 446	28 471	2 531	578
	TOTAL	3 664 111	100.0	72 236 282	100.0	1 422	28 042	2 576	567
1988	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 380	0.1	184 280	0.3	93	3 921	47	31 203
	DENTISTE	3 696 976	99.9	71 774 300	99.7	1 424	27 648	2 596	565
	TOTAL	3 701 356	100.0	71 958 580	100.0	1 400	27 226	2 643	555
1989	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 516	0.1	199 204	0.3	96	4 238	47	30 638
	DENTISTE	3 426 918	99.9	71 952 861	99.7	1 293	27 152	2 650	543
		3 431 434	100.0	72 152 065	100.0	1 272	26 753	2 697	534
1990	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 794	0.1	212 378	0.3	100	4 425	48	31 108
	DENTISTE	3 445 482	99.9	73 479 800	99.7	1 283	27 357	2 686	556
	TOTAL	3 450 276	100.0	73 692 178	100.0	1 262	26 954	2 734	546

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

Il faut par ailleurs se demander si le nombre actuel de dentistes et de chirurgiens buccaux est suffisant pour répondre aux besoins de services dentaires des jeunes de 0 à 15 ans. À ce propos, les données présentées dans les divers documents consultés font référence à un ratio de dentistes par tranche de 1 000 de l'ensemble de la population. Ainsi, une étude effectuée par le Comité des expertises professionnelles pour les effectifs dentaires de l'Ordre des dentistes du Québec compare l'évolution du nombre de dentistes au Canada, en Ontario et au Québec entre 1972 et 1985.

Évolution du taux de dentistes, 1972 et 1985

Région	Année		Variation en %
	1972	1985	1985/1972
Canada	1/2883	1/1847	48
Ontario	1/2428	1/1713	62
Québec	1/3524	1/2308	66

Ces données indiquent qu'entre 1972 et 1985, le Québec a connu la plus forte hausse (66 %) du taux de dentistes par rapport à l'ensemble du Canada et à l'Ontario. Il faut noter que le taux relevé en 1990 est de 1/2 256, si l'on considère les 3 134 praticiens et praticiennes inscrits à l'ODQ et les 7 071 236 personnes admissibles au régime d'assurance-maladie. Le Québec conserve cependant le ratio de population le plus élevé, dépassant à peine celui de l'Ontario de 1972. Quant à savoir si ce ratio correspond au besoin de la population, citons le commentaire suivant du Comité d'expertises professionnelles de l'Ordre des dentistes du Québec:

> «Les pays où la proportion des dentistes par rapport à la population se situe entre 1/1000 et 1/1800 sont ceux qui ont réagi le plus rapidement à l'éventualité d'une surpopulation dentaire issue de la diplomation courante. C'est ce qu'on trouve en Scandinavie, aux États-Unis et en France pour ne citer que les

principaux. Au Canada, le ratio se maintient aux environs de 1/2000, mais des provinces ont déjà des ratios qui s'approchent de 1/1500 et ceci donne lieu à des interrogations sur les conséquences d'une progression entretenue au rythme actuel de production[6].»

2) La répartition régionale des dispensateurs et dispensatrices

Le taux de un dispensateur pour 546 enfants de 0 à 15 ans admissibles au programme varie selon la région socio-sanitaire considérée, comme le démontre le tableau 2.A[7].

La région possédant le plus grand nombre de dispensateurs et de dispensatrices par enfant est de loin celle de Montréal métropolitain, avec un taux de un dispensateur pour 297 enfants admissibles. On constate que cette région regroupe le plus grand nombre de services dentaires rémunérés à l'acte rendus en 1990, soit 25 % (860 911) d'entre eux. Elle rassemble même 64 % (3 097) des services rendus par les chirurgiens buccaux. Mais, compte tenu qu'elle regroupe 45 % de tous les dispensateurs et dispensatrices de la province (1219/2734), dont plus de la moitié des chirurgiens buccaux (26/48), elle est la région où le nombre et le coût des services par dispensateur sont les plus faibles. Le nombre est de 706 par rapport à la moyenne nationale de 1 262 tandis que le coût est de 15 241 $ par rapport au coût moyen de près de 27 000 $.

Les autres régions où l'on retrouve le nombre le moins élevé d'enfants par dispensateur rémunéré à l'acte sont celles de Québec (584), de l'Estrie (690), de la Montérégie (710), de l'Outaouais (722) et de Trois-Rivières (723).

---

[6] ODQ, Comité d'expertises professionnelles, Les effectifs dentaires au Québec, 1987, p. 7.

[7] Les tableaux des données de 1986 à 1989 sont présentés à l'annexe 1.

Par ailleurs, les régions où l'on retrouve le nombre le plus élevé d'enfants par dispensateur rémunérés à l'acte sont les régions de la Côte-Nord (1 334), de l'Abitibi-Témiscamingue (1 099), du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie (930), du Saguenay—Lac-Saint-Jean (831) et des Laurentides-Lanaudière (813). Comme on peut s'y attendre, ce sont les régions présentant les taux les plus élevés qui comptent le nombre et le coût des services par dispensateur les plus élevés.

TABLEAU 2.A

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEURS ET PAR REGION SOCIO-SANITAIRE.1990

REGION ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES Nombre	%	Coûts	%	SERVICES PAR DISPENSATEUR Nombre	Coûts	DISPENSATEURS Nombre	Taux * 1 sur
BAS-ST-LAUR.-GASP.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	113 151	3,3	2 378 653	3,2	2 095	44 049	54	930
	TOTAL	113 151	3,3	2 378 653	3,2	2 095	44 049	54	930
SAG.- LAC ST-JEAN	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	428	8,9	19 491	9,2	214	9 745	2	37 831
	DENTISTE	207 254	6,0	4 542 527	6,2	2 329	51 040	89	850
	TOTAL	207 682	6,0	4 562 018	6,2	2 282	50 132	91	831
QUEBEC	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	293	6,1	15 618	7,4	37	1 952	8	28 307
	DENTISTE	627 617	18,2	13 425 301	18,3	1 652	35 330	380	596
	TOTAL	627 910	18,2	13 440 919	18,2	1 618	34 642	388	584
TROIS-RIVIERES	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	144	3,0	5 486	2,6	144	5 486	1	102 723
	DENTISTE	272 272	7,9	5 845 708	8,0	1 931	41 459	141	729
	TOTAL	272 416	7,9	5 851 194	7,9	1 918	41 206	142	723
ESTRIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	552	11,5	21 734	10,2	138	5 433	4	15 000
	DENTISTE	149 564	4,3	3 091 107	4,2	1 802	37 242	83	723
	TOTAL	150 116	4,4	3 112 841	4,2	1 725	35 780	87	690
MONTREAL METROPOL.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	3 097	64,6	136 199	64,1	119	5 238	26	13 935
	DENTISTE	857 814	24,9	18 442 880	25,1	719	15 459	1 193	304
	TOTAL	860 911	25,0	18 579 079	25,2	706	15 241	1 219	297
LAURENT. - LANAUD.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	45	0,9	1 939	0,9	45	1 939	1	170 788
	DENTISTE	354 743	10,3	7 486 499	10,2	1 697	35 821	209	817
	TOTAL	354 788	10,3	7 488 438	10,2	1 689	35 659	210	813
MONTEREGIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	54	1,1	3 405	1,6	27	1 702	2	137 049
	DENTISTE	596 259	17,3	12 515 193	17,0	1 553	32 592	384	714
	TOTAL	596 313	17,3	12 518 598	17,0	1 545	32 432	386	710
OUTAOUAIS	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	162	3,4	7 211	3,4	81	3 605	2	31 396
	DENTISTE	116 427	3,4	2 469 024	3,4	1 370	29 047	85	739
	TOTAL	116 589	3,4	2 476 235	3,4	1 340	28 462	87	722
ABITIBI - TEMISCAM.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	19	0,4	1 297	0,6	10	649	2	20 329
	DENTISTE	90 235	2,6	1 940 483	2,6	2 578	55 442	35	1162
	TOTAL	90 254	2,6	1 941 780	2,6	2 439	52 481	37	1099
COTE-NORD	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	50 804	1,5	1 116 685	1,5	2 674	58 773	19	1334
	TOTAL	50 804	1,5	1 116 685	1,5	2 674	58 773	19	1334
REGION INCONNUE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	-	-	0	-
	DENTISTE	9 342	0,3	225 738	0,3	-	-	14	-
	TOTAL	9 342	0,3	225 738	0,3	-	-	14	-
T O T A L	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 794	100,0	212 378	100,0	100	4 425	48	31 108
	DENTISTE	3 445 482	100,0	73 479 800	100,0	1 283	27 357	2 686	556
	TOTAL	3 450 276	100,0	73 692 178	100,0	1 262	26 954	2 734	546

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

Ainsi, chaque dispensateur et dispensatrice de la Côte-Nord a offert, en moyenne, 2 674 services en 1990 pour un coût de 58 773 $, soit plus du double (2,1) du nombre et du coût moyen provinciaux. Comparés aux dispensateurs et dispensatrices de la région de Montréal métropolitain, ceux et celles de la Côte-Nord ont reçu en moyenne, en 1990, tout près de quatre fois (3,8) plus de revenus, ayant rendu près de quatre fois plus de services par dispensateur dans le cadre de ce programme administré par la Régie.

Chaque région compte également un certain nombre de dentistes rendant des services rémunérés à la vacation ou à salaire. Les données disponibles sur le sujet ne permettent pas de connaître précisément à quelles activités et à quelles clientèles ces derniers se consacrent. Il est sûr qu'un certain nombre d'entre eux offrent des services, tant diagnostiques, curatifs que préventifs, à diverses clientèles dont les enfants et ce, en dehors du programme faisant l'objet de la présente étude. Régionalement, ces dentistes se répartissent comme suit:

TABLEAU 2.B

NOMBRE DE DENTISTES RENDANT DES SERVICES REMUNERES A LA VACATION OU A SALAIRE SELON LA REGION.1990

REGION SOCIO-SANITAIRE	SALAIRE		VACATION		SALAIRE ET VAC.		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Bas-St-Laur.--Gasp.	11	19,6	4	3,8	0	0,0	15	9,0
Sag.--Lac-St-Jean	0	0,0	2	1,9	0	0,0	2	1,2
Québec	0	0,0	23	21,9	0	0,0	23	13,8
Trois-Rivières	3	5,4	5	4,8	0	0,0	8	4,8
Estrie	4	7,1	1	1,0	0	0,0	5	3,0
Montréal métropol.	17	30,4	27	25,7	2	33,3	46	27,5
Laurentides-Lanaud.	0	0,0	4	3,8	0	0,0	4	2,4
Montérégie	2	3,6	4	3,8	0	0,0	6	3,6
Outaouais	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Abitibi-Témiscamingue	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Côte-Nord	5	8,9	5	4,8	0	0,0	10	6,0
Nouveau-Québec	12	21,4	28	26,7	4	66,7	44	26,3
TOTAL*	56	100,0	105	100,0	6	100,0	167	100,0

Le total inclut les régions inconnues.

Au Québec, le nombre provincial de dentistes rendant des services rémunérés à salaire et à la vacation est de 161. Quelques-uns exercent leur profession dans plus d'une région, d'où le nombre 167 apparaissant au tableau 2.B. Ces dentistes sont donc beaucoup moins nombreux que ceux rémunérés à l'acte, lesquels sont au nombre de 2 686.

Plus des deux tiers de ces dentistes pratiquent dans les régions de Montréal (27,5 %), du Nouveau-Québec (26,3 %) et de Québec (13,8 %).

La région du Nouveau-Québec ne compte pas de dentistes rémunérés à l'acte, puisqu'ils exercent tous dans des établissements régis par l'entente particulière relative à la répartition des effectifs dentaires. Dans la région de Montréal métropolitain, les dentistes rémunérés à salaire et à la vacation sont fort peu nombreux (46) comparativement à ceux rémunérés à l'acte (1 193). Il en est de même dans la région de Québec où ils sont respectivement au nombre de 23 et de 380. Il est certain que ce faible nombre de dentistes a peu d'incidence sur les taux de dispensateurs relevés plus tôt.

Il n'en est pas de même cependant pour toutes les régions. Ainsi, la région du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie compte 15 dentistes rémunérés à salaire et à la vacation contre 54 rémunérés à l'acte. Pour sa part, la Côte-Nord dénombre 10 dentistes rémunérés à salaire et à la vacation contre 19 rémunérés à l'acte. Les dentistes rémunérés à salaire et à la vacation n'oeuvrent pas nécessairement tous en cabinet dentaire, certains effectuant des travaux administratifs ou de recherche. Ils ne voient pas non plus exclusivement des enfants. Il est possible que, pour ces deux régions, le taux de dispensateurs soit sous-estimé par rapport au nombre de jeunes habitant ces régions. En effet, les taux présentés ici se rapportent au nombre de dispensateurs rendant des services rémunérés à l'acte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et ce, auprès des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec. Cependant, il est presque sûr qu'un certain nombre d'enfants de ces régions reçoivent des services

diagnostiques, curatifs et préventifs de dentistes rémunérés à salaire et à la vacation. Les données disponibles à la Régie ne nous permettent pas de disposer de chiffres précis sur la dispensation de tels services.

Il y a maintenant lieu de rappeler que les données du tableau 2.A sont subdivisées selon la région de dispensation des services dentaires[8]. Lorsque ces données sont présentées selon la région du lieu de résidence du bénéficiaire, on constate que la grande majorité des enfants se font traiter dans leur région. D'ailleurs, ainsi que le présente le tableau 3, dans la majorité des régions, ce sont entre 92 % et 95,6 % des enfants qui obtiennent des services dentaires dans leur région[9]. La région de Montréal métropolitain est celle présentant le taux le plus faible, soit 80,9 %. C'est que 17,1 % des enfants habitant cette région se font traiter dans une région voisine, c'est-à-dire les Laurentides-Lanaudière et la Montérégie.

---

[8] Aux notes explicatives (p. 17) des Statistiques annuelles 1990, publiées par la RAMQ, il est précisé que «les données présentées sur une base régionale sont [...] établies en fonction de la région dans laquelle le praticien a gagné la plus grande part de ses revenus».

[9] Les tableaux des données 1986 à 1989 sont présentés à l'annexe 1.

TABLEAU 3

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR,1990

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01 NBRE	01 %	02 NBRE	02 %	03 NBRE	03 %	04 NBRE	04 %	05 NBRE	05 %	06 NBRE	06 %	016 NBRE	016 %	026 NBRE	026 %	07 NBRE	07 %	08 NBRE	08 %	09 NBRE	09 %	TOTAL NBRE	TOTAL %
REGION 01	29 383	95,3	51	0,1	722	0,4	73	0,1	64	0,2	252	0,1	100	0,1	235	0,1	88	0,3	24	0,1	68	0,5	31 060	3,3
REGION 02	50	0,2	50 728	95,6	1 235	0,8	110	0,2	55	0,1	678	0,3	134	0,1	568	0,3	63	0,2	801	3,3	60	0,5	54 482	5,8
REGION 03	534	1,7	677	1,3	154 892	94,5	1 513	2,1	291	0,7	855	0,4	388	0,4	773	0,5	174	0,5	172	0,7	184	1,5	160 453	17,1
REGION 04	79	0,3	228	0,4	2 761	1,7	65 305	92,0	602	1,5	613	0,3	506	0,5	1 462	0,9	111	0,3	79	0,3	47	0,4	71 793	7,6
REGION 05	36	0,1	67	0,1	1 023	0,6	277	0,4	36 694	92,2	344	0,1	141	0,1	1 131	0,7	49	0,1	43	0,2	17	0,1	39 822	4,2
REGION 06	244	0,8	260	0,5	939	0,6	470	0,7	497	1,2	194 544	80,9	6 950	6,9	8 065	4,8	278	0,8	164	0,7	70	0,6	212 481	22,6
REGION 16	119	0,4	173	0,3	546	0,3	1 042	1,5	148	0,4	19 887	8,3	88 259	87,8	2 493	1,5	278	0,8	169	0,7	42	0,3	113 156	12,0
REGION 26	187	0,6	246	0,5	917	0,6	1 802	2,5	1 341	3,4	21 257	8,8	2 508	2,5	154 112	90,9	373	1,1	177	0,7	79	0,6	182 999	19,5
REGION 07	19	0,1	52	0,1	209	0,1	122	0,2	64	0,2	536	0,2	392	0,4	259	0,2	33 525	95,6	104	0,4	24	0,2	35 306	3,8
REGION 08	33	0,1	72	0,1	133	0,1	119	0,2	35	0,1	419	0,2	600	0,6	266	0,2	94	0,3	22 442	92,8	14	0,1	24 227	2,6
REGION 09	147	0,5	494	0,9	444	0,3	133	0,2	25	0,1	990	0,4	518	0,5	116	0,1	18	0,1	18	0,1	12 027	95,2	14 930	1,6
T O T A L *	30 831	100,0	53 048	100,0	163 821	100,0	70 966	100,0	39 816	100,0	240 375	100,0	100 496	100,0	169 480	100,0	35 051	100,0	24 193	100,0	12 632	100,0	940 709	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

REGION SOCIO-SANITAIRE

Code	Région	Code	Région
01	Bas-St-Laurent--Gaspésie	6A	Montréal métropolitain
02	Saguenay--Lac-St-Jean	16	Laurentides-Lanaudière
03	Québec	26	Montérégie
04	Trois-Rivières	07	Outaouais
05	Estrie	08	Abitibi-Témiscamingue
		09	Côte-Nord

3) La répartition des dispensateurs et dispensatrices par territoire de DSC

À l'intérieur d'une même région, le taux de dispensateurs peut différer grandement, les dispensateurs et dispensatrices de services dentaires pouvant être davantage concentrés dans certains secteurs de la région considérée. C'est pourquoi la répartition régionale présentée précédemment est subdivisée ici au tableau 4, par territoire de département de santé communautaire (DSC), au nombre de 32. Cette ventilation ne fournit cependant pas de données supplémentaires pour chacune des régions. En effet, certaines d'entre elles ne disposent que d'un seul DSC (Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Côte-Nord).

Le tableau 4 permet donc de réaliser que le taux régional de dispensateurs peut grandement varier lorsqu'il est subdivisé en sous-régions. Ainsi, dans Montréal métropolitain, région répartie en huit territoires de DSC, ce taux s'échelonne de un dispensateur pour 542 enfants à un pour 121, pour un taux moyen de un pour 297. Par ailleurs, nous ne disposons pas d'autant de données pour les régions périphériques. Le Bas-Saint-Laurent—Gaspésie, par exemple, est subdivisé en deux territoires: celui de Rimouski, avec un taux de un pour 1 008, et celui de Gaspé présentant un taux de un pour 808, pour un taux moyen de un dispensateur pour 930 enfants admissibles.

L'accessibilité géographique varie donc non seulement d'une région à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même région. À ce propos, un sondage[10] réalisé en mai 1991 et adressé à des dentistes en pratique active (397 généralistes et 40 spécialistes) fournit les résultats suivants.

---

[10] COMITÉ D'ORGANISATION DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE 1991, «Sondage auprès de la profession dentaire du Québec en mai 1991», Journal dentaire du Québec, Vol. XXIX, février 1992, p. 61-65.

Selon eux, il y a suffisamment (48 %) ou il y a un trop grand nombre de dentistes (48 %). En effet, à la question: «Dans le secteur où vous pratiquez, trouvez-vous qu'il n'y a pas assez, suffisamment ou trop de dentistes?», seulement 1,6 % des répondants et répondantes estiment qu'il n'y a pas assez de dentistes dans leur secteur.

TABLEAU 4

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR TERRITOIRE DE D.S.C..1990

TERRITOIRE DE D.S.C. ET REGION	SERVICES DENTAIRES				SERVICES PAR DISPENSATEUR		DISPENSATEURS	
	Nombre	%	Coûts	%	Nombre	Coûts	Nombre	Taux * 1 sur
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE RIMOUSKI	77 739	2,3	1 609 661	2,2	2 356	48 778	33	1 008
HOTEL-DIEU DE GASPE	35 412	1,0	768 992	1,0	1 686	36 619	21	808
- REGION 01 - BAS-ST-LAURENT - GASPESIE	113 151	3,3	2 378 653	3,2	2 095	44 049	54	930
HOPITAL DE CHICOUTIMI	122 844	3,6	2 699 691	3,7	2 082	45 757	59	710
HOTEL-DIEU DE ROBERVAL	84 838	2,5	1 862 327	2,5	2 651	58 198	32	1 055
- REGION 02 - SAGUENAY - LAC ST-JEAN	207 682	6,0	4 562 018	6,2	2 282	50 132	91	831
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA BEAUCE	107 805	3,1	2 364 491	3,2	3 369	73 890	32	1 157
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DU GRAND PORTAGE	50 733	1,5	1 063 631	1,4	2 206	46 245	23	900
HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS	128 640	3,7	2 763 477	3,8	1 949	41 871	66	717
HOTEL-DIEU DE LEVIS	99 494	2,9	2 156 350	2,9	2 211	47 919	45	793
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITE LAVAL	155 878	4,5	3 257 397	4,4	1 310	27 373	119	486
HOPITAL DU SAINT-SACREMENT	59 526	1,7	1 309 555	1,8	640	14 081	93	200
HOTEL-DIEU DE MONTMAGNY	25 834	0,7	526 017	0,7	2 583	52 602	10	937
- REGION 03 - QUEBEC	627 910	18,2	13 440 919	18,2	1 618	34 642	388	584
HOPITAL REGIONAL DE LA MAURICIE	57 364	1,7	1 229 998	1,7	1 738	37 273	33	620
HOPITAL DE SAINTE-CROIX	107 115	3,1	2 303 393	3,1	2 819	60 616	38	1 041
CENTRE HOSPITALIER STE-MARIE	107 937	3,1	2 317 802	3,1	1 520	32 645	71	602
- REGION 04 - TROIS-RIVIERES	272 416	7,9	5 851 194	7,9	1 918	41 206	142	723
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	150 116	4,4	3 112 841	4,2	1 725	35 780	87	690
- REGION 05 - ESTRIE	150 116	4,4	3 112 841	4,2	1 725	35 780	87	690

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

TABLEAU 4 (SUITE)

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR TERRITOIRE DE D.S.C..1990

TERRITOIRE DE D.S.C. ET REGION	SERVICES DENTAIRES				SERVICES PAR DISPENSATEUR		DISPENSATEURS	
	Nombre	%	Coûts	%	Nombre	Coûts	Nombre	Taux * 1 sur
HOPITAL GENERAL DU LAKESHORE	116 342	3.4	2 388 855	3,2	781	16 033	149	372
CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN	48 482	1.4	1 034 043	1,4	795	16 952	61	482
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	141 562	4,1	3 078 581	4,2	853	18 546	166	419
HOPITAL STE-JUSTINE	103 611	3,0	2 286 445	3,1	572	12 632	181	149
HOPITAL GENERAL DE MONTREAL	104 762	3,0	2 219 636	3,0	474	10 044	221	121
HOPITAL DU SACRE-COEUR DE MONTREAL	115 995	3,4	2 509 785	3,4	720	15 589	161	350
HOPITAL ST-LUC	85 902	2,5	1 955 976	2,7	544	12 380	158	199
CITE DE LA SANTE DE LAVAL	144 255	4,2	3 105 759	4,2	1 182	25 457	122	542
- REGION 06 - MONTREAL METROPOLITAIN	860 911	25,0	18 579 079	25,2	706	15 241	1 219	297
HOTEL-DIEU DE ST-JEROME	182 079	5,3	3 859 490	5,2	1 505	31 897	121	735
C.H. REGIONAL DELAMAUDIERE	172 709	5,0	3 628 948	4,9	1 941	40 775	89	919
- REGION 16 - LAURENTIDES - LANAUDIERE	354 788	10,3	7 488 438	10,2	1 689	35 659	210	813
CENTRE HOSPITALIER DE VALLEYFIELD	96 618	2,8	2 054 608	2,8	1 421	30 215	68	767
CENTRE HOSPITALIER HONORE MERCIER	182 211	5,3	3 749 949	5,1	1 959	40 322	93	798
HOPITAL CHARLES-LEMOYNE	231 906	6,7	4 915 711	6,7	1 348	28 580	172	607
HOPITAL DU HAUT-RICHELIEU	85 578	2,5	1 798 330	2,4	1 615	33 931	53	815
- REGION 26 - MONTEREGIE	596 313	17,3	12 518 598	17,0	1 545	32 432	386	710
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE L'OUTAOUAIS	116 589	3,4	2 476 235	3,4	1 340	28 462	87	722
- REGION 07 - OUTAOUAIS	116 589	3,4	2 476 235	3,4	1 340	28 462	87	722
CENTRE HOSPITALIER DE ROUYN-NORANDA	90 254	2,6	1 941 780	2,6	2 439	52 481	37	1 099
- REGION 08 - ABITIBI - TEMISCAMINGUE	90 254	2,6	1 941 780	2,6	2 439	52 481	37	1 099
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE BAIE-COMEAU	50 804	1,5	1 116 685	1,5	2 674	58 773	19	1 334
- REGION 09 - COTE-NORD	50 804	1,5	1 116 685	1,5	2 674	58 773	19	1 334
DSC INCONNU	9 342	0,3	225 738	0,3	-	-	14	-
- REGION INCONNUE	9 342	0,3	225 738	0,3	-	-	14	-
T O T A L	3 450 276	100,0	73 692 178	100,0	1 262	26 954	2 734	546

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

Ce sont les dentistes pratiquant dans les villes de 25 000 habitants et moins qui affichent le taux le plus élevé de satisfaction (72 %) relativement au degré d'achalandage de leur cabinet. Par rapport à cette question, 45 % des personnes interrogées jugent que leur clientèle est insuffisante contre seulement 2 % des répondants et répondantes la jugeant trop élevée. Par ailleurs, sur cette question, les spécialistes se distinguent des généralistes. Ils affirment plus souvent avoir suffisamment de clientèle (79 % contre 53 %). Les responsables du sondage indiquent en conclusion:

> «sur les positions prises envers le niveau d'achalandage et celui des effectifs, il n'y a pas d'ambiguïté; les dentistes ont trop de temps libre [...]. Pour le moment, les villes de moins de 25 000 habitants paraissent relativement moins touchées à ce sujet. On pourrait également s'inquiéter du fait qu'un spécialiste sur cinq trouve sa clientèle insuffisante.»

Le taux de dispensateurs de même que les résultats du récent sondage semblent démontrer que l'objectif relié à l'accessibilité géographique est atteint. D'ailleurs, depuis quelques années, des discussions sont en cours relativement au nombre d'admissions aux programmes universitaires en dentisterie[11] et ce, dans le but de «colmater l'émergence éventuelle de sérieux problèmes dus particulièrement à une surabondance d'effectifs[12].»

---

[11] SIMARD, P., BRODEUR, J.-M., LUSSIER, J.-P., «Commentaires du Comité d'expertises professionnelles de l'ODQ sur les recommandations du rapport sur les effectifs dentaires au Québec», Journal dentaire du Québec, août 1988, p. 505-511.

[12] ODQ, «Message du directeur général», Ordre des dentistes du Québec, 1989-1990.

Quelques régions sont cependant moins bien desservies que d'autres et nous tenterons de vérifier plus loin si cela peut avoir une incidence sur la participation au programme et sur l'état de santé dentaire des jeunes de 15 ans et moins.

B) L'ACCESSIBILITÉ ORGANISATIONNELLE

Cette dimension de l'accessibilité peut être définie comme étant le rapport «entre la manière dont les services sont organisés et la capacité des bénéficiaires de s'y adapter[13].» Les indicateurs associés à cette dimension ont trait, entre autres, à la difficulté de trouver un dentiste et un spécialiste en chirurgie buccale, à la longueur des listes d'attente, à la disponibilité des soins dentaires d'urgence et à la connaissance des services assurés.

1) La difficulté de trouver un dentiste et un spécialiste en chirurgie buccale

Depuis l'instauration du programme de services dentaires s'adressant aux enfants, le nombre de dentistes et de chirurgiens buccaux participant au programme et rémunérés à l'acte a grandement augmenté, passant de 1 409, en 1974, à 2 041 en 1980 et à 2 734 en 1990. Rappelons qu'en 1974 le programme était offert aux seuls enfants de 8 ans et moins. De 1974 à 1980, il a été graduellement étendu à tous les jeunes de moins de 16 ans. Cet accroissement du nombre de dentistes, associé à une faible augmentation du nombre d'enfants admissibles à ce programme et combiné à une amélioration croissante de leur santé dentaire, contribue à une plus grande accessibilité organisationnelle des services dentaires. Les dispensateurs et dispensatrices de services dentaires, et plus particulièrement les dentistes, doivent s'ajuster à cette réalité s'ils ne veulent pas connaître de trop grandes

---

[13] TRAHAN, L., Devis d'évaluation du programme des aides auditives, MSSS, novembre 1985, p. 6.

difficultés liées à une clientèle insuffisante. Il s'agit là d'une préoccupation qui rejoint non seulement les dentistes au Québec, mais tous ceux et celles des pays industrialisés:

> «There have been many articles in recent years dealing with anxiety in the dental profession about the constant increase in the number of dentists in industrialized countries. This increase is of concern because it occurs at the same time as demographic decrease and decline in caries prevalence and severity among children and teenagers. Scandinavian countries, where the dentist-population ratio is the lowest in the world (approx. 1/1000) have already experienced problems of unemployment among dentists[14].»

Comme vu précédemment, l'accessibilité organisationnelle diffère d'une région à l'autre si l'on considère le taux de dispensateurs. De plus, deux régions ne disposent pas de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale: la Côte-Nord et le Bas-Saint-Laurent—Gaspésie. D'ailleurs, lors d'un récent sondage effectué par l'Ordre des dentistes du Québec[15], le tiers des personnes interrogées indiquent qu'il n'y a pas assez de spécialistes dans leur secteur, surtout ceux pratiquant dans les villes à faible population (25 000 habitants et moins). Pour les enfants demeurant dans ces secteurs et ces régions, il peut donc être difficile d'avoir accès à un spécialiste.

---

14 BRODEUR, J.-M. et al., «Increase in Quebec dental manpower and demand for dental care from 1971 to 1985», Journal de l'Association dentaire canadienne, vol. 54, no 6, juin 1988, p. 731.

15 COMITÉ D'ORGANISATION DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE 1991, op. cit.

Le tableau suivant illustre qu'en 1990 quelques enfants (21) des régions du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie (région 01) et de la Côte-Nord (région 09) ont obtenu des services de la part d'un spécialiste en chirurgie buccale. Ils ont donc eu à se déplacer à l'extérieur de leur région. Ainsi, les enfants de la région 01 ont obtenu des services dans la région de Québec (8), de Montréal (3) et de la Montérégie (1). Pour leur part, les neuf enfants de la Côte-Nord ont dû se rendre dans les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean (5), de Québec (2), de Montréal (1) et de la Montérégie (1).

Ce sont 1 912 enfants qui ont obtenu des services de la part des 48 chirurgiens buccaux rémunérés par la Régie en 1990 dans le cadre de ce programme. Si l'on considère le nombre total des enfants ayant obtenu des services dentaires en 1990, soit 940 709, on constate que le nombre d'enfants ayant recours à ces spécialistes est très marginal par rapport au nombre d'enfants obtenant des services des dentistes.

TABLEAU 5

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR(SPECIALISTE EN CHIRURGIE BUCCALE),1990

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09		TOTAL*	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	0	0,0	0	0,0	8	10,4	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	0,6
REGION 02	0	0,0	184	94,8	1	1,3	0	0,0	1	0,4	3	0,3	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	190	10,0
REGION 03	0	0,0	1	0,5	59	76,6	1	1,6	17	6,2	4	0,3	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	83	4,4
REGION 04	0	0,0	1	0,5	6	7,8	59	95,2	45	16,5	5	0,4	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	118	6,2
REGION 05	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	145	53,1	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	148	7,8
REGION 06	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	2	0,7	626	53,5	19	0,0	5	16,1	3	5,6	0	0,0	0	0,0	656	34,5
REGION 16	0	0,0	2	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	203	17,4	4	0,0	1	3,2	2	3,7	0	0,0	0	0,0	212	11,2
REGION 26	0	0,0	1	0,5	1	1,3	0	0,0	63	23,1	323	27,6	9	0,0	21	67,7	1	1,9	0	0,0	0	0,0	419	22,1
REGION 07	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	47	87,0	0	0,0	0	0,0	47	2,5
REGION 08	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9	5	100,0	0	0,0	6	0,3
REGION 09	0	0,0	5	2,6	2	2,6	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,5
T O T A L *	0	0,0	194	100,0	77	100,0	62	100,0	273	100,0	1 170	100,0	34	0,0	31	100,0	54	100,0	5	100,0	0	0,0	1 900	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

> ayant besoin de traitements dentaires y seraient reçus presque immédiatement[22].»

Ces propos sont confirmés par les dentistes et spécialistes ayant répondu au sondage de l'ODQ à la question portant sur l'existence d'un service pour les urgences dentaires pendant les fins de semaine: ce sont les répondants des villes de 25 000 habitants et moins qui déclarent le plus souvent que ce service est inexistant (52 %) dans leur secteur. Par contre, ceux de Québec et des environs immédiats (30 km) indiquent à 97 % que ce service est offert chez eux. À Montréal, une bonne proportion des répondants (15 %) ignore si ce service d'urgence existe, alors que 65 % d'entre eux déclarent qu'un tel service est présent à Montréal.

Encore ici, ce sont les régions périphériques et à faible densité qui semblent les moins bien desservies. Cependant, la grande majorité des bénéficiaires du programme administré par la Régie ont rapidement accès à des services dentaires d'urgence.

4) La connaissance des services assurés

Enfin, un autre aspect de l'accessibilité organisationnelle va être abordé brièvement ici. Il s'agit du manque d'information de certaines personnes relativement à la couverture des services assurés, aux heures d'ouverture et aux emplacements des cabinets dentaires dans le milieu où elles habitent. Il semble qu'il s'agisse là d'un facteur limitant l'accessibilité aux services dentaires, du moins pour les enfants provenant d'un milieu défavorisé:

> «Il n'y a pas de problèmes d'accès dans les grands centres où vivent les enfants susceptibles à la carie provenant de milieux défavorisés. C'est plutôt une méconnaissance

---

22 VINCENT, J.-R., «La non-utilisation des services...» op. cit., p. 9.

> de la localisation, des heures et des jours d'ouverture des cabinets dentaires et de la gamme de services dentaires assurés par la Régie de l'assurance-maladie[23].»

À cela, il faudrait certainement ajouter une plus grande difficulté à se rendre chez le dentiste, faute de moyen de transport privé ou de ressources financières pour se déplacer en transport public, un certain malaise à se retrouver dans un environnement qu'ils connaissent mal ou peu et un degré de sensibilisation à la prévention moins élevé: «[...] les individus membres de familles à bas revenus [...] consultent pour des problèmes plus graves et rarement à titre préventif[24].» Ces personnes semblent donc avoir tendance à se rendre moins souvent chez le dentiste. Cet aspect sera examiné de plus près à la section suivante ainsi que dans un prochain chapitre.

Tout comme pour l'accessibilité géographique, il apparaît ici que ce sont les régions périphériques et les villes à faible densité de population qui rencontrent un peu plus de difficultés par rapport à l'accessibilité organisationnelle. Ainsi, plusieurs dentistes déplorent l'absence de spécialistes dans leur secteur. Il est par ailleurs évident que le nombre croissant de dispensateurs et de dispensatrices favorise un accès plus rapide aux services dentaires en permettant d'obtenir facilement un rendez-vous. Un service dentaire d'urgence pendant les fins de semaine semble aussi disponible, là encore dans les grands centres, où est concentrée la majorité de la population.

---

23 Idem, p. 11.

24 COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, Objectif santé, août 1984, p. 118.

compte exclusivement de la participation au programme de la Régie pour des services dentaires rémunérés à l'acte. Cette dernière ne comptabilise donc que les services qu'elle paye. Rappelons que l'objectif visé quant à la participation au programme a été fixé à 75 % pour l'année 1989.

Le tableau suivant présente le taux de participation au programme, de 1986 à 1990, selon le groupe d'âge. Le taux de participation rend compte du pourcentage d'enfants ayant participé au programme par rapport au nombre d'enfants admissibles à ce programme.

TABLEAU 6

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LE GROUPE D'AGE,1986-1990

GROUPE D'AGE		1986			1987			1988			1989			1990		
		TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
	0 - 2	8,1	1,9	42,41	8,4	1,8	41,10	8,6	1,8	41,46	9,2	1,8	44,25	7,8	1,7	43,40
	3 - 5	64,6	3,0	73,31	64,5	2,9	72,33	64,4	2,9	71,27	64,6	2,7	71,68	64,0	2,7	73,51
	6 - 8	80,8	3,8	95,26	81,4	3,8	96,18	81,4	3,7	94,82	81,4	3,4	93,57	80,6	3,5	96,52
	9 - 11	76,9	3,6	85,83	77,4	3,5	85,74	77,7	3,5	84,11	78,5	3,2	82,22	78,0	3,2	85,05
Sous-total	0 - 11	58,7	3,4	84,35	59,2	3,4	84,47	59,5	3,4	83,16	61,3	3,1	82,26	58,3	3,1	84,64
	12	82,5	6,6	99,63	82,8	6,6	98,95	83,8	6,5	96,25	83,4	5,9	95,80	84,0	5,9	97,31
	13	67,8	5,8	62,79	69,1	5,8	63,14	69,9	5,8	63,10	70,9	5,3	64,40	71,4	5,2	64,14
	14	62,3	5,2	48,55	63,7	5,3	49,76	65,5	5,3	50,01	66,6	4,8	52,38	66,9	4,7	52,13
	15	68,1	4,6	43,25	69,1	4,7	44,29	71,2	4,7	44,70	73,6	4,4	47,60	72,4	4,4	48,01
Sous-total	13 - 15	66,1	5,2	51,38	67,3	5,2	52,44	68,8	5,3	52,88	70,2	4,8	54,88	70,3	4,8	54,83
T O T A L		61,5	4,0	79,07	62,2	4,0	79,46	62,8	4,0	78,14	64,5	3,7	77,69	62,2	3,7	79,29

de 0 à 2 ans. Il est de 81,4 % pour les 6 à 8 ans, de 78,5 % pour les 9 à 11 ans, de 83,4 % pour les 12 ans et de 73,6 % pour les 15 ans. Ce sont donc surtout les tout jeunes, principalement les moins de 3 ans, qui participent le moins à ce programme (9,2 %) et ce, pour des raisons évidentes. À ce propos, le taux de participation au programme est présenté ici en excluant le groupe d'âge de 0 à 2 ans. En 1990, le taux global de participation pour les enfants de 3 à 15 ans est de 74,2 %, comparativement à 62,2 % avec les 0-2 ans. Il passe à 76,9 % pour les enfants non psr et à 52,7 % pour les psr.

GROUPE D'ÂGE	TAUX DE PARTICIPATION (%)		
	PSR	NON PSR	TOTAL
0-2	6,2	8,1	7,8
3-15	52,7	76,9	74,2
0-15	42,6	64,8	62,2

b) Le taux de participation selon la catégorie de bénéficiaires

Tout comme nous venons de le constater, le taux de participation au programme varie selon la catégorie de bénéficiaires. En 1990, un taux de participation de plus de 62 % a été relevé, comme illustré au tableau 7[28]. Ce taux diminue à 42,6 % si l'on considère les enfants psr alors qu'il est de 64,8 % pour les enfants non psr En valeur absolue, ce sont 72 741 enfants psr (7,8 %) sur un total de 929 398 enfants qui ont rendu visite à un dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale, en 1990.

---

[28] Les données pour les années antérieures à 1990 sont présentées à l'annexe 1.

Le taux de participation à ce programme est donc de 52 % plus élevé chez les enfants non psr par rapport aux enfants psr. Ainsi, si deux enfants non psr sur trois ont rendu visite à un dispensateur ou à une dispensatrice de services dentaires en 1990, c'est un peu moins d'un enfant sur deux qui en a fait de même chez les psr.

Pour tous les groupes d'âge considérés, le taux de participation au programme est plus faible chez les enfants psr. D'ailleurs, chez ces derniers, l'objectif de 75 % de participation n'est atteint pour aucun des groupes d'âge. Le taux le plus élevé se retrouve parmi les 12 ans, soit 58,8 % contre 86,8 % chez les non psr. Dans les sous-groupes d'âge, ce sont les enfants psr de 6 à 8 ans qui possèdent le taux le plus élevé de participation. Il s'agit d'un taux de 58,9 %. Les enfants non psr du même sous-groupe d'âge présentent, pour leur part, un taux de 83,4 %.

TABLEAU 7
EVOLUTION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS
SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1990

CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET GROUPE D'AGE		SERVICES DENTAIRES Nombre	SERVICES DENTAIRES Coûts	PARTICIPANTS Nombre	PARTICIPANTS Taux	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Enfants psr	0 - 2	6 367	159 517	2 313	6,2	2,8	68,97
	3 - 5	61 046	1 672 894	15 370	44,3	4,0	108,84
	6 - 8	83 703	2 353 502	18 598	58,9	4,5	126,55
	9 - 11	65 993	1 821 598	16 787	56,5	3,9	108,51
Sous-total	0 - 11	217 109	6 007 511	53 068	39,8	4,1	113,20
	12	35 433	656 623	5 569	58,8	6,4	117,91
	13	24 668	316 175	4 721	50,1	5,2	66,97
	14	21 248	238 678	4 478	48,0	4,7	53,30
	15	21 353	240 444	4 905	51,5	4,4	49,02
Sous-total	13 - 15	67 269	795 297	14 104	49,9	4,8	56,39
Total		319 811	7 459 431	72 741	42,6	4,4	102,55
Enfants non psr	0 - 2	29 987	756 994	18 805	8,1	1,6	40,25
	3 - 5	393 077	10 776 237	153 987	66,9	2,6	69,98
	6 - 8	697 321	19 280 886	205 552	83,4	3,4	93,80
	9 - 11	675 772	17 896 779	215 046	80,4	3,1	83,22
Sous-total	0 - 11	1 796 157	48 710 896	593 390	60,8	3,0	82,09
	12	443 507	7 268 325	75 871	86,8	5,8	95,80
	13	332 884	4 116 367	64 391	73,7	5,2	63,93
	14	277 016	3 051 539	58 633	69,0	4,7	52,04
	15	280 901	3 085 621	64 372	74,8	4,4	47,93
Sous-total	13 - 15	890 801	10 253 527	187 396	72,5	4,8	54,72
Total		3 130 465	66 232 748	856 657	64,8	3,7	77,32
Ens.des bénéf.	0 - 2	36 354	916 511	21 118	7,8	1,7	43,40
	3 - 5	454 123	12 449 131	169 357	64,0	2,7	73,51
	6 - 8	781 024	21 634 388	224 150	80,6	3,5	96,52
	9 - 11	741 765	19 718 377	231 833	78,0	3,2	85,05
Sous-total	0 - 11	2 013 266	54 718 407	646 458	58,3	3,1	84,64
	12	478 940	7 924 948	81 440	84,0	5,9	97,31
	13	357 552	4 432 543	69 112	71,4	5,2	64,14
	14	298 264	3 290 217	63 111	66,9	4,7	52,13
	15	302 254	3 326 064	69 277	72,4	4,4	48,01
Sous-total	13 - 15	958 070	11 048 823	201 500	70,3	4,8	54,83
T O T A L		3 450 276	73 692 178	929 398	62,2	3,7	79,29

Les enfants psr reçoivent un peu plus de services par participant que les enfants non psr, soit 4,2 contre 3,7 services. Les enfants psr de 0 à 11 ans reçoivent en moyenne plus de un service (1,1) de plus par participant que les enfants non psr, soit 4,1 contre 3. Les enfants psr de 12 ans, pour leur part, obtiennent en moyenne un demi-service de plus que leurs pairs non psr, c'est-à-dire 6,4 contre 5,8 services par participant. Quant aux jeunes de 13 à 15 ans, couverts pour des services préventifs, les deux catégories reçoivent le même nombre de services par participant qui est de 4,7, les services dentaires devant être reçus par ces jeunes lors d'une visite en cabinet dentaire étant prévus statutairement.

Le coût des services par participant est également plus élevé chez les psr, soit 102,55 $, comparé à 77,32 $ chez les non psr, une différence de 25,23 $.

Le tableau suivant présente l'évolution du taux de participation pour les deux catégories de bénéficiaires, de 1986 à 1990.

TABLEAU 9

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE SEXE, 1986-1990

CATEG.DE BENEF. ET GROUPE D'AGE	1986 TAUX %	1986 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1986 SERV.PAR PARTIC. Coût	1987 TAUX %	1987 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1987 SERV.PAR PARTIC. Coût	1988 TAUX %	1988 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1988 SERV.PAR PARTIC. Coût	1989 TAUX %	1989 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1989 SERV.PAR PARTIC. Coût	1990 TAUX %	1990 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1990 SERV.PAR PARTIC. Coût
SEXE MASCULIN															
Enfants psr	42,7	4,6	97,59	42,8	4,6	98,29	42,6	4,6	98,03	42,6	4,4	99,90	41,2	4,4	104,18
Enfants non psr	63,0	4,0	77,88	63,7	4,0	78,32	64,3	4,0	77,22	66,0	3,6	76,58	63,7	3,7	78,08
Ens.des bénéf.	60,2	4,0	79,83	61,0	4,0	80,15	61,6	4,0	78,96	63,4	3,7	78,36	61,2	3,7	80,08
SEXE FEMININ															
Enfants psr	46,3	4,6	94,03	46,2	4,6	95,73	46,0	4,6	94,38	45,8	4,3	96,20	44,0	4,4	100,93
Enfants non psr	65,6	4,0	76,46	66,1	4,0	76,98	66,5	4,0	75,66	68,3	3,6	75,34	65,9	3,7	76,53
Ens.des bénéf.	62,9	4,0	78,29	63,5	4,0	78,76	64,0	4,0	77,30	65,7	3,7	77,00	63,4	3,7	78,47

Dans l'ensemble, les bénéficiaires de sexe féminin présentent un taux de participation légèrement plus élevé que les bénéficiaires de sexe masculin. Ce taux est, en 1990, de 63,4 % pour les filles par rapport à 61,2 % pour les garçons. Cette faible différence apparaît à chacune des années considérées. Elle apparaît aussi par catégorie de bénéficiaires. Chez les psr, le taux de participation est de 44 % chez les filles et de 41,2 % chez les garçons. Chez les non psr, ces taux sont respectivement de 65,9 % et de 63,7 %.

Le nombre moyen de services obtenus par participant est par ailleurs identique pour les enfants des deux sexes, les psr obtenant 4,4 services contre 3,7 pour les non psr. Enfin, les coûts sont légèrement moins élevés pour les services obtenus par les filles. Ils sont de 78,47 $ contre 80,08 $ pour les services obtenus par les garçons. Pour les enfants psr, ces coûts sont de 100,93 $ pour les filles et de 104,18 $ pour les garçons. Pour les non psr, ces coûts sont respectivement de 76,53 $ et de 78,08 $.

2) La participation au programme selon la région

La section sur l'accessibilité géographique a fourni des informations sur le taux de dispensateurs. Dans la présente section, le taux de participation au programme par région socio-sanitaire va être examiné et mis en relation avec le taux de dispensateurs par région. Les données sur la participation au programme, pour des services rémunérés à l'acte, vont aussi être subdivisées selon la catégorie des bénéficiaires et leur groupe d'âge.

a) Le taux de participation par région socio-sanitaire

Le tableau suivant présente la répartition du taux de participation au programme de services dentaires par région socio-sanitaire et ce, de 1986 à 1990.

TABLEAU 10

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE,1986-1990

REGION SOCIO-SANITAIRE	1986 TAUX %	1986 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1986 SERV.PAR PARTIC. Coût	1987 TAUX %	1987 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1987 SERV.PAR PARTIC. Coût	1988 TAUX %	1988 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1988 SERV.PAR PARTIC. Coût	1989 TAUX %	1989 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1989 SERV.PAR PARTIC. Coût	1990 TAUX %	1990 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1990 SERV.PAR PARTIC. Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	57,9	3,9	76,52	59,3	3,9	76,82	59,1	3,9	75,20	62,8	3,6	75,40	61,5	3,7	76,99
Sag.--Lac-St-Jean	66,9	4,2	88,47	68,1	4,1	84,39	70,0	4,2	85,78	71,7	4,0	85,33	69,8	3,9	85,73
Québec	67,4	4,2	82,09	68,3	4,2	83,78	69,5	4,2	82,30	72,4	3,8	80,75	70,4	3,8	81,84
Trois-Rivières	65,5	4,3	86,04	66,8	4,2	84,09	67,7	4,1	81,66	70,1	3,8	80,73	68,4	3,8	82,31
Estrie	65,4	4,2	78,93	66,4	4,2	79,29	66,9	4,1	76,49	68,8	3,7	75,96	65,9	3,8	77,88
Montréal métropol.	59,4	4,0	76,44	58,8	3,9	75,98	59,1	3,9	75,32	60,9	3,6	75,84	57,8	3,7	78,75
Laurentides-Lanaud.	64,3	3,9	78,72	64,4	3,9	76,27	65,2	3,8	73,76	66,9	3,5	72,87	64,1	3,5	74,31
Montérégie	65,3	3,9	75,21	65,6	3,8	73,15	65,8	3,8	71,68	67,8	3,5	71,50	65,2	3,5	73,00
Outaouais	57,7	3,9	73,75	57,8	3,7	70,93	57,7	3,7	69,52	60,2	3,3	68,23	56,2	3,3	70,19
Abitibi-Témiscamingue	58,3	3,9	77,90	58,9	3,9	76,98	60,4	3,9	74,90	60,8	3,7	77,42	58,9	3,7	79,38
Côte-Nord	51,2	4,2	88,20	54,1	4,2	86,62	54,6	4,2	84,94	56,4	3,7	79,13	55,9	4,0	88,23
TOTAL	61,5	4,0	79,07	62,2	4,0	79,46	62,8	4,0	78,14	64,5	3,7	77,69	62,2	3,7	79,29

Le taux de participation à ce programme varie d'une région à l'autre, la moyenne provinciale étant, en 1990, de 62,2 %. Deux régions présentent des taux se situant autour de 70 %. Il s'agit de la région de Québec, où 70,4 enfants sur 100 enfants admissibles ont rendu visite à un dispensateur ou une dispensatrice de services dentaires en 1990, et du Saguenay—Lac-Saint-Jean, avec un taux de 69,8 %. Ces deux régions, tout comme la majorité des autres régions, ont connu leur taux le plus élevé en 1989, respectivement de 72,4 % et de 71,7 %. Les autres régions présentant les taux les plus élevés sont celles de Trois-Rivières (68,4 %), de l'Estrie (65,9 %) et de la Montérégie (65,2 %).

Les régions présentant les taux les plus faibles sont la Côte-Nord, avec 55,9 % en 1990, suivie de l'Outaouais avec 56,2 % et de Montréal métropolitain avec 57,8 %.

Le nombre de services par participant varie peu d'une région à l'autre, le nombre moyen étant de 3,7. C'est la région de l'Outaouais qui présente le nombre de services le plus faible par participant; il est de 3,3. Par ailleurs, c'est la région de la Côte-Nord qui possède le nombre de services par participant le plus élevé, soit 4, suivie du Saguenay—Lac-Saint-Jean avec 3,9 services par participant en 1990. Les coûts les plus élevés des services dentaires par participant sont aussi rattachés à ces deux régions. Ces coûts sont respectivement de 88,23 $ et de 85,73 $ par rapport au coût moyen provincial de 79,29 $.

Nous avons vu dans une section précédente que certaines régions comptaient un bon nombre de dentistes rémunérés à salaire et à la vacation par rapport à ceux rémunérés à l'acte. Il s'agit des régions du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie et de la Côte-Nord. Ces dentistes, du moins certains d'entre eux, fournissent des services diagnostiques, curatifs et préventifs à diverses clientèles de ces régions, dont des enfants. Il y a

donc sûrement un plus grand nombre d'enfants obtenant des services dentaires rémunérés par la Régie que ne le laissent croire les chiffres ayant servi au calcul des taux régionaux de participation présentés ici. Ces derniers reflètent la participation des enfants au programme des services dentaires rémunérés à l'acte. D'autres régions comptent également un certain nombre de dentistes rémunérés à salaire et à la vacation, mais dans une moindre proportion que ces deux régions. Le taux régional de participation est par conséquent moins influencé par ce phénomène.

Les données sur la rémunération à salaire et à la vacation ne permettent pas d'identifier le nombre et le type de clientèles desservies non plus que les activités exercées par ces dentistes. Nous ne disposons donc pas des données indispensables au calcul du taux de participation des enfants selon les trois modes de rémunération. Les seuls renseignements actuellement disponibles ont trait aux coûts associés à ces deux modes de rémunération et aux territoires de DSC et de CLSC où exercent ces dentistes. Ainsi, sur la Côte-Nord, les dentistes sont rattachés à trois CLSC sur huit, soit ceux de Fermont (6 dentistes), de Havre-Saint-Pierre (1 dentiste) et de la Basse Côte-Nord (3 dentistes). Dans le Bas-Saint-Laurent—Gaspésie, de façon plus générale, les 15 dentistes relèvent en majorité du territoire de DSC de l'Hôtel-Dieu de Gaspé (10) alors que les autres relèvent du DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski (5).

Un peu plus de 5 millions de dollars (5 414 084 $) ont été consacrés en 1990 à la rémunération à salaire et à la vacation. Rappelons que près de 74 millions de dollars ont été consacrés à la rémunération à l'acte en 1990, dans le seul programme s'adressant aux enfants. Plus de 50 % du budget de la rémunération à salaire et à la vacation a été dépensé dans la région de Montréal métropolitain, soit 1 446 349 $ (26,7 %) et dans la région du Nouveau-Québec avec un montant de 1 357 835 $ (25,1 %). Il a par ailleurs été versé respectivement

596 571 $ (11 %) et 530 864 $ (9,8 %) dans les régions du Bas-Saint-Laurent—Gaspésie et de la Côte-Nord. Il faut cependant rappeler ici que ces montants n'ont pas tous été défrayés pour des services diagnostiques, curatifs et préventifs fournis à des enfants de 15 ans ou moins. Il n'en demeure pas moins que si l'on disposait de toutes les données nécessaires au calcul du taux de participation selon les trois modes de rémunération pour chacune des régions, ces deux dernières se situeraient possiblement davantage dans la moyenne provinciale. Le même phénomène ne peut expliquer par contre le faible taux de participation de la région de Montréal. Selon des dentistes consultés, cette faible participation provient du fait que Montréal regroupe une plus forte proportion d'enfants de milieux défavorisés. Elle compte aussi beaucoup d'immigrants arrivant au pays avec une mauvaise santé dentaire. Ceux-ci ne connaissent pas, du moins avant un certain temps, les services dont ils peuvent bénéficier. Ils sont donc peu nombreux à se rendre chez le dentiste.

b) La participation régionale selon la catégorie de bénéficiaires

Il a été vu à la section précédente que les enfants psr participent moins à ce programme administré par la Régie que les enfants non psr. Leur taux de participation en 1990 est de 42,6 % contre 64,8 % pour les enfants non psr.

TABLEAU 11

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1990

REGION SOCIO-SANITAIRE	ENFANTS PSR			ENFANTS NON PSR			ENSEMBLE DES BENEFIC.		
	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	41,0	4,3	92,59	65,4	3,6	76,69	61,5	3,7	78,45
Sag.--Lac-St-Jean	50,6	4,5	102,51	72,1	3,9	86,44	69,8	4,0	87,63
Québec	49,3	4,6	105,04	72,4	3,8	80,87	70,4	3,9	82,35
Trois-Rivières	48,4	4,5	102,92	71,2	3,9	82,29	68,4	3,9	84,10
Estrie	45,7	4,5	103,27	68,5	3,7	75,59	65,9	3,8	78,12
Montréal métropol.	42,2	4,3	103,34	60,6	3,6	75,72	57,8	3,7	78,75
Laurentides-Lanaud.	42,6	4,4	102,62	66,4	3,6	76,05	64,1	3,6	77,73
Montérégie	42,8	4,3	101,23	67,3	3,5	73,17	65,2	3,5	74,74
Outaouais	38,0	4,2	98,33	59,1	3,3	68,39	56,2	3,3	71,01
Abitibi-Témiscamingue	37,6	4,3	98,19	61,4	3,6	77,63	58,9	3,7	78,95
Côte-Nord	38,3	4,9	115,44	58,7	4,1	90,87	55,9	4,2	93,16
TOTAL	42,6	4,4	102,55	64,8	3,7	77,32	62,2	3,7	79,29

Réparti par région socio-sanitaire, le taux de participation demeure plus bas dans chacune d'elles pour les enfants psr[30]. Pour cette catégorie de bénéficiaires, les taux les plus faibles se retrouvent dans les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Outaouais et de la Côte-Nord. Il s'agit de taux de 37,6 %, de 38 % et de 38,3 %. Le nombre et le coût des services par participant les plus élevés se retrouvent sur la Côte-Nord, soit un nombre de 4,9 pour un coût de 115,44 $. Par ailleurs, deux régions comptent un taux de participation à ce programme de 50 % pour les enfants psr. Il s'agit du Saguenay—Lac-Saint-Jean (50,6 %) et de la région de Québec (49,3 %).

Ces deux régions comptent également les taux de participation les plus élevés pour les enfants non psr. Ces taux sont de 72,4 % pour la région de Québec et de 72,1 % pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean. La région de Trois-Rivières suit non loin derrière avec un taux de 71,2 %. Par ailleurs, on retrouve la Côte-Nord au dernier rang avec un taux de participation de 58,7 %, suivie par l'Outaouais avec un taux de 59,1 %. Notons que cette dernière région compte aussi les plus faibles nombres et coûts de services par participant, soit 3,3 services pour un coût de 68,39 $ par bénéficiaire non psr. La région de Montréal métropolitain se retrouve elle aussi parmi les régions disposant des plus faibles taux de participation. Il est de 60,6 % suivant de peu la région de la Côte-Nord. Ces deux dernières régions présentent d'ailleurs des taux de participation quasi identiques lorsque l'on considère le groupe d'âge de 0 à 11 ans. Ce taux est de 56,4 % sur la Côte-Nord et de 56,8 % dans la région de Montréal métropolitain.

---

30 Les données des années 1986 à 1989 sont présentées à l'annexe 1.

c) La participation régionale selon la catégorie de bénéficiaires et le groupe d'âge

Le tableau 12 (A et B) présente, pour chacune des régions socio-sanitaires, la répartition du taux de participation selon la catégorie du bénéficiaire et le groupe d'âge[31].

---

[31] Les données des années 1986 à 1989 sont présentées à l'annexe 1.

TABLEAU 12.A

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE,LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1990

REGION ET GROUPE D'AGE		ENFANTS PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	0-11	38,1	3,8	99,84	62,5	3,0	80,02	58,4	3,1	82,18
	12	59,2	5,8	101,34	85,0	5,7	91,76	81,0	5,7	92,80
	13 - 15	44,7	4,6	55,07	69,7	4,6	53,73	65,6	4,6	53,89
Total		41,0	4,3	92,59	65,4	3,6	76,69	61,5	3,7	78,45
Sag.--Lac-St-Jean	0-11	47,7	4,0	110,95	68,7	3,3	90,78	66,5	3,4	92,34
	12	64,0	6,6	124,87	93,0	6,1	105,04	90,4	6,1	106,38
	13 - 15	58,1	4,7	54,20	76,9	4,7	55,49	75,1	4,7	55,39
Total		50,6	4,5	102,51	72,1	3,9	86,44	69,8	4,0	87,63
Québec	0 - 11	45,6	4,1	113,99	67,5	3,1	85,08	65,7	3,2	86,91
	12	68,4	6,5	122,08	95,9	6,2	104,73	93,7	6,2	105,69
	13 - 15	57,2	4,9	58,40	82,3	4,9	56,68	80,3	4,9	56,79
Total		49,3	4,6	105,04	72,4	3,8	80,87	70,4	3,9	82,35
Trois-Rivières	0-11	44,8	3,9	109,89	67,0	3,1	86,04	63,7	3,2	88,23
	12	65,9	6,3	112,99	93,3	6,0	100,95	90,1	6,1	102,01
	13 - 15	57,7	4,8	57,71	81,1	4,9	56,09	78,5	4,9	56,23
Total		48,4	4,5	102,92	71,2	3,9	82,29	68,4	3,9	84,10
Estrie	0-11	41,4	4,1	116,63	62,2	3,0	80,25	60,0	3,1	83,36
	12	71,1	6,4	113,69	93,3	5,9	93,42	91,2	5,9	[illegible]
	13 - 15	57,0	4,8	57,02	82,8	4,9	55,78	80,2	4,9	55,88
Total		45,7	4,5	103,27	68,5	3,7	75,59	65,9	3,8	78,12

TABLEAU 12.B

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1990

REGION ET GROUPE D'AGE		ENFANTS PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Montréal métropol.	0-11	40,0	4,0	111,05	56,8	3,0	80,89	54,2	3,1	84,73
	12	58,1	6,0	110,30	82,3	5,6	91,25	79,3	5,7	93,29
	13 - 15	48,8	4,6	54,33	67,3	4,7	53,20	65,1	4,7	53,44
Total		42,2	4,3	103,34	60,6	3,6	75,72	57,8	3,7	78,75
Laurentides-Lanaud.	0-11	40,5	3,6	99,32	62,7	2,8	76,37	60,5	2,9	78,05
	12	56,7	6,2	116,25	88,8	5,7	91,53	86,8	5,8	93,05
	13 - 15	48,3	4,6	54,73	74,0	4,7	53,39	71,8	4,7	53,47
Total		42,6	4,4	102,62	66,4	3,6	76,05	64,1	3,6	77,73
Montérégie	0 - 11	40,3	3,7	104,27	62,8	2,8	75,30	60,8	2,8	77,19
	12	57,7	6,2	115,89	90,6	5,5	87,69	88,3	5,5	89,06
	13 - 15	50,5	4,6	54,27	76,2	4,7	53,21	74,3	4,7	53,26
Total		42,8	4,3	101,23	67,3	3,5	73,17	65,2	3,5	74,74
Outaouais	0-11	35,6	3,9	107,31	55,2	2,6	70,96	52,5	2,7	74,35
	12	50,0	6,1	118,66	82,8	5,1	78,69	79,1	5,2	81,54
	13 - 15	46,2	4,4	51,65	66,7	4,5	51,25	64,5	4,5	51,28
Total		38,0	4,2	98,33	59,1	3,3	68,39	56,2	3,3	71,01
Abitibi-Témiscamingue	0-11	34,8	4,2	113,18	58,5	3,1	83,41	56,1	3,2	85,36
	12	52,5	5,5	101,61	81,2	5,6	89,94	78,7	5,6	90,61
	13 - 15	45,6	4,3	49,77	65,6	4,6	53,39	63,7	4,6	53,15
Total		37,6	4,3	98,19	61,4	3,6	77,63	58,9	3,7	78,95
Côte-N.	0 - 11	35,1	4,5	121,94	56,4	3,7	100,10	53,4	3,7	97,39
	12	56,3	6,2	120,36	73,6	6,2	111,06	71,6	6,0	108,11
	13 - 15	47,1	4,1	48,68	61,5	4,4	53,39	59,8	4,3	52,00
Total		38,3	4,9	115,44	58,7	4,1	90,87	55,9	4,2	93,16
TOTAL	0-11	40,0	4,1	113,20	60,8	3,0	82,09	58,3	3,1	84,64
	12	58,7	6,4	117,91	86,8	5,8	95,80	84,0	5,9	97,31
	13 - 15	50,0	4,8	56,39	72,5	4,8	54,72	70,3	4,8	54,83
Total		42,6	4,4	102,55	64,8	3,7	77,32	62,2	3,7	79,29

Indiquons que, dans toutes les régions, ce sont toujours les jeunes de 12 ans qui présentent le taux de participation le plus élevé. Le record pour l'ensemble des jeunes de 12 ans appartient à la région de Québec avec un taux de 93,7 %.

Trois autres régions sont près ou dépassent un taux de participation de 90 % pour ce groupe d'âge. Il s'agit de l'Estrie (91,2 %), du Saguenay—Lac-Saint-Jean (90,4 %) et de Trois-Rivières (90,1 %).

Bien entendu, si l'on considère les seuls enfants non psr de cet âge, les taux sont plus élevés. Ainsi, la région de Québec présente un taux de 95,9 %, Trois-Rivières de 93,3 %, l'Estrie de 93,3 % et le Saguenay—Lac-Saint-Jean de 93 %. Par contre, c'est l'Estrie qui arrive au premier rang lorsque l'on tient compte des enfants psr de 12 ans. Elle présente un taux de 71,1 %. Québec suit non loin derrière avec un taux de 68,4 %. Les régions de Trois-Rivières et du Saguenay—Lac-Saint-Jean se classent aux troisième et quatrième rangs avec des taux respectifs de 65,9 % et 64 %.

Les régions de Québec et de l'Estrie sont celles comptant les taux de participation les plus élevés pour le groupe d'âge des 13 à 15 ans, soit des taux de 80,3 % et de 80,2 %, tant pour l'ensemble des bénéficiaires que pour les enfants non psr. Elles sont cependant légèrement dépassées par la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean (58,1 %) pour le groupe des psr. Chez les 0 à 11 ans, le taux de participation le plus élevé se situe, tant pour l'ensemble des bénéficiaires que pour les enfants psr et les enfants non psr, au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Ces taux sont respectivement de 66,5 %, 47,7 % et 68,7 %. Enfin, c'est la Côte-Nord qui arrive au dernier rang dans la catégorie des enfants de 12 ans non psr avec un taux de 73,6 %. Par contre, pour les enfants psr de 12 ans, elle obtient un taux de 56,3 % comparé à 50 % pour l'Outaouais et à 52,5 % pour l'Abitibi-Témiscamingue.

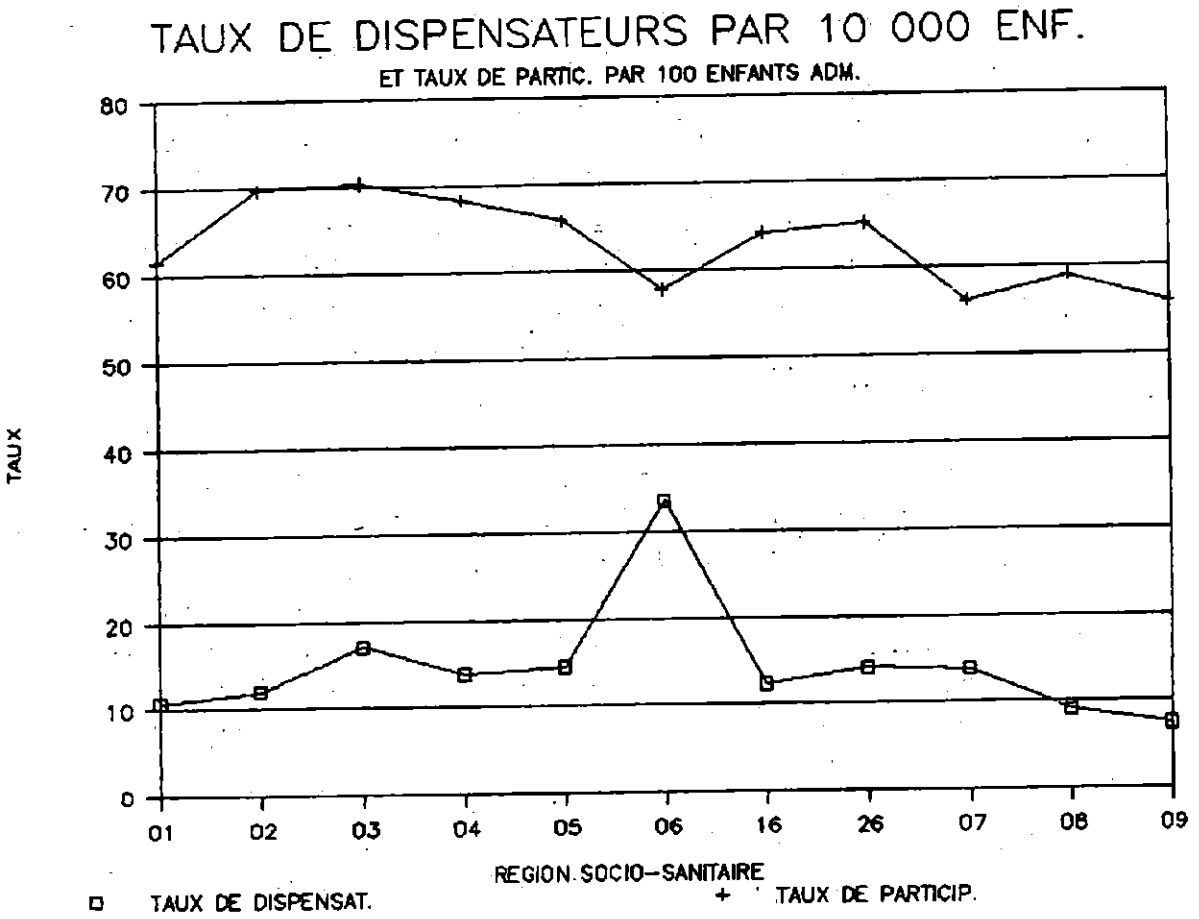
d) Le taux de dispensateurs et le taux de participation

Le graphique suivant met en parallèle le taux de dispensateurs par 10 000 enfants admissibles[32] et le taux de participation par 100 enfants admissibles et ce, par région socio-sanitaire, pour l'année 1990.

---

[32] Afin de pouvoir être comparés aux taux régionaux de participation, les taux de dispensateurs tiennent compte du nombre régional de dispensateurs par 10 000 enfants admissibles à ce programme.

Graphique 1


TAUX DE DISPENSATEURS PAR 10 000 ENF.
ET TAUX DE PARTIC. PAR 100 ENFANTS ADM.
TAUX
80
70
60
50
40
30
20
10
0
01
02
03
04
05
06
16
26
07
08
09
REGION SOCIO-SANITAIRE
TAUX DE DISPENSAT.
TAUX DE PARTICIP.

Dans la monographie sur les trois programmes de services dentaires, le taux de dispensation par 10 000 habitants avait été mis en relation avec le taux de participation par 10 enfants admissibles[33]. Il avait été ainsi constaté que dans les régions où les taux de dispensateurs étaient les plus faibles, les taux de participation étaient également les plus faibles. Dans ce graphique-ci, les deux courbes ne se suivent pas avec la même constance. Certaines régions présentent un taux de dispensateurs et un taux de participation relativement faibles, telles la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue. D'autres, par contre, présentent un taux de dispensateurs élevé, mais un taux de participation plus faible que la moyenne. C'est le cas de Montréal métropolitain et de l'Outaouais qui, avec des taux de dispensateurs de 33,1 et 13,9 se retrouvent presque au dernier rang dans la participation des jeunes au programme de services dentaires administré par la Régie.

Par ailleurs, une des régions les plus performantes en ce qui concerne le taux de participation est le Saguenay—Lac-Saint-Jean qui compte, pour sa part, parmi les faibles taux de dispensateurs(1/831). Elle dépasse même, en ce qui concerne la participation (69,8 %), la région de Montréal métropolitain (57,8 %), laquelle présente, et de loin, le taux de dispensateurs le plus élevé (1/297).

Le nombre de dispensateurs, s'il a un rôle à jouer dans la participation des enfants à ce programme, n'est pas le seul facteur influençant cette participation. D'autres facteurs, tel le statut socio-économique, entrent en jeu, comme il en a été question un peu plus tôt, relativement au taux de participation de Montréal.

---

33 LACROIX, D., op. cit., p. 104.

3) La participation au programme selon le type de service

Le tableau suivant examine la répartition des services obtenus selon le type de service et le groupe d'âge. Pour l'ensemble des bénéficiaires, plus du tiers des services obtenus (35,9 %) consistent en examens et consultations, représentant 44,9 % des coûts de ce programme en 1990. Chez les jeunes de 0 à 11 ans, ce pourcentage atteint 43,7 %. Il faut indiquer que les enfants de 0 à 11 ans n'étaient pas couverts, en 1990, pour les services de prévention[34]. Dans leur cas, les services dentaires obtenus étaient concentrés dans les examens et consultations et dans la restauration (43,2 %). Cette dernière accapare 50,7 % des coûts de ce programme pour ce groupe d'âge. La situation inverse se retrouve chez les jeunes de 13 à 15 ans. Ils étaient assurés pour les services de prévention, où ils ont obtenu 71,2 % des services en 1990, mais ne l'étaient pas pour les services curatifs[35]. Seuls les jeunes de 12 ans étaient entièrement couverts, tant pour les services diagnostiques, curatifs que préventifs. La liste des services assurés jusqu'en mai 1992, par groupe d'âge, est la suivante:

---

[34] Les données apparaissant en prévention chez les 0 à 11 ans et en restauration chez les 13 à 15 ans proviennent du fait que l'âge des enfants a été établi au premier juillet de l'année considérée. Les enfants qui sont passés de 11 à 12 ans ou de 12 à 13 ans après cette date se retrouvent parmi les 11 ans ou les 12 ans pour toute l'année.

[35] Voir note précédente.

Programme de services dentaires pour les enfants: services dentaires assurés selon le groupe d'âge et ce, avant les changements au régime d'assurance-maladie en vigueur le 15 mai 1992

Enfants de 0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur une dent permanente, chirurgie, y compris l'ablation de dent et de racine.
Enfants de 12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
Enfants de 13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, chirurgie sauf l'ablation de dent et de racine.

Depuis le 15 mai 1992, dès qu'un enfant atteint l'âge de 10 ans, aucun service dentaire n'est plus assuré. Le programme reste toutefois inchangé pour les enfants de moins de 10 ans.

TABLEAU 13

NOMBRE ET COUT DES SERVICES DENTAIRES SELON LE TYPE DE SERVICE ET LE GROUPE D'AGE DU BENEFICIAIRE.1990

TYPE DE SERVICE		0-11 NOMBRE ET COUT	%	12 NOMBRE ET COUT	%	13-15 NOMBRE ET COUT	%	0-15 NOMBRE ET COUT	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS	N	880 636	43,7	107 471	22,4	249 408	26,0	1 237 515	35,9
	$	22 556 841	41,2	3 097 277	39,1	7 469 573	67,6	33 123 691	44,9
PREVENTION	N	19 084	0,9	239 756	50,1	682 311	71,2	941 151	27,3
	$	77 092	0,1	969 548	12,2	2 760 179	25,0	3 806 817	5,2
RESTAURATION	N	869 102	43,2	107 600	22,5	22 380	2,3	999 082	29,0
	$	27 767 170	50,7	3 381 058	42,7	700 910	6,3	31 849 137	43,2
ENDODONTIE	N	80 252	4,0	1 638	0,3	251	0,0	82 141	2,4
	$	2 594 122	4,7	219 645	2,8	41 669	0,4	2 855 433	3,9
CHIRURGIE	N	163 395	8,1	22 406	4,7	3 625	0,4	189 426	5,5
	$	1 712 733	3,1	256 502	3,2	75 239	0,7	2 044 475	2,8
AUTRES SERVICES	N	797	0,0	69	0,0	95	0,0	961	0,0
	$	10 450	0,0	922	0,0	1 255	0,0	12 626	0,0
ENSEMBLE DES SERVICES	N	2 013 266	100,0	478 940	100,0	958 070	100,0	3 450 276	100,0
	$	54 718 407	100,0	7 924 948	100,0	11 048 824	100,0	73 692 179	100,0

Chez les 12 ans, un service dentaire fourni sur deux (50,1 %) est relié à la prévention et entraîne moins de 10 % (9,8 %) des coûts en services dentaires pour ce groupe de bénéficiaires. Les examens et consultations ainsi que la restauration représentent chacun 22,5 % des services, les premiers avec 39,1 % des coûts et la seconde avec 42,7 %.

Chez les jeunes de 13 à 15 ans, la majorité des services obtenus, en 1990, se situaient dans les services préventifs. En effet, près de trois services sur quatre (71,2 %) obtenus par un enfant de 13 à 15 ans consistent en prévention, les autres services étant reliés aux examens et consultations. Il faut noter que si près des trois quarts des services obtenus par les enfants de 13 à 15 ans sont reliés à la prévention, c'est seulement le quart (25 %) des coûts qui y sont reliés. Ce sont les services reliés aux examens et consultations qui dans ce groupe d'âge entraînent les coûts les plus élevés, soit 67,6 % des coûts, pour 26 % des services obtenus.

Le tableau suivant présente ces données réparties selon la catégorie du bénéficiaire. Elles permettent de voir que les enfants psr reçoivent davantage de services en restauration (38,7 %) qu'en prévention (20,2 %). Également, 30,8 % des services obtenus vont en examens et consultations.

Subdivisées par groupe d'âge, les données fournissent les résultats suivants. Les jeunes psr de 0 à 11 ans obtiennent plus de services de restauration (51,4 %) que d'examens et consultations (33,5 %). On relève la situation inverse chez les enfants de 11 ans et moins non psr: ils reçoivent un peu plus de services en examens et consultations (45 %) qu'en restauration (42,2 %). On retrouve la même situation chez les 12 ans, alors que chez les 13 à 15 ans, elle apparaît moins clairement. C'est que dans ce groupe d'âge, les jeunes ne pouvaient pas obtenir, en 1990, de services curatifs dans le cadre du programme administré par la Régie.

Les enfants psr, lorsqu'ils se rendent dans un cabinet dentaire, ce qu'ils font généralement moins souvent que les non psr, ont davantage besoin de services curatifs que les enfants non psr. En effet, comme illustré au tableau 15, chaque enfant psr reçoit en moyenne 1,64 service en restauration contre 1 service par enfant non psr. Au chapitre des services en prévention, les enfants psr en obtiennent légèrement moins : 0,86 service par bénéficiaire psr par rapport à un service par bénéficiaire non psr.

Dans cette perspective, le Comité d'orientation du programme de santé dentaire publique, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux, recommande de consacrer les futurs efforts vers les populations plus vulnérables:

> «À la différence du programme en cours, qui s'est adressé de façon uniforme à l'ensemble des enfants parce que la majorité d'entre eux avaient des besoins, la nouvelle orientation s'adresse en priorité aux enfants dits à risque, moins nombreux, mais plus vulnérables que la moyenne quant à leur santé bucco-dentaire[37].»

Les enfants qui se rendaient en 1990 chez un dentiste ou un spécialiste en chirurgie buccale pouvaient obtenir divers services tant diagnostiques, curatifs (0 à 12 ans) ou préventifs (12 à 15 ans). Le tableau qui suit présente, pour le groupe d'âge qui bénéficiait de tous les services, c'est-à-dire les 12 ans, les combinaisons des divers types de services que les enfants pouvaient obtenir lors d'une visite chez un dispensateur ou une dispensatrice de services dentaires.

Parmi les enfants non psr, près de la moitié (47 %) obtiennent des examens et consultations avec un ou des traitements préventifs lorsqu'ils se rendent en cabinet dentaire. Par ailleurs, 39,9 % d'entre eux obtiennent, en plus, un ou des traitements curatifs. Pour leur part, les enfants psr de 12 ans reçoivent un peu plus souvent les trois types de traitements (45,2 %). Par ailleurs, un pourcentage moins élevé d'entre eux (38,1 %) reçoivent des examens et consultations avec un ou des traitements préventifs.

---

37 COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE, Programme public de services dentaires préventifs, révision 1991, printemps 1990, p. 3.

Parmi les enfants psr, 84,4 % obtiennent des traitements préventifs, seuls ou en combinaison avec d'autres traitements. Pour les enfants non psr, ce taux augmente à 88,4 %. Par ailleurs, 57,2 % des enfants psr obtiennent des traitements curatifs, seuls ou en combinaison avec d'autres traitements contre 48 % pour les enfants non psr.

Enfin, moins de 10 % des enfants, tant psr que non psr, lorsqu'ils obtiennent des services dentaires, en reçoivent un seul type, tant diagnostique (4,3 %), préventif (0,8 %) que curatif (2,4 %). Aussi, si presque la moitié des enfants (46,4 %) obtiennent des examens et consultations combinés à des traitements préventifs, très peu d'entre eux (5,3 %) ne reçoivent, avec les examens et consultations, que des traitements curatifs.

TABLEAU 16

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DE SERVICES DENTAIRES DE 12 ANS SELON LE TYPE DE TRAITEMENT OBTENU ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1990

TYPE DE TRAITEMENT	ENFANTS P.S.R.		ENFANTS NON P.S.R.		ENSEMBLE DES BENEF.	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS	236	4,2	3 229	4,3	3 465	4,3
TRAITEMENTS PREVENTIFS	29	0,5	584	0,8	613	0,8
TRAITEMENTS CURATIFS	211	3,8	1 778	2,3	1 989	2,4
EX.ET CONSULT.+TRAIT.PREVENTIFS	2 119	38,1	35 631	47,0	37 750	46,4
EX.ET CONSULT.+TRAIT.CURATIFS	423	7,6	3 860	5,1	4 283	5,3
TRAIT.PREVENTIFS+TRAIT.CURATIFS	34	0,6	493	0,7	527	0,7
EX.ET CONSULT.+TRAIT.CUR.ET PREV.	2 517	45,2	30 296	39,9	32 813	40,3
T O T A L	5 569	100,0	75 871	100,0	81 440	100,0

CONCLUSION

L'accessibilité et la participation au programme de services dentaires s'adressant aux enfants, pour des services rémunérés à l'acte, ont été étudiées dans le présent chapitre. Trois dimensions de l'accessibilité ont été considérées: géographique, organisationnelle et sociale.

Le nombre total de dispensateurs et de dispensatrices de services dentaires fait l'objet de préoccupations depuis quelques années. Ils sont de plus en plus nombreux à desservir une population d'enfants dont le nombre croît faiblement et présentant une amélioration constante de leur santé dentaire. Le taux provincial de dispensateurs est de un dispensateur par 546 enfants admissibles au programme administré par la Régie. Lors d'un récent sondage mené par l'ODQ, la majorité des dentistes ont déclaré qu'il y a trop (48 %) ou suffisamment de dentistes (48 %) dans leur secteur. Moins de 2 % d'entre eux déclarent qu'il n'y a pas assez de dentistes dans le secteur où ils pratiquent.

Le taux de dispensateurs rémunérés à l'acte varie d'une région à l'autre. Le plus faible, soit un pour 297, est situé dans la région de Montréal métropolitain. Par ailleurs, le taux le plus élevé d'enfants par dispensateur se retrouve sur la Côte-Nord pour un taux de un dispensateur pour 1 334 enfants admissibles au programme administré par la Régie.

Ce taux régional de dispensateurs a une incidence directe sur le nombre et les coûts des services dentaires rendus par dispensateur. Ainsi, dans la région de Montréal métropolitain, chaque dispensateur ou dispensatrice a fourni, en moyenne, en 1990, dans le cadre du présent programme, 706 services pour un coût de 15 241 $. Pour sa part, en moyenne, chaque dispensateur ou dispensatrice de la Côte-Nord a fourni 2 674 services pour un coût moyen de 58 773 $. Ceux de la Côte-Nord ont donc reçu en moyenne, en 1990, tout près de quatre fois plus (3,8) de revenus, ayant rendu près de quatre fois plus de services, rémunérés à l'acte, par dispensateur dans le cadre de ce programme administré par la Régie. Cette dernière région compte toutefois, par rapport aux dentistes rémunérés à l'acte, une bonne proportion de dentistes

rémunérés à salaire et à la vacation. Il est donc fort probable qu'un nombre plus important d'enfants ait accès aux dentistes.

L'examen de l'accessibilité organisationnelle a permis de constater que l'accroissement du nombre de dentistes au cours des dernières années favorise l'accès au programme administré par la Régie. Ainsi, par exemple, la durée d'attente pour un rendez-vous est de plus en plus courte, et l'éventail des heures et des journées d'ouverture est plus grand qu'auparavant. Quant à l'accessibilité à des services dentaires d'urgence, en tout temps, dans un délai de 12 heures, les dentistes des grands centres, où est concentrée la grande majorité de la population, déclarent que ces services sont disponibles. Par contre, il semble que ce service soit moins accessible dans les régions périphériques et à faible densité. Par ailleurs, certaines régions ne comptent pas de chirurgiens buccaux. Cependant, il faut préciser qu'il s'agit d'un faible nombre d'enfants qui ont recours annuellement à de tels services dans le cadre du présent programme.

De nombreuses études ont démontré l'existence d'un lien entre le statut socio-économique des enfants et leur santé dentaire. Dans la présente évaluation, les données disponibles à la Régie, sur la participation au programme, ont été subdivisées selon que les enfants sont prestataires de la sécurité du revenu (psr) ou non psr. Il a ainsi été dégagé que le taux de participation au programme de la Régie est de 52 % plus élevé chez les enfants non psr par rapport aux enfants psr. En effet, les enfants psr présentent, en 1990, un taux de participation de 42,6 % alors que les non psr ont un taux de 64,8 %.

Ces données subdivisées par région démontrent même un plus grand écart dans les taux de participation. Il est de 72,4 % pour les enfants non psr de la région de Québec par rapport à un taux de 37,6 % pour les enfants psr de l'Abitibi-Témiscamingue. Ce programme de la Régie n'apparaît donc pas également accessible à tous les enfants qui y sont admissibles.

L'examen des types de services obtenus selon la catégorie de bénéficiaires a permis de relever que les enfants psr ont davantage besoin de services curatifs que les enfants non psr. Le fait d'obtenir davantage de services curatifs est probablement

symptomatique d'une moins bonne santé dentaire dans le groupe d'enfants de milieu défavorisé.

Quant à l'objectif visant un taux de participation au programme de 75 % en 1989, il était à cette date de 65,9 %. Cependant, ce taux est largement atteint pour certains groupes d'âge. Il est de 83,6 % chez les 6 à 8 ans, de 80,3 % chez les 9 à 11 ans, de 85,2 % chez les 12 ans et de 74,3 % chez les jeunes de 15 ans. Ce sont surtout les tout jeunes, particulièrement les moins de 3 ans, qui participent le moins à ce programme (9,3 %) et ce, pour des raisons évidentes. Le taux de participation de 75 % apparaît donc atteint si l'on considère les jeunes de 3 à 15 ans. Ainsi, en 1990, ce taux est de 74,2 % augmentant jusqu'à 76,9 % chez les enfants non psr de 3 à 15 ans.

CHAPITRE II: LE PORTRAIT DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS ADMISSIBLES AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

Au chapitre précédent, l'examen de l'accessibilité du programme de services dentaires s'adressant aux enfants a révélé que bien qu'il soit universel, son utilisation variait selon la catégorie de bénéficiaires considérée. Ainsi, les enfants non prestataires de la sécurité du revenu (non psr) présentaient, en 1990, un taux de participation au programme de 52 % plus élevé que les jeunes prestataires de la sécurité du revenu (psr), les taux de participation étant respectivement de 64,8 % et de 42,6 %. De plus, les enfants psr, lorsqu'ils se rendent dans un cabinet dentaire, reçoivent plus souvent des services curatifs que les enfants non psr. Est-ce à dire que ces jeunes ont une moins bonne santé dentaire que ceux de milieux plus favorisés?

Le présent chapitre vise à donner un portrait de la santé dentaire des enfants admissibles, jusqu'en mai 1992, au programme de services dentaires administré par la Régie. Pour ce faire, il retracera l'évolution de cette santé dentaire depuis l'instauration du programme. Il tentera alors, entre autres, de dégager les effets de la désassurance de services curatifs, survenue en août 1982, auprès des jeunes de 13 à 15 ans, ces derniers ayant essentiellement bénéficié, d'août 1982 à mai 1992, de services diagnostiques et préventifs. Rappelons que depuis cette date, les enfants de 10 ans et plus ne sont plus couverts par ce programme. Il décrira ensuite les caractéristiques des enfants les plus vulnérables à la carie afin de bien identifier les enfants ayant le plus besoin de services dentaires. Il établira enfin des comparaisons avec la santé dentaire des jeunes d'autres provinces, en particulier de l'Ontario, et d'autres pays industrialisés, dont les États-Unis.

L'analyse de l'évolution de la santé dentaire des enfants permettra de vérifier si deux des objectifs fixés en 1984 dans un projet de politique du ministère de la Santé et des Services sociaux[38] ont été atteints.

---

[38] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Une politique québécoise de santé dentaire, Québec, avril 1984, pages 18 et 19.

Bien que le programme administré par la Régie soit un élément contributif important dans cette évolution, il ne faut pas négliger l'apport d'autres facteurs qui seront présentés dans un prochain chapitre. On tentera ultérieurement de dégager l'apport du programme de la Régie dans cette évolution, par la consultation d'experts dans le domaine.

Les deux objectifs qui vont être examinés dans ce chapitre sont les suivants:

1- Une réduction de 45 % de la prévalence de la carie aura été constatée en 1989 par rapport à 1984 parmi les clientèles suivantes:

   a) Les jeunes enfants de 0 à 11 ans (on mesurera la réduction chez les 5-7 ans par un cao[39] moyen passant de 5 à 2,75).

   b) Les adolescents de 12 à 17 ans (on mesurera la réduction chez les 13-14 ans par un CAO moyen passant de 9 à 4,95).

2- La prévalence des dents extraites (A/CAO) aura diminué de 90 % chez les moins de 18 ans en 1989 par rapport à 1984 (pour les 13-14 ans, cela signifie 0,2 dent manquante au lieu de 1,6)[40].

---

[39] L'indice CAO se rapporte à la dent et il est la somme des trois composantes suivantes:
- C = carie
- A = absence (extraction pour cause de carie)
- O = obturation

Cet indice a toutefois été raffiné pour une application aux différentes faces de la dent. On l'identifie par l'ajout d'une quatrième lettre, CAOF (pour face de la dent) par rapport à CAOD (pour dent). Le même indice, en minuscules (cao), désigne les dents (d) ou les faces des dents primaires (f).

[40] Les indices mentionnés comme étant de 1984 datent parfois de 1977, comme on peut le constater dans certains des tableaux qui suivent.

A) L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS

Dans cette première section, un portrait évolutif de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie est tracé. Pour ce faire, l'indice CAO est relevé et les principaux problèmes reliés à la santé dentaire des enfants sont décrits. Trois vastes enquêtes sur ce sujet ont été menées depuis l'instauration du programme de la Régie en 1974. Il s'agit de l'enquête Stamm[41], du nom de l'auteur, datant de 1977, et des deux enquêtes santé dentaire 1983-1984[42] et 1989-1990[43] menées sous la direction du Dr Martin Payette. Cette section s'inspire essentiellement des résultats de ces enquêtes. Elle en résume les principales constatations. Le lecteur est invité à s'y référer pour une description plus détaillée de l'état de santé dentaire des enfants.

L'indice CAO est une mesure qui a été élaborée il y a de nombreuses années par l'Organisation mondiale de la santé. Elle est utilisée par tous les pays, industrialisés ou non, effectuant des enquêtes sur la santé dentaire de leur population. Cet indice mesure la prévalence de la carie dentaire en considérant le nombre de dents cariées, absentes ou obturées dans une population donnée, en l'occurrence ici les jeunes Québécois et Québécoises.

---

41 STAMM, J.W., «Some indicators of Oral Health Status of the North American Child Population», Journal Canadian Dental Association, 1980, 46: 21-30, (résumé de l'enquête).

STAMM, J.W., DIXTER, C.T., LANGLAIS, R.P., «Principal Dental Health Indices for 13-14 Year Old School Children in Quebec», Canadian Dental Association Journal, 1980, 46: 125-137.

42 PAYETTE, M., PLANTE, R., L'HEUREUX, J.-B., Enquête santé dentaire Québec 1983-1984. Rapport préliminaire et complémentaire, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC et ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1985 et janvier 1987.

43 PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M., PLANTE, R., L'HEUREUX, J.-B., Enquête santé dentaire Québec 1989-1990. Portrait de la santé dentaire des jeunes Québécois de 7 à 17 ans, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC et ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1991.

1) L'indice cao

En dentition primaire, l'indice caod est passé de 4,35 en 1984 à 2,91 en 1990 à l'âge de 7 ans et de 4,74 à 3,19 à l'âge de 8 ans. Subdivisés selon chacune des composantes de l'indice caod, les résultats suivants apparaissent:

Tableau 17

Évolution de la prévalence de la carie sur les dents en dentition primaire Ensemble du Québec 1984 et 1990[44]

Âge		Dents primaires cariées, absentes et obturées			
		c	a	o	caod
7 ans:	1984	1,12	0,36	2,87	4,35
	1990	0,52	0,08	2,32	2,91
8 ans:	1984	1,22	0,55	2,96	4,74
	1990	0,60	0,11	2,48	3,19

Par ailleurs, l'enquête de 1977 avait relevé chez les enfants de 6 ans[45] un caod de 5,8 (c = 3,3, a = 1,0, o = 1,5). En outre, l'enquête de 1989-1990 révèle que:

---

[44] Données extraites du tableau 3.1.1 de l'enquête de 1989-1990.

[45] Les données pour ce groupe d'âge (6 ans) ne sont pas disponibles dans les enquêtes de 1983-1984 et 1989-1990.

> «De nombreuses études ont documenté un déclin de l'expérience de la carie dans plusieurs pays industrialisés dans les 10 à 20 dernières années. Le Québec ne se démarque pas de cette tendance générale. Ainsi, nos données de 1984 identifiaient un déclin de l'expérience de la carie en denture temporaire à 7 ans d'environ 20 % entre 1977 et 1984[46].»

Les données de la dernière enquête de 1989-1990 démontrent que ce déclin s'est poursuivi, l'indice caod ayant encore nettement baissé en 1990.

L'évolution de la prévalence de la carie sur les faces des dents primaires est présentée ci-après. L'indice caof a aussi diminué entre 1984 et 1989. Ainsi, par exemple, cet indice est passé de 12,6 à 6,66 chez les enfants de 8 ans.

Tableau 18

Évolution de la prévalence de la carie sur les faces des dents en dentition primaire Ensemble du Québec 1984 et 1990[47]

Âge		Faces des dents primaires cariées, absentes et obturées			
		c	a	o	caof
7 ans:	1984	2,02	1,67	7,00	10,69
	1990	0,99	0,47	4,57	6,02
8 ans:	1984	2,34	2,66	7,60	12,60
	1990	1,11	0,57	4,98	6,66

---

46 PAYETTE,M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., p. 29.

47 Données extraites du tableau 3.1.5 de l'enquête de 1989-1990.

2) L'indice CAO

En dentition permanente, l'indice CAOD a également chuté depuis l'enquête réalisée par Stamm en 1977. À cette date, l'indice était de 8,5 chez les 13 ans alors qu'il est, depuis 1990, de 4,18. Chez les 14 ans, cet indice est passé de 9,4 à 5,01. Fait nouveau, selon les examens effectués au cours de l'enquête santé dentaire de 1989-1990, la carie dentaire se concentre de plus en plus sur les faces avec puits et fissures et ce, davantage en dentition permanente qu'en dentition primaire : «Nous pouvons affirmer que cette attaque se concentre maintenant sur les faces avec puits et fissures dans des pourcentages se situant entre 90 % en 2e année et 70 % en secondaire V[48].»

Tableau 19

Évolution de la prévalence de la carie sur les dents en dentition permanente[49] Ensemble du Québec, 1977, 1984 et 1990

Âge		Dents permanentes cariées, absentes et obturées			
		C	A	O	CAOD
13 ans:	1977	4,90	1,40	2,20	8,50
	1984	0,94	0,22	4,45	5,62
	1990	0,33	0,03	3,82	4,18
14 ans:	1977	5,10	1,70	2,50	9,40
	1984	1,18	0,39	4,72	6,30
	1990	0,52	0,04	4,45	5,01

Chez les enfants de 12 ans, l'indice CAOD a subi la même tendance à la baisse entre 1984 et 1990. Au cours de la dernière enquête, cet indice en était à 3,05 comparativement à 4,39 en 1984. À ce propos, l'Organisation mondiale de la santé a fixé comme objectif mondial pour l'an 2000 un indice CAOD de 3 à l'âge de 12 ans. Cet objectif est donc atteint au Québec depuis 1990.

---

48 PAYETTE, M., BRODEUR,J.-M. et al., op. cit., p. 41.

49 Données extraites du tableau 3.1.4 de l'enquête de 1989-1990.

On relève également une baisse de l'indice CAOF en 1990 comme le présente le tableau suivant.

Tableau 20

Évolution de la prévalence de la carie sur les faces des dents en dentition permanente[50] Ensemble du Québec, 1984 et 1990				
Âge	Faces des dents permanentes cariées, absentes et obturées			
	C	A	O	CAOF
13 ans: 1984	1,19	1,12	7,89	10,21
1990	0,39	0,14	6,46	6,80
14 ans: 1984	1,60	1,95	8,44	12,00
1990	0,65	0,20	7,65	8,50

3) Les principales constatations

La diminution des indices CAO relevés tant pour les dents que pour les faces des dents primaires et permanentes indique une amélioration de la santé dentaire des enfants du Québec. Ainsi, à la lumière de ces indices, la dernière enquête rapporte que:

1- La moyenne des faces des dents à faire traiter a diminué substantiellement entre 1984 et 1990, soit, selon l'âge, en dentition primaire entre 44 et 54 % et en dentition permanente entre 56 et 73 %.

2- Le taux des extractions dentaires a diminué de façon encore plus nette: l'indice af pour les faces des dents primaires est passé de 2,66 à 0,57 pour les enfants de 8 ans, soit une amélioration de 78 %. Ce progrès est même supérieur à 80 % entre 11 et 14 ans pour les faces des dents permanentes.

---

50 Données extraites du tableau 3.1.6 de l'enquête santé dentaire de 1989-1990.

3- La carie a aussi beaucoup diminué, entraînant un faible besoin de traitement de cette dernière. Le nombre d'obturations, après avoir connu une hausse entre 1977 et 1984, a depuis commencé à baisser, conséquence de l'amélioration de la santé dentaire des enfants.

4- En dentition primaire, le niveau de traitement de la carie se situe à environ 75 % à 7-8 ans alors qu'il se situe, en dentition permanente, à partir de 11 ans, à 90 % ou plus; il a aussi été relevé qu'en dentition permanente, l'attaque carieuse se concentre sur les faces des dents avec puits et fissures (75,4 %). En dentition primaire, toutefois, elle se situe principalement sur les faces des dents lisses (58,6 %).

Ces constatations amènent les auteurs à conclure que:

> «Il est évident que toute amélioration future de l'incidence de la carie au Québec intensifiera le déclin de la moyenne d'obturations par enfant, influant ainsi sur la demande de services curatifs[51].»

Par ailleurs, les auteurs de l'enquête attribuent la diminution de l'indice CAO aux programmes suivants:

> «La gratuité des soins curatifs pour les enfants[...], associée à des programmes intensifs de dépistage, relance et suivi réalisés par des intervenants du secteur public, a produit une hausse spectaculaire du niveau de traitement de la carie et une forte diminution du besoin de traitement et de la mortalité dentaire[52].»

---

51 PAYETTE, M., BRODEUR,J.-M. et al., op. cit., p. 40.

52 Idem, p. 41.

Il est ainsi possible de conclure que les deux objectifs déterminés dans le cadre du programme administré par la Régie ont été pratiquement atteints en 1990. Le premier objectif visait une réduction de 45 % de la prévalence de la carie en 1989 par rapport à 1984, ce qui équivaut à un caod moyen de 2,75 chez les enfants de 5 à 7 ans et à un CAOD de 4,95 chez ceux de 13 et 14 ans. L'enquête de 1989-1990 a permis de déterminer que le caod était de 2,91 chez les 7 ans, les informations pour les 5 ans et les 6 ans n'étant pas disponibles. Par ailleurs, le CAOD relevé chez les 13 et 14 ans a été de 4,18 chez les 13 ans et de 5,01 chez les 14 ans.

Le deuxième objectif était une diminution de 90 % de la prévalence des dents extraites, mesurée chez les 13 et 14 ans par une composante A de 0,20. Or, cet objectif est largement atteint, cette composante de l'indice CAO étant de 0,03 chez les 13 ans et de 0,04 chez les 14 ans.

4) Les effets de la désassurance de 1982

En août 1982, le programme de services dentaires administré par la Régie a subi quelques modifications dont la désassurance des services curatifs pour les enfants de 13 à 15 ans. Ces derniers ont cependant continué d'avoir accès à la gratuité des services de nature préventive, et ce jusqu'en mai 1992. Les données de la dernière enquête permettent de vérifier si, depuis l'enquête de 1983-1984, la santé dentaire des jeunes de 13 à 15 ans a connu la même évolution que celle des plus jeunes, demeurés assurés pour les services curatifs. Comme il a été vu plus tôt, l'analyse de l'indice CAO relevé chez les enfants de 13 et 14 ans a démontré que ces jeunes ont vu leur santé dentaire s'améliorer au même titre que les enfants des autres groupes d'âge. À ce propos, les auteurs de la dernière enquête indiquent:

> «Nos données montrent que l'hypothèse de la détérioration du niveau de traitement entre 13 et 17 ans ne s'est pas confirmée, puisque ces adolescents bénéficient d'un niveau de traitement égal ou supérieur à 90 % [...][53].»

Les données révèlent donc que les jeunes de 13 à 15 ans disposent d'une aussi bonne santé dentaire que les jeunes de 12 ans et moins et qu'ils ont recours aux services curatifs. Ils rendent cependant un peu moins souvent visite annuellement au dentiste, comme l'illustre le tableau suivant. Il est subdivisé selon le niveau scolaire de l'enfant.

Tableau 21

Raison de la visite au dentiste depuis 1 an selon le niveau scolaire[54]

Raison de la visite	2e année (7-8 ans)		6e année (11-12 ans)		Secondaire II (13-14 ans)		Secondaire V (16-17 ans)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prévention seulement	1 190	52,6	1 130	53,9	677	45,5	405	37,2
Prévention et traitement	762	33,0	679	32,0	477	27,9	281	25,4
Traitement seulement	71	3,0	43	1,9	52	3,2	49	4,5
Aucune visite au dentiste	206	8,8	174	8,0	188	12,4	200	18,7
Aucune réponse ou ne sait pas	62	2,6	85	4,3	156	11,0	141	14,2
Total	2 291	100,0	2 111	100,0	1 520	100,0	1 076	100,0

Au chapitre précédent, nous avons vu que la participation au programme de la Régie était plus faible chez les 13 à 15 ans (70,3 %) que chez les 12 ans (84 %), les 9 à 11 ans (78 %) et les 6 à 8 ans (80,6 %). Le tableau 21 rend compte de cette réalité. Il fournit aussi des informations sur la raison de la visite chez le dentiste.

---

53 Idem, p. 41.

54 Données extraites du tableau 2.2.8 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990, p. 78. Nous avons ajouté, entre parenthèses, l'âge des enfants selon le degré scolaire.

Au premier chapitre, cet aspect a également été examiné pour le groupe des 12 ans, le seul qui bénéficiait, jusqu'à la désassurance de mai 1992, de services préventifs et curatifs dans le cadre du programme étatique. Les résultats obtenus sont semblables à ceux des enfants de 6e année.

Le tableau 21 permet de constater que, parmi les enfants de 2e et 5e secondaire (1 176 et 735) rendant visite annuellement au dentiste, un bon pourcentage (respectivement 42,4 % et 44,9 %) reçoivent des traitements curatifs, services non couverts par le régime d'assurance-maladie. Par ailleurs, ils reçoivent encore davantage uniquement des services préventifs (57,6 % et 55,1 %), un très faible pourcentage n'obtenant que des services curatifs. Chez les plus jeunes, la majorité des enfants rendant visite à un dentiste ne reçoivent que des services préventifs (58,8 % et 61 %). Rappelons que les services préventifs ne sont pas assurés dans le programme s'adressant aux enfants, sauf, jusqu'en mai 1992, pour les 12 à 15 ans. Encore ici, c'est un très faible nombre d'enfants de 2e et de 6e année qui n'obtiennent que des services curatifs lorsqu'ils se rendent chez le dentiste.

En 1990, la prévention apparaissait donc comme une raison largement suffisante pour rendre visite annuellement au dentiste. Nous verrons dans une prochaine section si ce souci de prévention est partagé également par tous.

B) LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS LES PLUS VULNÉRABLES À LA CARIE

Un important apport des deux enquêtes santé dentaire est d'avoir identifié la présence d'un groupe d'enfants qui sont plus vulnérables à la carie. Les caractéristiques de ces enfants ont été relevées et sont présentées dans cette deuxième section du portrait de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec.

1) Les indices cao et CAO

Il a été vu plus tôt que l'état de santé dentaire des enfants s'est nettement amélioré au cours des récentes années. Cette situation n'est cependant pas uniforme compte tenu qu'une minorité d'enfants présente la majorité des caries. En effet:

> «Comme dans la majorité des pays industrialisés, on découvre au Québec l'existence d'un groupe limité d'enfants plus vulnérables à la carie qui cumule une large proportion de la totalité de la carie expérimentée par l'ensemble de la population enfantine[55].»

Ainsi, en dentition primaire, l'indice caof est de 6,19 pour les enfants qui sont en 2e année. Subdivisé selon quatre niveaux de risque, l'indice caof est de 0 pour les enfants ne présentant pas de risque, de 2,44 dans le groupe à risque mineur, de 7,41 dans celui à risque moyen et enfin de 18,26 dans celui à risque élevé.

---

55 PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M., et al. , op. cit., p. 41.

Le quart des enfants (24,4 %) se retrouve dans ce dernier groupe et a, en 1990, près des trois quarts (72,2 %) de l'ensemble de la carie des écoliers de 2e année. En 1984, cette même proportion de jeunes avait un pourcentage moins élevé de l'ensemble de la carie, soit 65,8 %. Il apparaît donc qu'une faible proportion de jeunes (24,4 %) a la majorité des caries et ce, encore davantage en 1990 (72,2 %) qu'en 1984 (65,8 %).

Ainsi que l'illustre le tableau suivant, l'indice caof pour le groupe à risque élevé comprend une moins forte proportion de faces obturées (73,2 %), soit 13,8 sur un caof de 18,26, que pour les deux groupes à risque moyen et mineur (79,1 % et 83,8 %). Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un bon niveau de traitement de la carie. On réalise aussi que plus de la moitié (58,9 %) des jeunes de 2e année ne présente aucun risque ou qu'un risque mineur à la carie.

Tableau 22

Prévalence de la carie sur l'ensemble des faces des dents en dentition primaire selon le niveau de risque 1990[56]

caof selon les groupes de 2e année	Faces des dents primaires				Distribution des jeunes
	c	a	o	caof	%
Aucun risque	0,00	0,00	0,00	0,00	38,5
Risque mineur	0,51	0,00	1,93	2,44	20,4
Risque moyen	1,06	0,14	6,21	7,41	16,6
Risque élevé	3,03	1,84	13,38	18,26	24,4

[56] Données extraites du tableau 2.3.2.2 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990.

En dentition permanente, l'indice CAOF est de 3,99 pour les élèves de 6e année. Par niveau de risque, cet indice est de 1,92 dans le groupe à risque mineur, de 4,94 dans celui à risque moyen et de 10,33 dans celui à risque élevé. Près du quart des jeunes (23,7 %) fait partie de ce dernier groupe et a 61 % de l'ensemble de la carie. Par ailleurs, plus de la moitié des jeunes (54,4 %) se retrouvent parmi ceux ne présentant aucun risque (30,3 %) ou des risques mineurs (24,1 %). En 1984, ce même pourcentage de 61 % était partagé par 30,2 % des jeunes de 6e année alors qu'en 1990, un pourcentage moins élevé de écoliers (23,7 %) atteint le même taux de carie (61 %).

Tout comme en dentition primaire, il semble que la majorité des caries en dentition permanente se retrouve concentrée chez un faible pourcentage de jeunes (23,7 %).

Tableau 23

Prévalence de la carie sur l'ensemble des faces des dents en dentition permanente selon le niveau de risque 1990[57]

CAOF selon les groupes de 6e année	Faces des dents permanentes				Distribution des jeunes
	C	A	O	CAOF	%
Aucun risque	0,00	0,00	0,00	0,00	30,3
Risque mineur	0,35	0,00	1,57	1,92	24,1
Risque moyen	0,27	0,01	4,66	4,94	21,8
Risque élevé	0,70	0,17	9,46	10,33	23,7

[57] Données extraites du tableau 2.3.2.16 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990.

Une des constatations des chercheurs est que ce groupe, le plus vulnérable à la carie, présente un niveau de traitement de la carie très élevé (91 %) et a peu de faces cariées à faire traiter (6,8 %). Ces chercheurs ont aussi relevé le fait que les trois quarts de ces caries se situent sur des faces avec puits et fissures. Ils concluent en précisant que:

> «Le niveau de traitement de la carie chez les groupes les plus vulnérables est plus élevé que prévu [...]. Les programmes de dépistage, de relance et de suivi des intervenants du secteur de santé dentaire public sont sûrement un des facteurs qui ont produit ce résultat positif[58].»

2) Une description des enfants les plus vulnérables à la carie

De façon générale, le groupe de jeunes le plus vulnérables à la carie provient d'un milieu socio-économique défavorisé. Nous avons vu au chapitre précédent que les jeunes psr participent moins au programme de services dentaires administré par la Régie que les enfants non psr. Ils présentent respectivement un taux de participation de 42,6 % et de 64,8 %. Les enfants psr obtiennent aussi un peu plus souvent des services curatifs que des services préventifs. Les enfants non psr, pour leur part, reçoivent autant de services en prévention qu'en restauration. Le fait de rendre un programme accessible à l'ensemble d'une population donnée ne résulte donc pas nécessairement en une égalité d'utilisation des services offerts. À ce propos, des chercheurs mentionnent: «Il est généralement admis que les personnes les moins fortunées et les moins éduquées sont aussi celles qui fréquentent le moins le dentiste[59].»

---

58 PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., p. 42.

59 VINCENT, J.-R., «La non-utilisation des services dentaires assurés...», op. cit., p. 6.

Par contre, bien que ces jeunes utilisent moins ces services, les coûts sont souvent plus élevés que pour les enfants non psr puisqu'ils nécessitent davantage de services curatifs que de services préventifs:

> «The better educated have always used dental services more often than the less educated [...]. Althoug the poor are less frequent users, they are not so much cheaper to the program: because of neglect, they present more expensive problem to the dentist[60].»

À ce propos, il a été vu au chapitre précédent qu'en 1990 lorsqu'un enfant psr rendait visite à un dentiste, il obtenait 4,4 services pour un coût de 102,55 $. En comparaison, un enfant non psr obtenait 3,7 services pour un coût de 77,32 $.

Le profil des enfants vulnérables à la carie, dégagé des enquêtes santé dentaire, permet de voir que ceux-ci proviennent effectivement d'un milieu socio-économique défavorisé et qu'ils présentent certains facteurs dentaires défavorables. Ainsi, en dentition primaire chez les enfants de 2e année, les principales caractéristiques de ces jeunes sont les suivantes: ils font partie d'une famille dont le revenu est faible, où la scolarité des parent est peu élevée, où l'un ou l'autre ou les deux parents occupent un emploi non spécialisé ou encore sont prestataires de la sécurité du revenu et résident dans une zone semi-urbaine ou rurale. Par ailleurs, parmi ces jeunes qui ont rendu visite à un dentiste au cours de la dernière année, plusieurs n'ont obtenu que des services curatifs. Le groupe de jeunes le plus vulnérable à la carie présente un indice de débris[61] plus élevé que dans

---

60 GLASER, W.A., Health Insurance in Practice, 1992, p. 326.

61 L'indice de débris contribue à mesurer la condition d'hygiène orale des enfants. Les débris sont définis dans l'Enquête santé dentaire 1989-1990 (p. 237) comme étant des «particules de consistance molle, pas fermement attachées aux dents. Ils sont constituées par un mélange de bactéries, de mucine, de particules alimentaires».

les autres groupes et a moins souvent la fluorose. Enfin, en dentition permanente, les jeunes vulnérables à la carie présentent à peu près les mêmes caractéristiques que celles énumérées pour les enfants de 2e année.

Plusieurs facteurs sont à l'origine de ces inégalités quant à la participation à ce programme public administré par la Régie et aux types de services obtenus. Il ne s'agit cependant pas ici d'en faire une analyse exhaustive, le sujet étant trop vaste et débordant le cadre de cette étude. On se limitera à énumérer quelques facteurs contributifs relevés par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux:

> «[...] d'importantes inégalités subsistent sur le plan de la santé [...] Elles correspondent aux inégalités sociales et démontrent de façon éloquente l'effet des divers déterminants environnementaux sur l'état de santé. Les groupes socialement défavorisés cumulent en effet un maximum de risques pour leur santé: ils sont davantage exposés à des conditions environnementales néfastes (conditions de travail, exposition aux polluants, habitation, niveau de revenus, etc.), ils ont des habitudes de vie dommageables (tabac, sédentarisme, mauvaise alimentation) et ont moins recours aux mesures préventives[62].»

L'identification de ce groupe d'enfants vulnérables à la carie a permis de cibler cette clientèle particulière lors de la détermination de nouveaux objectifs en santé dentaire. En guise de comparaison, au début de la décennie 80, les buts du projet de politique du Ministère visaient l'ensemble de la population:

---

62 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Rapport, 1988, p. 85.

> «Favoriser pour l'ensemble de la population québécoise le développement et le maintien d'une denture naturelle dans une bouche saine, tout en permettant l'accès à la réadaptation fonctionnelle de l'appareil masticateur détérioré[63].»

La toute récente politique de la santé et du bien-être, pour sa part, fixe, parmi ses quatre voies d'action prioritaires, celle-ci:

> «Consolider les services dentaires préventifs et les activités éducatives dans les territoires de CLSC socio-économiquement défavorisés[...]: [...] augmenter les ressources afin que les enfants à risque puissent profiter pleinement des mesures préventives et curatives nécessaires[64].»

C'est aussi l'approche privilégiée par le Comité d'orientation du programme public de services dentaires préventifs, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce comité suggère de s'intéresser prioritairement aux enfants vulnérables à la carie afin de «réduire les inégalités, relativement à la carie dentaire, chez les enfants de 5 à 12 ans[65].»

Par ailleurs, avec la formulation d'un objectif relatif à la santé dentaire dans sa récente politique, le ministère de la Santé et des Services sociaux met l'accent sur la nécessité de poursuivre les efforts consentis dans ce domaine:

---

63 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Une politique québécoise ..., op. cit., p. 16.

64 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La politique de la santé et du bien-être, 1992, p. 105.

65 COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE, Programme public de services dentaires préventifs ..., op. cit. p. 4.

> «D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans[66].»

Il ne faut pas oublier qu'il reste encore du chemin à parcourir pour que les enfants d'ici atteignent le même état de santé dentaire que leurs jeunes voisins américains et d'autres provinces canadiennes. Les efforts devraient cependant, si l'on souhaite obtenir un tel résultat, être concentrés sur ce petit groupe d'enfants qui présentent la majorité des caries dentaires. Un certain nombre de critères devraient être établis afin de dépister les enfants qui risquent le plus de présenter des caries. Le seul facteur socio-économique ne constitue pas un prédicteur suffisant puisque: «plusieurs facteurs précèdent le développement de la carie et devraient par conséquent être déterminés avant le diagnostic de la carie[67].» La documentation consultée ne fournit cependant pas d'indications claires sur les facteurs permettant de prévoir l'apparition de la carie, si ce n'est d'avoir déjà relevé une expérience de la carie:

> «This study found caries experience to be the best predictor of caries increment over one year in teeth [...] there is still no successful method of caries prediction which can be effective without including baselines caries experience. More attempt should be made to build a model including variables measurable at a lower cost[68].»

---

66 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La politique de la santé ..., op. cit., p. 103.

67 DEMERS, M., Dépistage précoce des enfants ..., op. cit., p. 48.

68 DEMERS, M., BRODEUR, J.-M., MOUTON, C. et al., «A Multivariate Model to Predict Caries Increment among Kindergarten Children», Community Dental Health, (article à paraître).

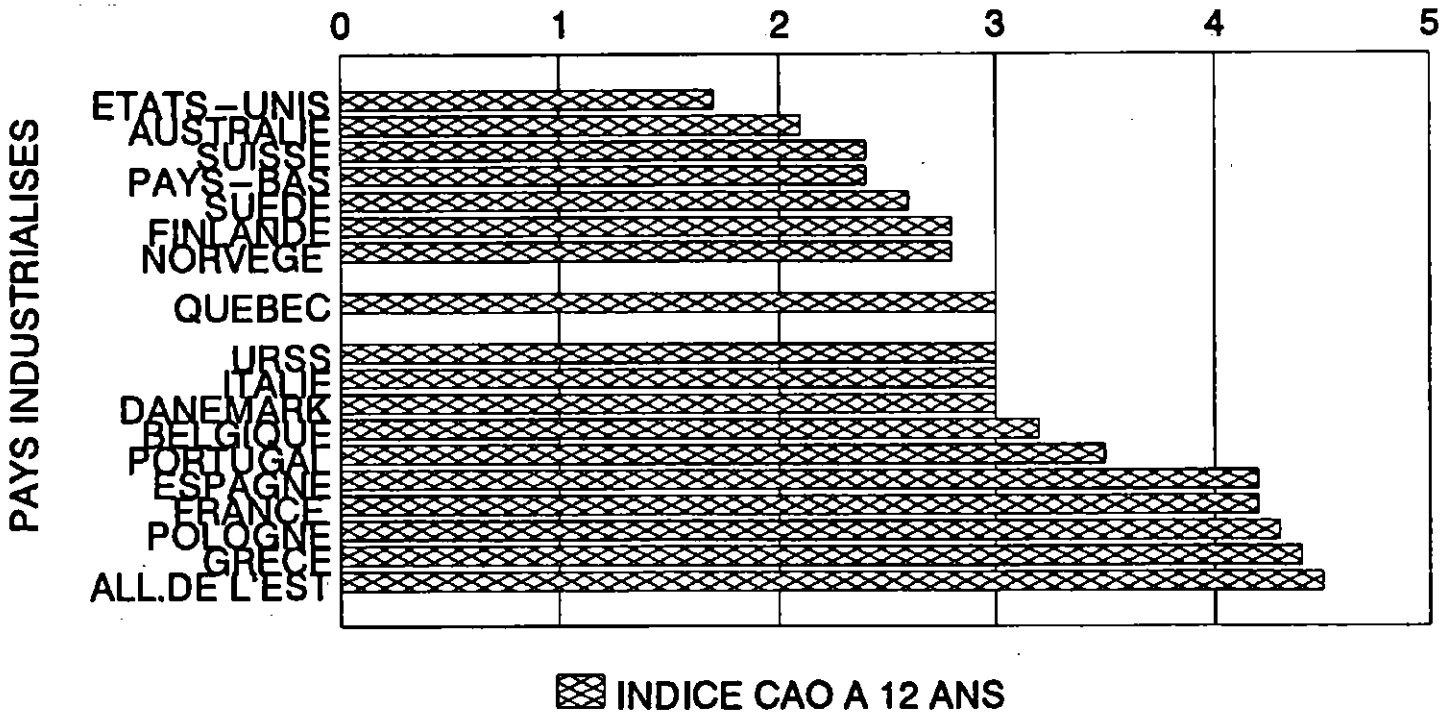
C) UNE COMPARAISON AVEC QUELQUES PAYS ET PROVINCES CANADIENNES

Alors que le Québec se retrouvait, en 1972, selon la classification de prévalence de la carie établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans la catégorie «très élevée», il se situe, vingt ans plus tard, au seuil de la catégorie «basse». S'il a dépassé, pour ce qui est de l'indice CAO, un grand nombre de pays industrialisés, il a encore du rattrapage à faire par rapport à ses voisins, tant américains que canadiens.

1) La situation du Québec par rapport à celle de quelques pays industrialisés

Le graphique suivant montre que le Québec se situe avantageusement parmi 18 pays industrialisés. Il se retrouve pratiquement au même rang que la Finlande (indice CAO de 2,8), la Norvège (2,9), l'ex-URSS (3), l'Italie (3) et le Danemark (3). Il devance par ailleurs un bon nombre de pays européens dont la Belgique, le Portugal, la France, la Pologne, la Grèce et l'ex-Allemagne de l'Est.

Graphique 2
Indice CAO dans les pays industrialisés[69]



Cinq pays ont un indice CAO inférieur à celui du Québec. Il s'agit des États-Unis, de l'Australie, de la Suisse, des Pays-Bas et de la Suède. Ces derniers présentent un indice CAO variant de 1,7 pour les États-Unis à 2,6 pour la Suède.

Le Québec a donc effectué de très importants gains depuis l'instauration du régime d'assurance-maladie. En effet, l'indice CAO était au début des années 70 de 9,5 chez les enfants de 12 ans. Il est maintenant de 3, atteignant ainsi l'objectif fixé par l'OMS pour l'an 2000. Cependant, bien qu'il présente un indice relativement bas comparé à ceux de plusieurs pays industrialisés, le Québec continue de faire moins bonne figure devant ses voisins américains ainsi que devant plusieurs provinces canadiennes.

---

69 Données extraites de la figure 35 de l'Enquête santé dentaire 1989-1990. Ces données sont issues d'études datant de la fin des années 1980.

Par rapport aux enfants des États-Unis, ceux du Québec présentent, en 1990, 40 % plus de caries. Cet écart s'est atténué, étant de 50 % plus élevé en 1984. Le niveau de traitement de la carie est cependant plus élevé au Québec. Ainsi, chez nos jeunes de 12 ans, 90,1 % des faces des dents permanentes cariées sont traitées contre 76,4 % chez les enfants américains.

Un des facteurs à l'origine de ce faible indice CAO aux États-Unis peut être lié à la fluoruration de l'eau de consommation. En effet, plus de la moitié de la population américaine (55 %) a accès à de l'eau fluorée comparativement à 8,5 % de la population québécoise. Or, comme il sera vu plus en détail au prochain chapitre: «On admet que le fluor est le moyen le plus efficace actuellement disponible pour la prévention des caries dentaires dans le cadre des programmes communautaires[70].»

Indiquons finalement qu'une partie de la population américaine bénéficie d'assurances privées couvrant une partie des frais dentaires:

> «Significant dental insurance programs arose during the 1950s [...]. By 1986, about 40 percent of the American population had some sort of dental coverage, nearly all through groups[71].»

2) La situation du Québec par rapport à celle de quelques provinces canadiennes

Quelques provinces canadiennes ont réalisé, au cours des dernières années, des enquêtes sur la santé dentaire des jeunes. Il s'agit de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Dans les deux premières provinces, l'indice CAO est de 3,19 (en milieu urbain) et de 2,93, comparativement à un indice de 4,16 au Québec, pour les

---

70 OMS, Méthodes et programmes de prévention des affections bucco-dentaires, 1984, p. 13.

71 GLASER, W.A., Health Insurance ..., op. cit., p. 324.

enfants de 13 ans. Ces deux provinces présentent donc une meilleure performance en santé dentaire des jeunes que le Québec. Cependant, les enfants québécois présentent un aussi bon taux d'extractions et de dents à faire traiter que les jeunes albertains et britanno-colombiens. La différence concerne les obturations. À ce propos, les auteurs de l'enquête 1989-1990 soulignent l'intérêt de la mesure du scellement des puits et sillons qui, si elle était appliquée, contribuerait à réduire l'indice CAO et ainsi à se rapprocher de celui de ces deux provinces:

> «On notera que c'est la composante «obturation» qui diverge substantiellement au Québec [...] Or, [...] au Québec, les obturations, chez les écoliers de cet âge, se situent à plus de 80 % sur les faces avec sillons. On prendra donc conscience de l'effet que produirait l'application de la mesure «scellement de sillons» sur le CAO global de nos populations d'enfants[72].»

Les enfants ontariens, pour leur part, présentent un indice CAO très semblable à celui de leurs jeunes voisins américains (1,7), donc plus bas que celui du Québec. En fait, l'écart entre ces deux indices était de 48 % en 1977 pour les enfants de 13 et 14 ans alors qu'il est maintenant de 34 %. Le déclin de la carie a donc été plus marqué au cours de cette période au Québec qu'en Ontario. Il n'en demeure pas moins que les enfants du Québec présentent aujourd'hui le même indice CAO que les jeunes Ontariens de 1978.

---

[72] PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., p. 34.

Nous ne disposons pas d'études décrivant les causes de cette meilleure santé dentaire chez nos jeunes voisins. Il faut rappeler que l'Ontario ne possède pas de régime universel de services dentaires comme le Québec. Cette province favorise plutôt l'amélioration de la santé dentaire par trois moyens différents: la fluoruration de l'eau, un appui financier à des unités sanitaires et l'importance de l'assurance dentaire privée:

> «Premièrement, l'Ontario s'est montrée plus agressive que de nombreuses provinces pour mettre en pratique la fluoration de l'eau. Avec son territoire étendu, renfermant de nombreux centres urbains, l'Ontario en est rendue au point que 72 pour cent de sa population alimentée en eau par le réseau public bénéficie de cette mesure très favorable à la santé dentaire. Deuxièmement, cette province a apporté son appui financier à ses 43 unités sanitaires pour leur permettre d'organiser des soins dentaires, soit préventifs, soit curatifs. Troisièmement, il est hors de doute que cette province a tiré profit de l'évolution rapide de l'assurance dentaire dans toutes ses régions[73].»

---

[73] SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Les régimes d'assurance dentaire au Canada, 1986, p. 57.

CONCLUSION

La santé dentaire des jeunes Québécois et Québécoises s'est grandement améliorée au cours des vingt dernières années. L'objectif établi par l'OMS d'un indice CAO de 3 pour les enfants de 12 ans en l'an 2000 est déjà atteint au Québec. La dernière enquête santé dentaire a révélé un haut niveau de traitement de la carie. De plus, la majorité des caries en dentition permanente se situe sur les faces des dents avec puits et sillons. Ces caries pourraient être corrigées à l'aide de la mesure du scellement de puits et sillons, solution de rechange très intéressante, dans cette situation, à la traditionnelle restauration. Cette enquête a aussi révélé une légère diminution des obturations entre 1984 et 1990, conséquence de l'amélioration de la santé dentaire des enfants.

Cette amélioration de la santé dentaire ne s'applique pas uniformément à tous les enfants. En effet, une minorité d'entre eux présentent la majorité des caries : en dentition primaire, 24,4 % des enfants ont 72,2 % des caries. Les jeunes les plus vulnérables à la carie proviennent d'un milieu socio-économique défavorisé. L'accessibilité à des services dentaires gratuits n'entraîne donc pas un même état de santé dentaire pour tous les jeunes Québécois et Québécoises. Tout comme le prévoit la nouvelle politique de la santé et du bien-être, ces jeunes devraient pouvoir «profiter pleinement des mesures préventives et curatives nécessaires» afin d'améliorer leur santé dentaire, et par voie de conséquence diminuer l'indice CAO. Celui-ci est plus élevé que ceux relevés aux États-Unis et en Ontario. Il faut rappeler que ces derniers disposent, entre autres, d'un important moyen pour prévenir l'apparition de la carie: la fluoruration de l'eau consommée par la majorité de la population de leur territoire.

CHAPITRE III: LES TRAITEMENTS DENTAIRES

Le troisième chapitre[74] fait le point sur les traitements dentaires en faisant état de deux techniques associées à la prévention que sont les restaurations préventives en résine composite et le scellement des puits et sillons. Il fait aussi le point sur des problèmes de santé dentaire, car, outre la carie, divers problèmes de santé dentaire affectent les enfants: malocclusions handicapantes, problèmes parodentaires et fluorose. Ce chapitre examine donc ces aspects des traitements dentaires, souvent relevés dans la littérature. Il ne prétend évidemment pas rendre compte de tous les changements et nouveautés survenus dans la profession, mais de ceux qui sont fréquemment soulignés.

Ce troisième chapitre répond à l'objectif suivant: «s'assurer que les services dentaires sont de la meilleure qualité possible, c'est-à-dire qu'ils sont globaux, continus et conformes aux mesures de la bonne pratique». C'est la dimension «globalité» qui est examinée ici par le biais de la gamme des services couverts par le régime d'assurance-maladie en rapport avec la gamme des services offerts en cabinet privé.

A) LES RESTAURATIONS PRÉVENTIVES EN RÉSINE COMPOSITE

Jusqu'à maintenant, dans le cadre du programme de services dentaires administré par la Régie, le matériau obturateur utilisé sur les faces occlusales[75] des dents postérieures est l'amalgame. Cependant, à la lumière des données actuelles de la science dentaire, les restaurations préventives en résine composite semblent présenter plusieurs avantages, du moins en certaines circonstances et à plusieurs égards.

---

[74] Le troisième chapitre est un résumé de quatre textes rédigés par les docteurs R. Caron, B. Lemieux et P. Marchand, du Service de l'expertise et des profils dentaires, optométriques et pharmaceutique de la RAMQ. Le texte intégral est en annexe.

[75] Les faces des dents sont schématiquement présentées et définies à la même annexe que le texte intégral.

La résine composite est une substance qui adhère à la dent par un moyen physico-chimique appelé le «mordançage». Les parois et les surfaces avoisinant une cavité sont déminéralisées à l'acide. Par la suite, une résine liquide est placée sur les surfaces déminéralisées et pénètre dans l'émail pour être alors durcie par l'exposition à une source lumineuse. Sur cette couche bien ancrée, une seconde résine est ajoutée. Elle se soude très solidement à l'adhésif et permet ainsi de restaurer la dent dans sa forme originale.

En 1985, R.J. Simonsen[76] a défini trois types de cavités pouvant être traitées avec des restaurations préventives en résine composite. Le premier type touche les faces des dents avec des puits et sillons, ces dernières étant difficiles à nettoyer avec la brosse à dents. Le deuxième type de cavité pouvant être traité est celui où la carie atteint légèrement la dentine. La carie est alors enlevée par le dentiste à l'aide d'un instrument appelé fraise. La restauration en résine composite peut ensuite être effectuée sur la dent. On utilise la même technique que précédemment dans le troisième cas; en plus, une couche de scellant est ajoutée et devient partie intégrante de la restauration. Ce scellant s'étend d'ailleurs sur les fissures adjacentes à la dent.

Selon Simonsen[77], la toute première carie sur les faces occlusales des molaires permanentes et des prémolaires devrait être traitée par la restauration préventive en résine composite, puisque cette technique «respecte la structure de la dent». En effet, pour se plier aux exigences techniques d'une obturation en amalgame, il faut obligatoirement tailler dans une partie saine de la structure de la dent, ce qui constitue évidemment une «déficience» pour ce matériau obturateur. Or, Mertz-Fainhurst[78] a démontré en 1989, que 95 % de toutes les caries des enfants des États-Unis sont sur les faces occlusales. Ces

---

[76] SIMONSEN, R.J.,«Conservative Cavity Preparation Design. Posterior Composite Resin Dental Restoration Materials», Minnesota Mining+Mfg., Co., 1985: 421-427.

[77] SIMONSEN, R.J., op. cit.

[78] MERTZ-FAIRHURST, «Pit and Fissures Sealants: A Global Lack of Science Transfer?», J.Dent.Res., August 1982.

caries pourraient donc être traitées en évitant de tailler la dent, et ce par l'utilisation de la restauration préventive en résine composite.

Charland et Prévost[79] préconisent la restauration préventive en résine composite pour les avantages suivants: vitalité pulpaire sauvegardée par un fraisage réduit, obturation non métallique, esthétique, approche non traumatisante pour le patient et coût biologique minime. Par ailleurs, les conclusions de l'étude de Houpt et de ses cochercheurs[80] démontrent que la préparation modérée d'une cavité est une voie de succès dans le traitement des petites et moyennes caries. Ce traitement est recommandé lorsque les lésions n'ont pas encore envahi tous les puits et sillons et que la structure de la dent peut être conservée. Un tel traitement a le net avantage de procurer une «dent restaurée plus forte».

Beaucoup d'études récentes ont démontré la valeur de la restauration préventive en résine composite pour la première carie sur les molaires permanentes et les prémolaires. Celle-ci constitue une très intéressante solution de rechange à l'obturation en amalgame. Cette dernière entraîne l'enfant dans le processus de faire et de refaire des obturations de plus en plus grosses, couvrant de plus en plus de surfaces de la dent. Pour sa part, la restauration préventive en résine composite permet de conserver la structure saine de la dent.

B) LE SCELLEMENT DES PUITS ET SILLONS

Le scellement des puits et sillons est une mesure de prévention de la carie qui consiste à appliquer un scellant sur la dent: «le scellant est un plastique transparent ou coloré comme la dent, que le dentiste applique sur la surface (à sillon) des molaires et prémolaires, c'est-à-dire là où la plupart des caries se manifestent. Il constitue une couche protectrice qui

---

79 CHARLAND et PRÉVOST, «Restauration conservatrice en résine composite», Journal dentaire du Québec, août 1990, 361-364.

80 HOUPT, M., FUKS, A., ENDELMAN, E., SHEZ, Z., «Composite/Sealant Restoration», Oral Health, January 1990, 21-23.

empêche les particules d'aliments de se loger dans les fissures et les cavités profondes, que la brosse à dents et la soie dentaire ne peuvent atteindre[81].»

1) La technique

La technique d'application du scellant est simple, mais d'une importance capitale. Les bénéfices de cette technique sont directement reliés à la rétention du scellant, et cette dernière, à la qualité de l'application. Plusieurs auteurs se sont penchés sur d'éventuels effets néfastes du scellement des puits et sillons. Ces interrogations ont principalement porté sur la présence de bactéries emprisonnées dans le fond des sillons, sur la maturation de l'émail, sur la susceptibilité à la carie, sur des effets systémiques, toxiques ou carcinogéniques, sur des problèmes à la pulpe dentaire et sur le risque pour l'opérateur[82]. Toutes ces études n'ont pas permis de trouver d'effets négatifs à l'utilisation de cette mesure.

2) L'efficacité

Par rapport à l'efficacité du scellement des puits et sillons, il faut préciser que les recherches ont fermement établi sa base scientifique. D'ailleurs, les changements dans l'évolution de la carie vers les surfaces à sillons ciblent le scellement comme le moyen préventif de choix[83]. De plus, la méthode est bien diffusée et standardisée[84]. Dès 1967, Buonocore et Cueto pouvaient affirmer qu'une

---

81 HIRSHON, S., «La santé dentaire des jeunes», Protégez-vous, octobre 1991, 34-40.

82 NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT, «Dental Sealants in the Prevention of Tooth Decay», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2), Supplement, 126-131.

83 STAMM, J.W., «The Use of Fissure Sealants in Public Health Programs: a Reactor's Comments», Journal Dental Educ., 1983, 43 (3): 243-246.

84 NIHCDCS, «Dental Sealants...», op. cit.

fissure est pleinement contrôlée tant que dure le scellement. En 1984, Mertz-Fairhurst[85] soutenait qu'après 7 ans, la plupart des traitements étaient intacts, ce qui en faisait l'agent de prévention le plus durable et le plus efficace.

C'est un mythe que les amalgames durent de 15 à 20 ans. À ce propos, une étude canadienne révèle que la moyenne des dentistes remplace 6,6 amalgames par jour. Pour sa part, une seconde étude comparant deux sortes d'amalgames a démontré qu'après 5 ans, 47 % et 49 % de ceux-ci étaient acceptables contre à peine 16 % après 10 ans. Par ailleurs, deux recherches britanniques ont établi que 50 % des amalgames sont remplacés après 5 à 10 ans. Il faut cependant être conscient que les résultats auraient été meilleurs si on avait considéré seulement l'occlusal. Enfin, en comparant l'amalgame et le scellement, Dennison et Straffon établissent que 29 % moins de temps est consacré pour le traitement préventif, avec un taux de prévention de 100 %, tout en conservant la dent intacte[86].

Il est maintenant clairement établi que la protection par le scellement est pleinement efficace, tant qu'il est bien en place et hermétique. Cette efficacité est augmentée quand il y a rappel pour réparer, si nécessaire, les scellants perdus ou brisés. Il a aussi été établi qu'aucune différence n'apparaît dans l'application des scellants, qu'elle soit effectuée par un dentiste, une hygiéniste ou une assistante, à condition qu'ils et qu'elles aient reçu un bon entraînement et possèdent l'expérience requise dans la manipulation de cette technique[87].

---

85 MERTZ-FAIRHURST, E.J., «Current Status of Sealants Retention and Caries Prevention», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2) Supplement: 18-26.

86 COUNCIL OF DENTAL RESEARCH, «Cost-Effectiveness of Pit...», op. cit.

87 NIHCDCS, «Dental Sealants in the Prevention...», op. cit. et COUNCIL ON DENTAL RESEARCH, «Cost-Effectiveness of Sealants...», op. cit.

Enfin, toujours par rapport à l'efficacité du scellement, précisons que les plus nombreuses pertes de scellant se font dans les six premiers mois après leur application. Une réapplication en augmente l'efficacité, tout comme une application tôt après l'éruption de la dent[88]. On sait également que les scellants durent plus longtemps sur les prémolaires que sur les molaires[89]. Ils durent aussi plus longtemps sur les dents inférieures que sur les dents supérieures.

Plusieurs études ont démontré que cette mesure permet d'éviter l'apparition de caries. Une étude menée par Horowitz sur une période de 10 ans révèle que, pour une application unique, la carie s'est développée sur 21,7 % des dents traitées, contre 68,3 % sur les dents témoins, soit trois fois moins. Après une simple application, 4,7 surfaces de dents par enfant évitent la restauration; ce nombre augmente à 6,8 après une réapplication[90]. Une autre étude conduite à l'Île-du-Prince-Édouard, également sur une période d'une décennie, a démontré que la grande majorité des traitements, effectués auprès de 8 340 enfants d'âge scolaire, étaient intacts, soit 89 % après 1 an et 60 %, de 7 à 9 ans plus tard[91]. Mentionnons enfin une dernière étude menée par Mertz-Fairhurst sur la première molaire permanente. Elle a démontré que 15 ans après un scellement, les dents témoins eurent 7,5 fois plus de caries ou de traitements que les dents scellées[92].

---

88 NEWBRUN, E., «Preventing Dental Caries: Current and Prospective Strategies», JADA, May 1992, 123: 68-73.

89 HOUPT, M.I., SHEZ, Z., «Cost-Effectiveness of Fissure Sealants», Journal Dental Children, May-June 1983: 210-212.

90 SIMONSEN, R.J., «Cost-Effectiveness of Pit...», op. cit.

91 FORAND, C., «La nouvelle dentisterie», op. cit.

92 MERTZ-FAIRHURST, E.J., «Current Status...», op. cit.

3) La situation de la carie

Horowitz[93], à la fin des années 70, notait que si les surfaces occlusales comptent pour 20 % de toutes les surfaces des dents, elles subissent de 45 à 60 % des attaques carieuses. Pour sa part, Gwinnet[94] constatait, en 1973, que l'occlusal comptait 10 % des surfaces à risque et 50 % des caries. En 1983[95], il a été observé que la carie se situait de plus en plus sur les puits et sillons. À ce propos, il a été mentionné qu'en maintenant l'application du fluor et en ajoutant le scellement, une réduction de 85 % de la carie pourrait être constatée. D'ailleurs, deux enquêtes américaines[96], menées de 1971 à 1974 et de 1979 à 1980, rapportent une diminution de la carie de 50 % sur les faces proximales et de 26 % sur les faces à puits et sillons. En 1979-1980 aux États-Unis, 16 % des caries chez les 5 à 17 ans se présentaient sur les surfaces lisses et 84 % sur les surfaces à sillons[97].

De plus, «les caries occlusales sur les molaires permanentes arrivent plusieurs années avant les proximales[98]», ces dernières étant en déclin. Il est donc maintenant possible d'envisager un contrôle de toute la carie. Des données d'une étude au Michigan, parmi une population d'enfants de 9 et 10 ans n'ayant pas accès à l'eau fluorurée, révèlent une distribution de carie sur les premières molaires de 28,4 % en lésions occlusales, de seulement 15,1 % en lésions

---

93 HOROWITZ, H.S., «Pit and Fissure Sealant in Private Practice and Public Health Programms Analysis of Cost-Effectiveness», 30, (2): 117-126.

94 GWINNET, A.J.,«Scientific Rationale...», op. cit.

95 STAMM, J.W., «The Use of Fissure Sealants...», op. cit.

96 HOROWITZ, H.S., «Pit and Fissure Sealants...», op. cit.

97 NIHCDCS, «Dental Sealants...», op. cit.

98 EKLUND, S.A., ISMAIL, A.I., «Time of Development of Occlusal and Proximal Lesions: Implications for Fissure Sealants», Journal Public Health Dent., 1986, 46 (2): 114-121.

occlusales buccales et linguales, de 5,5 % en lésions buccales seulement et enfin, de 2,1 % en lésions proximales.

En 1986, Eklund et Ismaël calculent que 50 % des molaires ont une carie occlusale mais sont saines proximalement[99]. Notons que seulement 10 % des prémolaires sont dans cette situation. Une autre étude, datant de 1987, indique que les enfants américains ont 95 % de leurs caries sur les surfaces à puits et sillons[100]. Il a aussi été démontré qu'en plus de la diminution de la carie et de son déplacement vers les puits et sillons, cette dernière pénètre moins vite vers la pulpe et que la population à risque reçoit la majorité des soins[101]. Au Québec, les données de l'enquête santé dentaire 1989-1990 indiquent les mêmes tendances.

4) La situation du scellement des puits et sillons

Le taux d'application de cette mesure de prévention que constitue le scellement des puits et sillons est relativement faible malgré, d'une part, une littérature abondante et favorable à cette mesure et, d'autre part, sa disponibilité depuis 1970. Une récente étude menée à Montréal sur une période de deux ans, auprès d'enfants de 6 à 9 ans, a conduit au constat suivant. Sur 4 398 surfaces de premières molaires permanentes, 11,62 % étaient scellées en 1990. Pendant les deux années du suivi de l'étude[102] 10,9 % de plus le furent également.

Une autre étude québécoise a établi que 19,6 % des enfants ont des scellants et qu'à l'occlusale il y a un nombre à peu près égal de scellants et d'obturations. De plus, le

---

[99] EKLUND, S.A., ISMAIL, A.I., «Time of Development...», op. cit.

[100] MERTZ-FAIRHURST, E.J., «Pit and Fissure...», op. cit.

[101] NEWBRUN, E.,«Preventing dental caries...», op. cit.

[102] BRODEUR, J.-M., GAGNON, P., OLIVIER, M., ISMAIL, A.I., «Sealants Decision in Children: a Two Years Follow-up», Journal Dent. Res., 1992, AADR, Abstracts, 268.

scellement est plus utilisé quand les parents ont une formation universitaire[103].

Selon les données de l'enquête santé dentaire 1989-1990[104], la moyenne de dents scellées par enfant varie de 0,06 à 0,34 selon l'âge et de 0,18 à 0,33 selon le degré scolaire. Le pourcentage d'enfants ayant des dents scellées est de 8 % en deuxième année et en deuxième secondaire, de 10 % en sixième année, et de 5 % en cinquième secondaire. La plus faible prévalence de scellement se retrouve chez les enfants les plus vulnérables à la carie. Ces derniers proviennent généralement d'un milieu défavorisé.

Plusieurs raisons pourraient expliquer la lenteur de la mesure du scellement des puits et sillons à s'imposer. Une déficience des matériaux et de la technique d'application lors de son implantation, la non couverture de cette mesure par la grande majorité des assureurs à ses débuts, la méconnaissance de cette mesure de la part de la clientèle sont entre autres des facteurs qui retardent sa large diffusion. D'ailleurs, son efficacité fut mieux perçue, au Japon, après l'adoption de la mesure par le Gross National Insurance System.

5) Le coût

Plusieurs variables sont à considérer dans l'établissement des coûts de cette mesure préventive. En 1983, Houpt et Shey[105] énumèrent, parmi ces variables, la prévalence des caries. Cette mesure de prévention traite tous les puits et sillons susceptibles à la carie. Il a été estimé qu'après

---

[103] ISMAIL, A.I., BRODEUR, J.-M., GAGNON, P., PAYETTE, M. et al., «Prevalence of Non-Cavitated and Cavitated Carius Lesions in a Random Sample of 7-9 Years-old Schoolchildren in Montreal, Quebec», Community Dent. Oral Epidemiology, 1992, 20: 250 à 255.

[104] PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M., LEPAGE, Y., PLANTE, R., Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans. Enquête santé dentaire Québec 1989-1990, op. cit.

[105] Idem.

trois ans, selon la vulnérabilité du groupe considéré, de 45 % à 78 % des surfaces des dents seraient effectivement devenus cariées. La deuxième variable, en ordre d'importance, concerne la longévité du matériau. La protection de cette mesure dure tant que le scellant couvre la dent. Or ce dernier, tout comme l'amalgame, aura besoin d'être changé tous les 5 à 10 ans. Smith[106] estime qu'environ le tiers du temps d'un dentiste est passé à remplacer des restaurations défectueuses.

Le temps requis pour une procédure est une autre variable à considérer. Quand il est effectué en même temps qu'une application topique de fluorure, un scellement est trois fois plus rapide à faire qu'une obturation d'amalgame. L'opérateur de la procédure est aussi un facteur important. Le coût du temps de l'opérateur est évidemment moins élevé lorsque le travail est effectué par du personnel auxiliaire. Les résultats seront aussi meilleurs si c'est toujours la même personne qui fait le travail, plutôt que plusieurs personnes occasionnellement.

Le coût de cette mesure est estimé à la moitié de celui d'un amalgame, si le traitement est fait par un dentiste dans un programme public. Il passe même à un sixième de ce coût si le scellant est placé par du personnel auxiliaire[107]. Le coût du matériau est aussi moins important, comparativement à l'amalgame.

Il y a de plus plusieurs bénéfices indirects reliés à cette mesure préventive outre qu'elle est de longue durée: traitement se faisant sans douleur ni stress, acceptation sociale d'un traitement sans incidence esthétique, perte de temps moins grande au travail et à l'école pour ces traitements dentaires, bien-être psychologique et fonctionnel d'avoir une dentition intacte et enfin,

---

[106] SMITH, D.C., «The Appropriateness of Comparing Sealants with Restaurations», Journal dental Educ., 1984,48 (2),Supplement: 103-106.

[107] MITCHELL, L., MURRAY, J.J., «Fissure Sealants: a Critique of their Cost-Effectiveness», Community Dent. Oral Epidemiology, 1989, 17: 19-23.

diminution d'actes iatrogènes possibles, comme les expositions pulpaires et la provocation de problèmes parodentaires par de mauvaises obturations[108] et restaurations plus extensives subséquentes.

En 1989, Simonsen[109], sur la base des coûts moyens de 13,73 $ pour un scellement et de 25,86 $ pour un amalgame d'une surface, a établi que le coût des scellants et des obturations sur un groupe d'enfants est de 11,10 $ annuellement par enfant, et de 17,67 $ sur le groupe contrôle sans scellement. Pour sa part, en 1992, Newbrun rapporte que sur une période de 10 ans, chez des enfants de 5 à 10 ans, une application d'un scellant avec une réapplication à toutes les régions où il en manque coûte 66 % du coût des restaurations d'un groupe témoin[110].

L'efficience du scellement dépend d'abord de l'opérateur usant d'une technique rigoureuse et d'un matériau moderne et efficace. Elle dépend ensuite d'une sélection appropriée des dents à protéger et enfin, du taux de remplacement des scellants.

Le scellement des puits et sillons est une mesure qui doit s'intégrer à la fluoruration systémique et topique, aux instructions d'hygiène et aux conseils diététiques et enfin, aux examens périodiques du patient. D'après Lévy, «tout traitement préventif démontrant une efficacité devrait être reconnu et rémunéré adéquatement, pour que le dentiste en pratique privée puisse développer une véritable approche préventive[111].»

Les indications générales devraient être d'éliminer la clientèle possédant des dents saines et un bon pronostic, et de sceller les dents des groupes sains, mais ayant un

---

[108] SIMONSEN, R.J., «Cost-Effectiveness of Pit...», op. cit.

[109] Idem.

[110] NEWBRUN, E., «Preventing Dental Caries...», op. cit.

[111] LÉVY, M., «L'amélioration de la qualité...», op. cit.

pronostic douteux. Enfin, pour les groupes atteints par la carie et classés dans une catégorie à pronostic pauvre, on devrait s'orienter plutôt vers le traitement par restauration. Les priorités devraient être d'abord de sceller les premières molaires des enfants de 6 à 8 ans et ensuite les deuxièmes molaires de ceux de 11 à 13 ans. On pourrait enfin sceller les prémolaires chez les enfants à risque, de même que leurs molaires primaires[112].

L'Association américaine pour la santé publique mentionne que la santé buccale est une composante vitale de la santé et que la carie dentaire est une des maladies les plus répandues de l'enfance, entraînant douleur, infection, perte de dents, besoin de traitements coûteux et absence scolaire. Or, la carie peut être prévenue et cette prévention est préférable au traitement. Il s'agit d'un élément majeur pour contenir les coûts des programmes de santé publique.

L'Association précise que les fluorures, mesure de prévention de la carie des surfaces lisses la plus efficace, le sont moins dans les puits et sillons. La plupart des caries se développent maintenant dans ces puits et sillons. Il a été déterminé que les scellants sont sécuritaires et efficaces pour diminuer l'incidence de la carie sur ces surfaces. C'est pourquoi cet organisme appuie et encourage fortement l'utilisation des scellants occlusaux et des fluorures dans les programmes de prévention. Elle favorise l'inclusion des scellements comme mesure préventive remboursable dans les programmes d'assurance dentaire privés et publics et surtout dans les programmes étatiques[113].

---

[112] NIHCDCS, «Dental Sealants...», op. cit.

[113] ALLUKIAN, M. Jr., «Presentation of the American Public Health Association», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2), Supplement: 119- 120.

C) LES MALOCCLUSIONS HANDICAPANTES ET LES PROBLÈMES PARODENTAIRES

a) La malocclusion

L'occlusion peut être définie comme étant la relation des dents du haut avec celles du bas quand les mâchoires sont fermées, la malocclusion étant une occlusion défectueuse au niveau du contact des dents ou de leur alignement. Comme le montre le tableau suivant, un peu plus des deux tiers des enfants âgés de 7 à 16 ans ont une occlusion normale ou une malocclusion mineure ne nécessitant pas de traitements. Par ailleurs, environ le quart des jeunes ont besoin d'un traitement électif, nécessaire ou urgent. De ce groupe, entre 10 et 15 %, selon le degré scolaire considéré, présentent une malocclusion majeure ou handicapante exigeant des traitements nécessaires ou urgents. L'enquête santé dentaire de 1984 a révélé des résultats similaires, ce qui démontre que cette situation ne s'est pas améliorée au cours des dernières années. À ce propos, la récente politique de la santé et du bien-être indique:

«Les malocclusions affectent à des degrés divers un grand nombre de jeunes. Pour quelques milliers d'entre eux, elles sont si graves, sur le plan esthétique ou fonctionnel, qu'elles constituent un véritable handicap[114].»

---

[114] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La politique de la santé..., op. cit., p. 103.

Tableau 24

Distribution des enfants selon l'indice de priorité de traitement orthodontique et le niveau scolaire, 1990[115]

Indice de priorité de traitements orthodontiques	Niveau scolaire							
	2e année (7-8 ans)		6e année (11-12 ans)		2e secondaire (13-14 ans)		5e secondaire (16-17 ans)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SANS BESOIN DE TRAITEMENTS	1 541	66,8	1 452	69,7	1 019	66,7	719	68,8
• occlusion normale	550	23,8	448	21,5	405	26,5	301	28,8
• malocclusion mineure	991	43,0	1 004	48,2	614	40,2	418	40,0
BESOIN DE TRAITEMENTS ÉLECTIFS, NÉCESSAIRES OU URGENTS	673	29,1	512	24,5	371	24,3	270	25,8
• malocclusion manifeste	335	14,5	307	14,7	189	12,4	162	15,5
• malocclusion majeure	254	11,0	138	6,6	87	5,7	59	5,6
• malocclusion handicapante	84	3,6	67	3,2	95	6,2	49	4,7
PORTE UN APPAREIL	17	0,7	95	4,5	104	6,8	39	3,8
• appareil fixe	12	0,5	59	2,8	90	5,9	33	3,2
• appareil amovible	5	0,2	36	1,7	14	0,9	6	0,6

Un certain nombre de jeunes portent un appareil orthodontique[116], fixe ou amovible, soit moins de 1 % des enfants de 2e année, 4,5 % de ceux de 6e année, 6,8 % de ceux du 2e secondaire et enfin 3,8 % des jeunes du 5e secondaire. L'enquête de 1990 révèle un accroissement du nombre de jeunes portant un appareil orthodontique, le taux relevé en 1984, chez les jeunes du 2e secondaire, étant de 2,9 %. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de savoir si les jeunes portant un appareil sont ceux présentant les malocclusions les plus sévères.

Quoique nous sachions que la population touchée par les malocclusions handicapantes est importante, les indicateurs pour en évaluer la gravité ou la sévérité manquent. En

---

[115] Données extraites du tableau 2.3.3.3 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990. Les données sur les malocclusions ne pouvant pas être classées sont exclues du tableau 24.

[116] Les traitements orthodontiques ne constituent pas un service assuré dans le programme étudié ici.

effet, la classification d'Angle, quoique encore largement utilisée, est de plus en plus contestée[117].

Afin d'évaluer la gravité des malocclusions, des indices diagnostiques ont été récemment proposés par certains orthodontistes. Il s'agit principalement de:

- Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN);
- Treatment Priority Index(TPI);
- Occlusal Index (OI).

La plupart de ces méthodes n'ont cependant pas dépassé l'étape de la recherche ou des essais cliniques. D'ailleurs, aucun consensus ne s'est dégagé quant à la méthode à privilégier pour évaluer cette condition. La venue prochaine d'un système informatique «expert» pourra probablement résoudre certains problèmes rencontrés dans l'utilisation de ces ces méthodes, par exemple l'objectivité des évaluateurs[118].

---

[117] RINCHUSE et RINCHUSE, Angle Othodondist, Vol. 59, no 4; ANGLE, E.H., «Classification of Malocclusion», Dental Cosmos, 1906, 28: 421-426; ANGLE, E.H., «The Upper First Molar as a Basis of Diagnosis in Orthodontics», Dental Items of Interest, 1906; KATZ, SINKFORD et SAUNDERS, «The 100 Year Dilemna: What is a Normal Occlusion and how is a Malocclusion Classified?», Quintessence International, 1990, vol. 21, no 5.

[118] SHAW, RICHMOND, O'BRIEN et BROOK, «Indices of Treatment Need and Treatment Standards», British Dental Journal, February 1991:107-112; GHAFARI,J. LOCKE, S.A., MARVIN BENTLEY, J., «Longitudinal Evaluation of the Treatment of the Priority Index», American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedic, November 1989, vol. 96, no 5; GRAINGER, R.M., «The Orthodontic Treatment Priority Index», National Public Health Publication no 1000, serie 2, no 25; SUMMERS, C.J., «A System for Identifying and Scoring Occlusal Disorders», The Occlusal Index, Ph.D. Thesis An Harbor, Michigan, 1966; SUMMERS, C.J., «Test for Validity for Indices of Occlusion», American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthpedic, 1972, 62 (4): 428-429; MACKIN, N., SIMS WILLIAMS, J.H., STEPHEN, C.D.,«Artificial Intelligence in Dental Surgery: an Orthodontic Expert System, a Dental Tool of Tomorrow», Dental Update, October 1991: 341-343.

b) Les problèmes parodentaires

Les problèmes parodentaires sont les pathologies des gencives et de l'os supportant la dent. Ils sont déterminés en relevant le nombre de «sites avec saignements (maximum 6 sites) [...], sites avec tartre et sites avec poches parodentaires de 4 à 6 mm»[119]. Ces problèmes ont été relevés chez les enfants de 2e secondaire et de 5e secondaire et sont présentés au tableau qui suit.

Tableau 25

Distribution des jeunes selon les problèmes parodentaires et le niveau scolaire 1990[120]

Nombre de sites	Saignement de gencives		Présence de tartre		Prévalence de poches de 4 à 6 mm	
	N	%	N	%	N	%
2e Sec	615	41,5	1 151	77,6	1 453	98,0
0	158	10,6	172	11,6	24	1,6
1	154	10,4	77	5,2	4	0,3
2	147	9,9	54	3,6	2	0,1
3	142	9,5	13	0,9	--	--
4	125	8,4	7	0,5	--	--
5	142	9,6	9	0,6	--	--
6						
5e Sec	412	40,7	690	68,2	991	97,9
0	151	14,9	183	18,0	11	1,1
1	133	13,2	63	6,3	4	0,4
2	82	8,1	47	4,7	6	0,6
3	97	9,6	12	1,2	--	--
4	63	6,2	14	1,3	--	--
5	75	7,4	3	0,3	--	--
6						

[119] PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., p. 24.

[120] Données extraites des tableaux 2.3.4.5, 2.3.4.6, 2.3.4.7, 2.3.4.8, 2.3.4.9 et 2.3.4.10 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990.

Ces données ont permis de déterminer qu'en ce qui concerne les problèmes parodentaires, 35 à 40 % des enfants éprouvent des problèmes de saignement, alors que pour 20 à 30 % des écoliers, le pire problème est la présence de tartre. Par ailleurs, la présence de poches parodentaires a été relevée chez seulement 2 % des enfants.

Par rapport à ces problèmes, plus des deux tiers des jeunes n'ont besoin d'aucun traitement ou nécessitent uniquement des instructions d'hygiène. Pratiquement aucun d'entre eux ne requiert de traitements complexes, comme le montre le tableau 26.

Tableau 26

Distribution des jeunes selon les besoins de traitements parodentaires et le niveau scolaire 1990[121]

Besoin de traitements parodentaires	Niveau scolaire			
	2e secondaire		5e secondaire	
	N	%	N	%
• Aucun traitement	519	35,8	337	33,6
• Instruction d'hygiène	585	40,4	337	33,6
• Prophylaxie, détartrage et instruction d'hygiène	343	23,7	329	32,8
• Traitement complexe et instruction d'hygiène	1	0,1	0	0

[121] Données extraites du tableau 2.3.4.12 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990.

cependant, soit 95 %, sont bénins. C'est une affection bénigne, qui peut être considérée plus souhaitable que la carie, maladie pouvant causer un plus grand problème esthétique.

2) Distribution et prévalence de la fluorose

Comme le sel, les vitamines et autres minéraux, le fluor est toxique lorsque consommé en trop grande quantité. Malgré les rapprochements avec des termes comme tuberculose, arthrose, scoliose etc., la fluorose ne doit pas être considérée comme une maladie. Elle est considérée comme une affection bénigne représentant, au pire, un problème cosmétique. Toutefois, elle peut devenir un problème de santé publique si la quantité optimale de fluorures[129] est dépassée.

Toutes les dents sont susceptibles à la fluorose pendant leur minéralisation. Cependant, une atteinte beaucoup plus marquée sur les dents permanentes que sur les dents primaires[130] a été relevée. Pour la face labiale des antérieures supérieures, à toute concentration du fluor, le pourcentage d'atteinte de la fluorose est plus élevé que le pourcentage pour toutes les dents. La différence est évidemment plus prononcée avec une concentration élevée. Il a aussi été noté que les enfants plus jeunes ont plus de fluorose que les enfants plus âgés en raison du phénomène d'attrition chez les plus âgés et de l'ingestion de fluorures, sous toutes ses formes, qui augmente chez les plus jeunes[131].

L'augmentation de la fluorose dentaire a coïncidé avec le déclin de la carie. Au début des années 40, Dean estimait le pourcentage d'enfants affectés à 10 % parmi

---

[129] MASON, J.O., «Too Much of a Good Thing?: Question about Fluorosis Explored», JADA, August 1991, 122: 93-96.

[130] HOROWITZ, H.S., «Fluoride and Enamel...», op. cit.

[131] HOROWITZ, H.S., DRISCOLL, W.S., RHEA, J.M. et al., «A New Method...», op. cit.

ceux vivant dans des milieux où la concentration de fluor était entre 0,7 et 1,2 ppm. Les récentes enquêtes démontrent que ce pourcentage s'est accru, 22 % d'enfants présentant de la fluorose légère et modérée[132].

En 1984, une enquête en Illinois confirme le lien, fait il y a 50 ans, entre la concentration de fluor et la fluorose. Celle-ci augmente en prévalence et en gravité avec l'augmentation de la concentration de fluor[133]. Ainsi, dans une région à concentration optimale de fluor, parmi 807 enfants de 8 à 16 ans, 79 % des surfaces étaient saines contre seulement 15,8 % chez des enfants habitant dans un milieu avec une concentration quatre fois plus importante.

Dans une récente étude canadienne, il a été établi que parmi la population fluorurée, de 35 à 60 % est affectée par la fluorose, contre 20 à 45 % chez la population non fluorurée. Il s'agit principalement de fluorose située dans les catégories légères et très légères. Mais on en retrouve aussi dans les catégories modérées et graves[134].

La dernière enquête santé dentaire a relevé la prévalence de la fluorose dentaire parmi des enfants de 7 à 16 ans sur les dents supérieures antérieures et sur les dents inférieures antérieures. Elle n'a cependant pas relevé son degré de gravité. Comme on peut le noter au tableau qui suit, la fluorose apparaît davantage sur les dents supérieures antérieures, sa présence se retrouvant chez 22,3 % à 35,6 % des enfants examinés. Elle est moins présente sur les dents inférieures antérieures puisque entre 7,6 % et 13,2 % des jeunes de

---

132 WAGENER, D.K., NOURJAH, P., «Trands in Childhood...», op. cit.

133 HOROWITZ, H.S., «Indexes for Measuring...», op. cit., et PENDRYS, D.G., «Dental fluorosis...», op. cit.

134 CLARK, D.C., «Appropriate Use of Fluoride in the 1990s», Journal Can. Dent. Ass., March 1993, 59 (3): 272-277.

7 à 16 ans se retrouvent avec de la fluorose dentaire sur ces dents.

Tableau 27

Prévalence de la fluorose sur les dents antérieures selon l'âge 1990[135]						
Âge	Fluorose sur les dents					
	Antérieure du haut			Antérieure du bas		
	Aucune %	Présence %	Sans objet	Aucune %	Présence %	Sans objet
7	59,4	22,5	18,2	88,0	9,2	2,8
8	66,7	25,2	8,1	88,3	9,9	1,8
17	66,9	31,8	1,3	85,8	13,2	1,0
12	71,9	26,9	1,3	90,8	7,6	1,5
13	61,0	35,6	3,4	85,0	12,0	3,0
14	73,9	22,3	3,8	88,3	8,7	3,0
16	70,3	28,1	1,5	89,4	9,1	1,5

Enfin, une étude réalisée en 1990 par une équipe de chercheurs, dont les docteurs Ismaïl et Brodeur, ont comparé la prévalence de la fluorose entre deux municipalités du Québec. La première, Trois-Rivières qui dispose de l'eau fluorurée, présente une prévalence de fluorose de 58 % contre une prévalence de 30 % à Sherbrooke. Cette dernière municipalité ne possède pas d'eau fluorurée. Par contre, 64 % des jeunes de Sherbrooke prenaient des suppléments de fluorures, contre un nombre négligeable à Trois-Rivières.

3) Sources et facteurs de risque

La fluorose dentaire est provoquée par une trop grande absorption de fluorures, plus grande que la quantité nécessaire pour prévenir la carie. Les fluorures peuvent être présents en trop grande quantité dans

[135] Données extraites du tableau 2.3.5.2 de l'Enquête santé dentaire de 1989-1990.

l'eau. Le problème peut aussi se poser à la suite d'une trop grande absorption de dentifrices, de rince-bouche fluorurés, d'auto-applications de gel, d'applications topiques professionnelles ou encore de consommation d'aliments et de boissons préparés à partir d'eau fluorurée.

Horowitz soutient que la plupart des fluoroses non désirables cliniquement, proviennent d'une haute concentration de fluor dans l'eau[136]. D'autres voient les suppléments comme une source importante de fluorose. Pour sa part, Clark soutient que peu de gens y ont recours régulièrement, mais qu'une association a été trouvée entre la fluorose et les formules pour nourrisson ainsi que les dentifrices.

Les pâtes dentifrices sont souvent mentionnées comme étant les principales responsables d'une trop grande absorption de fluorures. Une étude de 1989, menée par Simard, a déterminé que l'enfant de 2 ans avale 60 % du dentifrice et celui de 5 ans, 34 %. Chaque brossage ajoute 0,17 à 0,76 mg de fluorures ingérés, ingestion qui dépend de la quantité de pâte sur la brosse et de la qualité du rinçage[137].

Pour Ripa, un dentifrice à 1000 ppm utilisé deux fois par jour, donne 0,268 mg d'ingestion de fluorures, ce qui est plus que la recommandation quotidienne pour un enfant de moins de 2 ans, dans une population non fluorurée[138]. En 1988, au Canada, 2 % des enfants avec une fluorose légère avaient été exposés au dentifrice fluoruré entre 6 mois et 2 ans, alors que le groupe

---

136 HOROWITZ, H.S. et al., «A New Method for Assessing the Prevalence of Dental Fluorisis. The Tooth Surface Index of Fluorosis», JADA, 1984, 109: 37-41.

137 STANNARD, J. et al., Journal Clinical Pediatric. Dent., 1991, 16 (1): 38-40.

138 HOROWITZ, H.S., «Appropriate Uses of Fluoride: Considerations for the 90s Summary», Journal Public Health Dent., Fall 1990, 50(5): 60-63.

témoin était à 27 %[139]. En 1988, au Canada, 2 % des enfants avec une fluorose légère avaient été exposés au dentifrice fluoruré entre 6 mois et 2 ans, alors que le groupe témoin était à 27 %[140].

Pendrys rapporte qu'il y a une équivoque sur ce sujet: deux études établissent une association entre les dentifrices et la fluorose, alors que huit autres n'ont rien démontré[141]. Acceptant que l'ingestion de 0,5 mg/jour, jusqu'à 3 ans cause une fluorose, et qu'à 6 ans, 2 mg/jour en doses divisées n'augmente pas le risque, Ripa conclut que le dentifrice ne semble pas être le principal responsable des formes légères. Il contribue toutefois à une ingestion notable de fluorures au moment où la dent permanente est vulnérable à la fluorose[142].

Notons enfin que si la diète n'est pas une source de fluorures importante pour les jeunes, il peut y avoir des surprises. Ainsi, dans une étude américaine portant sur 43 jus, on en découvrit 42 % avec un niveau dépassant la dose optimale (0,7 - 1,2 ppm) dont un avec 6,8 ppm: des résidus d'insecticides étaient en cause pour certains jus de raisin trop fluorurés[143].

Il a aussi été relevé des variations dans la sensibilité des individus aux fluorures, influencée par divers facteurs. Ainsi, des études ont démontré une plus

---

139 MASSACHUSSETTS MEDICAL SOCIETY, «Morbidiry and Mortality Weekly Report», June 14 1991, 40 (RR-7): 1-8.

140 MASSACHUSSETTS MEDICAL SOCIETY, «Morbidiry and Mortality Weekly Report», June 14 1991, 40 (RR-7): 1-8.

141 PENDRYS, D.G., «Dental Fluorosis in Perspective», JADA, September 1991, 122: 63-66.

142 RIPA, L.W., «A Critique of Topical Fluoride Methods (Dentifrices, Mouth Rinse, Operator and Self-Applied Gel) an Era of Decreased Caries and Increased Fluorosis Prevalence», Journal Public Health Dent., 1991, 51(1): 23-41.

143 MASSACHUSSETS MEDICAL SOCIETY, «Morbidity and...», op. cit.

grande susceptibilité chez des gens vivant à haute altitude. Également, le statut nutritionnel, la physiologie et le métabolisme peuvent affecter la rétention des fluorures dans l'organisme[144]. Par ailleurs, les troubles de l'équilibre acide-base peuvent altérer les caractéristiques métaboliques du fluor.

Une diète acide, l'utilisation de certaines drogues, les désordres métaboliques et respiratoires, l'altitude de la résidence et l'activité physique peuvent aussi affecter cet équilibre. D'autres facteurs peuvent faire varier la consommation de l'eau, donc, l'ingestion de fluorures: température, air climatisé, boissons autres que celles faites avec de l'eau d'aqueduc et maladies comme le diabète insipide et les pathologies rénales qui affectent au-delà d'un million de jeunes Américains[145].

Selon Evans et Stamm, la fluorose est un phénomène de maturation de l'émail. À 16 mois, le tiers incisif de certaines dents est formé, mais l'émail est encore immature. La maturation de l'émail se fait avec le temps et sa densité de minéraux augmente. Trop de fluorures peut cependant interférer à ce stade, laissant l'émail dans un état hypominéralisé[146].

À l'âge de 5 ans, selon Horowitz, sauf pour la 3ÈME molaire, la plupart des dents permanentes sont minéralisées. Quand elles le sont complètement, l'ingestion excessive de fluorures ne les affecte plus, pas plus qu'une fluorose ne pourra être amoindrie par une diminution de l'ingestion de fluorures. Il a aussi noté qu'il y a moins de fluorose sur les dents primaires

---

144 HOROWITZ, H.S., «Fluoride and Enamel Defects», Adv. Dent. Res., September 1989, 3 (2): 143-146.

145 MANSSON, B.A., WHITFORD, G.M., «Environmental and Physiological Factors Affecting Dental Fluorosis», Journal Dent. Res., February 1990, 60 (Special Issue): 706-713.

146 EVANS R.W., STAMM, J.W., «An Epidemiologic Estimate of the Critical Period During which Human Maxillary Central Incisors are Most Susceptible to Fluorosis», Journal Public Health Dent., 1991, 51 (4): 251-259.

qui se minéralisent avant la naissance, le placenta formant une barrière et la formation de l'émail étant plus courte[147].

La phase de transition et de première maturation de l'âge de 3 à 6 mois pour la plupart des dents permanentes est la période au cours de laquelle il y a le plus de risque de fluorose, affirme Pendrys[148]. Cependant, l'étude d'Evans et Stamm, en 1991, établit que pour certaines dents, le risque est minime les 18 premiers mois, mais très élevé entre le 22ème et le 26ème [149]. Pour Larsen, la période la plus critique se situe à l'âge où toutes les couronnes sont radiologiquement détectables, soit avant la minéralisation finale. Clark indique qu'avant 3 ans, les enfants bénéficient peu des suppléments de fluor, mais qu'ils peuvent être sujets à un plus grand risque de fluorose[150].

Finalement, selon l'Association dentaire canadienne: «La fluorose n'est pas un problème de santé et [...] la profession prend actuellement des mesures pour modifier ses directives et ses pratiques, de façon à tenir compte de la multiplicité des sources de fluor auxquelles on peut avoir accès». Il y a donc maintenant lieu d'exercer une surveillance quant à la quantité globale de fluorures absorbés par les enfants. Les fluorures sont accessibles sous plusieurs formes, tant systémiques que topiques. C'est pourquoi plusieurs recommandations ont été faites récemment à ce propos. Ces dernières sont présentées brièvement au prochain chapitre.

---

147 HOROWITZ, H.S., «Indexes for Measuring Dental Fluorosis», Journal Public Health Dent., Fall 1986, 46 (4): 179-183.

148 PENDRY, D.G., «Dental Fluorosis...», op. cit.

149 EVANS,R.W., STAMM,J.W., «An Epidemiologic Estimate...», op. cit.

150 CLARK, D.C., «Appropriate Use...», op. cit.

CONCLUSION

Depuis l'instauration du programme de services dentaires s'adressant aux enfants, de nouveaux traitements sont apparus alors que les malocclusions sont toujours un problème pour une partie de la population et que l'on fait de plus en plus état de la fluorose.

Les traitements dentaires les plus souvent relevés dans la littérature, et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie, sont la restauration préventive en résine composite et le scellement des puits et sillons. En fait, il s'agit de deux mesures de prévention, qui ont en commun de conserver la structure saine de la dent. Ces mesures s'inscrivent dans l'approche maintenant courante de la dentisterie, axée davantage sur la prévention que sur la restauration. Une telle approche, qui favorise également l'usage de moyens de prévention comme les fluorures et de bonnes habitudes d'hygiène buccale, est la voie à suivre pour une amélioration de la santé dentaire des enfants. Des recommandations reliées à ces traitements seront formulées à la fin de la présente étude.

Par ailleurs, la fluorose est apparue avec l'usage de plus en plus répandu des fluorures sous plusieurs formes. Leur emploi a contribué à la forte diminution des caries sur les surfaces lisses des dents. Il y a cependant lieu de revoir les normes relatives à l'usage des fluorores afin d'éviter que la fluorose ne devienne un problème de santé publique. Cette révision vient d'être réalisée par l'Association dentaire canadienne. Enfin, il a aussi été fait état des malocclusions, principalement de celles entraînant un handicap. Environ 5 % des enfants sont aux prises avec ce problème de santé dentaire. Une recommandation touchant ces cas est faite à la fin de cette étude.

CHAPITRE IV: DES FACTEURS QUI CONTRIBUENT À LA SANTÉ DENTAIRE

Malgré son ampleur, le programme de services dentaires conçu pour les enfants, administré par la Régie, n'est pas le seul à favoriser le développement et le maintien d'une bonne santé dentaire. D'autres facteurs, programmes et mesures ont, à des degrés divers, un rôle à jouer dans ce domaine. Il ne sera toutefois pas question de déterminer l'apport exact de chacun d'entre eux sur cette évolution. Celle-ci ne peut être le fait d'un seul facteur, mesure ou programme, car c'est l'interaction de plusieurs d'entre eux qui entraîne une bonne santé dentaire. À défaut de pouvoir isoler le poids précis de chacun dans cette évolution, nous allons tenter de décrire brièvement ceux qui apparaissent les plus importants.

Dans le présent chapitre, nous vérifierons l'atteinte de trois objectifs du programme, identifiés dans la Monographie sur les programmes de services dentaires administrés par la RAMQ et liés à l'usage de soins préventifs. Ces objectifs ne peuvent pas être atteints uniquement par la participation au programme de la Régie. D'autres programmes, mesures et facteurs associés à la prévention, et décrits ci-après, sont requis pour l'atteinte de ces objectifs.

Ces trois objectifs sont formulés ainsi:

1) utilisation régulière de fluorures topiques ou en suppléments chez 80 % des jeunes des écoles primaires et 50 % de ceux du secondaire;

2) 60 % des enfants des écoles primaires et secondaires auront des pratiques d'hygiène adéquate en 1989;

3) indice de plaque dentaire faible pour une majorité de jeunes de moins de 18 ans en 1989.

Dans la première section, un certain nombre de programmes et mesures favorisant une bonne santé dentaire sont recensés. Ces programmes et mesures sont appliqués ou utilisés au Québec à divers degrés, que l'on précisera lorsque possible. La deuxième section examine les facteurs associés aux habitudes de vie, davantage liés aux attitudes et comportements des enfants, comme le statut socio-économique et les habitudes alimentaires et d'hygiène buccale.

C'est dans cette deuxième section que sera vérifiée l'atteinte des trois objectifs.

A) LES PROGRAMMES ET MESURES LIÉS À L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DENTAIRE

Beaucoup de programmes et mesures, de même que divers facteurs, influencent ou ont influencé, particulièrement au cours des deux dernières décennies, l'évolution de la santé dentaire. Les programmes, mesures et facteurs généralement reconnus sont, selon le docteur William A. Glaser:

> «Improved nutrition, better self-care, public health programms (particularly fluoridation of the drinking water), more and better trained dental personnel, better technology, public dental services and access through third-party financing[151].»

Pour leur part, la Fédération dentaire internationale (FDI) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) retiennent les éléments suivants, dont la plupart apparaissent dans la liste du docteur Glaser:

- «l'utilisation des fluorures (eaux de consommation, dentifrices fluorés, rince-dents fluorés, gels et pâtes à prophylaxie fluorés, autres suppléments: gouttes, comprimés, etc.);
- la modification de la consommation de sucres et les changements dans la diète;
- les programmes publics d'éducation et d'intervention;
- la disponibilité des services dentaires;
- l'importance de la santé dentaire dans la population;
- l'approche préventive des dentistes;
- l'utilisation accrue des antibiotiques;

---

[151] GLASER, W. A., Health Insurance in Practice..., op. cit., p. 325.

- l'augmentation de l'immunité de l'espèce[152].»

Parmi tous ces éléments, la FDI et l'OMS en ont dégagé quelques-uns associés à la baisse de la prévalence de la carie dans neuf pays industrialisés. Ce sont:

- «la disponibilité accrue des fluorures, en particulier dans les eaux de consommation et dans les dentifrices;
- la disponibilité accrue des services dentaires;
- l'augmentation de l'importance de la santé dentaire pour l'individu jumelée à une plus grande utilisation des services dentaires;
- une approche de plus en plus préventive des praticiens[153].»

Peu de documentation sur la plupart de ces facteurs, programmes et mesures est disponible ou est à jour. La description de certains d'entre eux sera donc nécessairement limitée. Par ailleurs, la plupart sont déjà décrits dans d'autres chapitres de la présente étude. Dans cette première section du présent chapitre, la fluoruration sera d'abord traitée. Par la suite, l'examen du programme public de services dentaires préventifs sera effectué. Les questions des assurances privées, de la disponibilité des services dentaires, de l'approche préventive des dentistes, d'un personnel dentaire plus nombreux et mieux formé ainsi que l'utilisation accrue des antibiotiques et l'augmentation de l'immunité de l'espèce seront brièvement traitées dans la troisième partie de cette section. Les autres éléments cités par le docteur Glaser ainsi que par la FDI et l'OMS et liés aux attitudes et comportements seront abordés la prochaine section de ce chapitre.

---

152 FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, «Changing Patterns of Oral Health and Implications for Oral Health Manpower: Part 1», International Dental Journal, (1985), 35, p. 235-251.

153 Idem, p. 90.

1) La fluoruration

La fluoruration est une mesure de prévention qui est actuellement identifiée, par la majorité de la communauté scientifique, comme étant la mesure la plus efficace pour réduire les caries dentaires. Plus particulièrement, la fluoruration de l'eau potable est reconnue comme étant la mesure pouvant joindre le plus facilement l'ensemble de la population et ce, de façon très économique:

> «Dans la littérature scientifique, il y a un énorme consensus que la mesure la plus efficace pour réduire la carie dentaire est la fluoration[154] de l'eau potable. La fluoration de l'eau potable à un taux optimal est la mesure qui fournit un supplément de fluorures à la plus grande partie de la population et de façon la plus économique [...]. Comme mesure préventive, la fluoration de l'eau de consommation peut réduire l'incidence de la carie d'environ 50 %. Aux États-Unis, où la fluoration est fort répandue, près de la moitié des écoliers de moins de 16 ans n'ont jamais vécu une seule carie dentaire[155].»

---

[154] À propos des termes fluoration et fluoruration, le ministère de la Santé et des Services sociaux dans un document intitulé :La fluoration, qu'est-ce que c'est? datant de 1987, indique: «On trouve dans les textes les deux formes. Les chimistes et les scientifiques en général trouvent plus juste et préfèrent employer fluoruration, parce que ce qu'on ajoute à l'eau, ce n'est pas du FLUOR (sous forme d'élément chimique), mais du FLUORURE (par exemple du fluorure de sodium, qui est composé des éléments fluor et sodium). Toutefois, dans les publications en langue française, notamment celles de l'Organisation mondiale de la santé, on emploie le plus souvent fluoration, qui est un peu moins exact du point de vue scientifique, mais plus court et plus facile à prononcer.»

[155] OSTERMAN, J. et VALLÉE, J.-G., Mieux vaut prévenir que guérir, DSC de l'Hôpital général du Lakeshore, octobre 1992, p. 7.

Les effets bénéfiques qui découlent de la fluoruration sont expliqués ainsi par l'OMS:

- «en s'incorporant à l'émail au cours du développement dentaire, le fluor en rend la structure cristalline plus résistante à l'action des acides;
- la présence de fluor dans le milieu bucco-dentaire entraîne une moindre métabolisation des sucres par les bactéries, ce qui à son tour diminue la production d'acide et le développement de la plaque;
- par sa présence dans l'émail et dans la plaque, le fluor favorise «la réparation» de la lésion carieuse débutante par reprécipitation des cristaux de l'émail: c'est le processus communément désigné sous le nom de «reminéralisation[156].»

Par ailleurs, il faut mentionner le débat qui a cours actuellement dans quelques provinces canadiennes, dont l'Ontario et la Colombie-Britannique, à propos de la fluoruration de l'eau de consommation. Ce débat est principalement mené par les écologistes qui s'interrogent quant à l'impact de l'eau fluorurée sur l'écosystème. Outre l'eau, plusieurs produits peuvent être fluorurés. Ils doivent être appliqués de manière topique, c'est-à-dire directement sur la dent par l'utilisation d'un dentifrice, d'un gel, d'un vernis ou d'un rince-bouche fluoruré. Les fluorures peuvent aussi être utilisés de manière systémique en étant incorporés à l'eau de consommation ou encore, par exemple, dans des suppléments ou dans du sel fluoruré.

Actuellement au Québec, environ 90 % des dentifrices disponibles sur le marché sont fluorurés. Depuis de nombreuses années, les fabricants de dentifrices axent leur publicité sur cette caractéristique du produit. Il faut cependant mentionner à ce propos une mauvaise utilisation de ces dentifrices, surtout parmi les tout jeunes:

---

[156] OMS, Méthodes et programmes de prévention des affections bucco-dentaires, 1984, p. 12.

> «la recherche actuelle indique qu'à trois ans, les enfants avalent en moyenne environ 30 % de la crème dentifrice dont ils se servent et que cette quantité baisse jusqu'à ce qu'ils soient d'âge scolaire[157].»

Lors du récent colloque national sur l'utilisation du fluor, tenu en octobre 1992, des recommandations ont été faites sur la question de la fluoruration afin d'éviter une prévalence accrue de la fluorose, décrite au chapitre précédent. Ces recommandations seront sommairement présentées un peu plus loin dans cette section.

Par ailleurs, l'application topique de fluorures était un service assuré jusqu'en mai 1992 par la Régie pour les jeunes de 12 à 15 ans. Cette application consiste en la pose de vernis ou de gel et est recommandée aux enfants suivants:

> «Au cours des ans, ces traitements effectués par des professionnels ont permis de réduire considérablement les problèmes de carie chez les enfants habitant des régions où il n'existe pas de programme de fluoration de l'eau. Cependant, même les enfants qui boivent de l'eau fluorée auraient intérêt à recevoir de telles applications s'ils sont sujets aux caries et à d'autres problèmes dentaires[158].»

La dernière enquête santé dentaire apporte les recommandations suivantes au sujet de la fluoruration de l'eau potable, en faisant plus particulièrement référence aux enfants plus vulnérables à la carie:

---

[157] ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE, L'utilisation du fluor. À l'intention du personnel, octobre 1992, p. 2.

[158] HIRSHORN, Susan, «La santé dentaire des jeunes», op. cit., p. 39.

> «L'ampleur de cette attaque carieuse [...] justifie la recommandation d'universaliser, auprès des enfants vulnérables et des familles à risque de tous les CLSC du Québec, l'utilisation des mesures préventives les plus efficaces sur les faces lisses des dents: la prise de fluorures systémiques (eaux de consommation des villes ou des écoles, ou prise de suppléments de fluorures); l'utilisation des fluorures topiques (gel, vernis, dentifrice ou rince-dents); l'éducation sanitaire individualisée[159].»

C'est aussi une des recommandations de la Table de concertation sur la santé dentaire mise sur pied par la Ville de Montréal en 1991, recommandation qui n'a d'ailleurs pas été mise en application:

> «Afin de rejoindre les enfants vulnérables à la carie, la mesure préventive la plus efficace est la fluoration de l'eau. L'utilisation des fluorures topiques (gel, vernis, dentifrices ou rince-dents) et l'éducation sanitaire individualisée constituent des mesures préventives complémentaires très efficaces[160].»

Préoccupé par les effets «auréolaires» de la fluoruration, le Colloque national sur l'utilisation du fluor, auquel l'Association dentaire canadienne a participé activement, a examiné ces effets. Ceux-ci proviennent du fait que la population est de plus en plus soumise à plusieurs sources de fluorures. Il devient alors difficile de connaître avec

---

[159] PAYETTE, M., BRODEUR, J.M. et al., op. cit., p. 49.

[160] OSTERMAN, J. et VALLÉE,J.-G., op. cit., p. 13.

exactitude la quantité de fluorures consommés par un individu:

> «On reconnaît en principe que les concentrations de fluor qu'on trouve dans les produits utilisés et les schémas posologiques, et qui avaient été établis lors de l'introduction de la fluoration, peuvent ne plus convenir, maintenant que la population est exposée à plus d'une source de fluor[161].»

Les recommandations issues du Colloque tenaient donc compte de «l'apport global de fluor que les gens pourraient absorber» et ce, afin d'éviter la prévalence de la fluorose qui «pourrait causer des problèmes esthétiques pour l'avenir mais qui ne présente en aucune façon de problèmes graves pour le moment.» Les recommandations émises concernent la fluoruration de l'eau, les suppléments fluorurés, les dentifrices fluorurés, l'application topique de fluorures par les professionnels (solutions, gels et vernis), les rince-bouche fluorurés et l'auto-application des gels fluorurés. Ces recommandations révisent, entre autres, les normes de concentration minimale, optimale et maximale de fluorures dans l'eau et les produits qui en contiennent, proposent que le contenu en fluorures des produits en vente soit indiqué sur l'étiquette et définissent les clientèles devant utiliser ces divers produits.

L'Association des dentistes spécialistes pour enfants du Québec a pour sa part récemment adopté une politique qui favorise l'usage des fluorures à des doses précises et adaptées aux besoins spécifiques de chaque enfant[162].

---

[161] ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE, L'utilisation du fluor..., op. cit.

[162] ASSOCIATION DES DENTISTES SPÉCIALISTES POUR ENFANTS DU QUÉBEC, Politique de L'Association concernant les fluorures, novembre 1992, 2 pages.

Enfin, mentionnons que beaucoup de résistance a empêché, jusqu'à aujourd'hui, d'étendre cette mesure de prévention à la majorité de la population. En 1975, une loi[163] accordant deux ans aux municipalités québécoises pour fluorurer leur eau de consommation a été votée. Cependant, un moratoire en 1977, a empêché sa mise en application. En effet, à l'époque, le maire Jean Drapeau s'était opposé à cette mesure, invoquant l'atteinte aux libertés civiles. Encore maintenant, une certaine hésitation persiste face à cette mesure malgré les nombreuses études ayant démontré l'absence de risque pour la santé:

> «Après avoir scruté de nombreuses études durant un an, le ministère américain de la Santé et des Services à la personne (Department of Health and Human Services) a affirmé, dans un communiqué émis en février 1991, n'avoir trouvé aucune preuve permettant d'établir un lien entre le fluor et le cancer chez l'être humain[164].»

L'implantation d'une telle mesure apparaît cependant encore problématique. On songe par exemple ici à la Ville de Montréal. Malgré les recommandations de 1991 de la Table de concertation sur la santé dentaire, elle n'a pas encore entrepris de fluorurer son eau de consommation. Pour sa part, il y a quelques années la population du Québec semblait ouverte à cette mesure. C'est du moins ce que permettent de supposer les résultats d'un sondage datant de 1986. Dans ce dernier, 52 % de la population s'était déclarée favorable à la fluoruration, 28 % s'y opposait et 20 % était indécise. Par ailleurs, 50 % des personnes interrogées croyaient que l'eau de leur municipalité était

---

[163] Il s'agit de la Loi sur la protection de la santé publique: LQ 1975, C-3.

[164] HIRSHORN, Susan, «La santé dentaire des jeunes...» op. cit., p. 38.

fluorurée[165]. À ce propos, mentionnons qu'en 1993, selon les plus récentes données du ministère de la Santé et des Services sociaux, 46 municipalités québécoises disposent de l'eau de consommation fluorurée. Cette mesure touche 576 938 personnes, soit 8 % de la population québécoise.

À défaut de disposer d'eau potable fluorurée pour l'ensemble de la population, certains auteurs recommandent d'installer un système de fluoruration dans les écoles afin qu'au moins les enfants puissent bénéficier de cette mesure. Les doses d'eau fluorurée ingérées sont cependant parfois insuffisantes. Enfin, faute d'eau fluorurée, certains pays, comme la France, proposent aux consommateurs du sel de table fluorurée. Cette mesure s'adresse cependant surtout aux pays en voie de développement et présente plusieurs désavantages:

> «Entre autre désavantages de cette formule, il faut noter que la consommation de sel est assez faible pendant les années de la première enfance, qui sont cependant celles de la formation des dents. D'autre part, comme la fluoration naturelle des eaux de boisson varie beaucoup d'un endroit à l'autre, l'emploi d'un sel à teneur en fluorure invariable pourrait poser des problèmes. De plus, comme on soupçonne le sel de favoriser l'hypertension, les services médicaux se sont mis à recommander à la population d'en consommer moins[166].»

---

[165] Ces données sont tirées de: CHAPDELAINE Benoît, «Les remous du fluorure», Québec Science, juillet-août 1987, vol.25, no 1, p. 43 à 46.

[166] MSSS, La fluoration..., op. cit., p. 17.

2. Le programme public de services dentaires préventifs

Ce programme semble exister depuis le début des années 60[167]. Il a toutefois pris une plus grande ampleur en 1982, au moment où les services préventifs du programme de services dentaires administré par la Régie ont été désassurés pour les enfants de moins de 12 ans:

> «Le secteur public (CH-DSC et CLSC) assume maintenant seul la responsabilité de fournir à ces enfants des services préventifs gratuits. À cette fin, le ministère des Affaires sociales a jugé nécessaire d'élargir considérablement le programme de prévention déjà en vigueur dans le réseau de santé communautaire, ce qui améliorera l'accessibilité aux services[168].»

Dans le guide de programmation des services dentaires pour les enfants, datant de juillet 1982, le but, les objectifs et les interventions d'un programme de santé dentaire public ont été définis. Les objectifs généraux, spécifiques et opérationnels sont énumérés ici brièvement. Ils visent, entre autres, une diminution du nombre de caries non traitées et du nombre de pertes de dents permanentes, d'incidence de la carie, de prévalence de la gingivite et de dommages au parodonte. Que les enfants aient un faible indice de plaque dentaire et des connaissances nécessaires au maintien de la santé dentaire font aussi partie des objectifs. Ceux-ci s'adressent aux enfants d'âge scolaire, principalement ceux de l'ordre du primaire et ceux du préscolaire.

---

[167] Aucun document traçant l'historique de ce programme n'a été trouvé. Il n'est donc pas possible de fournir une date précise.

[168] LAFONTAINE, B., Guide de programmation. Services dentaires préventifs pour les enfants, ministère des Affaires sociales, juillet 1982, p. 1.

Les interventions recommandées dans ce programme tiennent compte du caractère multifactoriel des maladies dentaires. Certaines visent directement les enfants, d'autres l'environnement. Ces dernières touchent la fluoruration de l'eau de consommation dans les municipalités et la fluoruration de l'eau de consommation dans les écoles. Les interventions s'adressant aux enfants ont trait aux mesures éducatives, au dépistage, permettant de repérer les enfants ayant besoin de soins dentaires, à l'orientation vers un cabinet dentaire et à un suivi auprès de ces enfants, à l'utilisation d'un rince-bouche fluoruré et à l'utilisation de suppléments de fluorures. Enfin, ce guide précise l'importance d'accorder plus d'attention à la clientèle à haut risque en lui proposant des activités supplémentaires dont la restauration, l'application topique de fluorures et le scellement des puits et sillons.

Ce programme comptait,en 1981, 125 hygiénistes dentaires oeuvrant en CLSC. En 1982, l'embauche de 175 hygiénistes supplémentaires avec un budget de 2,5 millions de dollars était prévu. Ce programme ne semble cependant pas avoir fonctionné avec tout le personnel requis. Ainsi, au début de 1991, il a été estimé qu'il manquait une centaine de postes pour l'application de ce programme[169]. À ce propos, il est mentionné dans la récente politique de la santé et du bien-être:

> «Dans plusieurs territoires de CLSC, le programme public de services dentaires préventif n'est pas appliqué, ou ne l'est que partiellement, en l'absence d'un nombre suffisant d'hygiénistes dentaires[170].»

Une des raisons qui pourraient expliquer cette insuffisance de ressources et l'application partielle du programme public est la structure administrative des DSC et des CLSC, du

---

[169] Ces données sont issues de la Politique de santé et de bien-être. Santé dentaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990. Document non publié.

[170] MSSS, La politique de la santé et du bien-être, 1992, p. 104.

moins avant la création, en avril 1993, des directions régionales de la santé publique. En effet, ce sont les dentistes en santé communautaire, oeuvrant en DSC, qui élaborent le programme de prévention, alors que ce sont les hygiénistes dentaires, travaillant en CLSC, qui l'appliquent. Or:

> «Les priorités de santé dentaire et les éléments de programmation sélectionnés au niveau du DSC, ne sont pas toujours retenus par les CLSC, lesquels ont une juridiction administrative sur les intervenants dentaires et le budget d'opération alloué à leurs interventions[171].»

Par ailleurs, le budget alloué aux CLSC pour l'embauche d'hygiénistes est parfois utilisé pour combler des besoins jugés plus urgents par les CLSC:

> «Le budget de santé dentaire préventive n'est pas protégé dans les DSC et les CLSC, c'est pourquoi il n'est pas surprenant qu'on observe souvent la réallocation, par certains organismes, d'une partie des budgets de santé dentaire préventive vers d'autres fins[172].»

Ce programme a été révisé au début des années 1990 afin de toucher davantage les enfants les plus vulnérables à la carie puisque:

> «Les méthodes traditionnelles de la santé communautaire, fondées principalement sur des mesures préventives collectives, produisent des inégalités et semblent de

---

[171] ASSOCIATION DES DENTISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, février 1986, p. 20.

[172] Idem, p. 27.

> moins en moins adaptées à la solution de certains problèmes [...] dans un groupe, c'est un petit nombre d'enfants qui est porteur de la plus grande partie de la carie[173].»

Le nouveau programme vise donc les enfants suivants:

> «À la différence du programme en cours, qui s'est adressé de façon uniforme à l'ensemble des enfants parce que la majorité d'entre eux avaient des besoins, la nouvelle orientation s'adresse en priorité aux enfants dits à risque, moins nombreux mais plus vulnérables que la moyenne quant à leur santé bucco-dentaire [...] le programme prévoit que 70 % du temps sera consacré aux enfants à risque et 30 % aux autres groupes[174].»

Cette idée a été retenue dans la nouvelle politique de la santé et du bien-être parmi les voies d'action prioritaires pour améliorer la santé dentaire:

> «Consolider les services dentaires préventifs et les activités éducatives dans les territoires de CLSC socio-économiquement défavorisés et chez les autochtones du Nord[175]. Augmenter les ressources afin que les enfants à risque puissent profiter

---

[173] LAVALLÉE, A., Orientation et stratégie d'intervention du programme de santé dentaire, 1989-1990, DSC du Haut-Richelieu, mai 1989, p. 3.

[174] COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE, op.cit., p. 3.

[175] Nous ne traitons pas de la santé dentaire des autochtones du Nord dans la présente étude. Cette dernière est basée sur la dispensation et la consommation de services dentaires rémunérés à l'acte. Or, la majorité des services offerts à ces autochtones relèvent de la rémunération à salaire et à la vacation.

pleinement des mesures préventives et curatives nécessaires[176].»

Dans le cadre de ce programme public de prévention, il faut faire aussi état de la mesure d'application topique de fluorures, administrée dans de nombreuses écoles depuis plusieurs années. Cette mesure a fait l'objet d'une évaluation échelonnée sur deux années. Cette évaluation a examiné les effets sur l'incidence de la carie d'un groupe d'enfants recevant du rince-bouche fluoruré chaque semaine et d'un groupe d'enfants recevant deux applications topiques par année d'un gel de fluorures. Ces interventions eurent lieu en milieu scolaire, avec la présence d'un groupe contrôle recevant un placebo. Il a été démontré que l'efficacité de l'application topique de fluorures varie selon les enfants considérés. Ceux à risque modéré ont obtenu une diminution de l'incidence de la carie de 33 %. Par ailleurs, aucune amélioration due à cette mesure n'a été constatée chez les enfants à risque plus élevé. Selon les auteurs de cette étude évaluative:

> «Chez les sujets à risque plus élevé, dont le ceof[177] initial excède 14 faces, ni l'un ni l'autre des deux agents n'a permis une épargne de carie. Une hypothèse a été formulée à l'effet que chez ces sujets certains facteurs entraveraient le rendement des fluorures topiques. Il est donc suggéré que des programmes préventifs plus globaux leur soient destinés [...]. De tels programmes pourraient prévoir, par exemple, outre l'application de fluorures topiques, une composante d'éducation sanitaire bien

---

[176] MSSS, La politique de la santé..., op. cit., p. 105

[177] ceof = indice des faces(f) des dents primaires cariées(c), absentes(e) et obturées(o).

> adaptée et la mise en place de scellants de puits et fissures[178].»

Toujours dans les écoles, outre le programme d'application topique de fluorures et le dépistage d'enfants plus vulnérables à la carie, il faut préciser qu'au moins une autre activité a lieu. Il s'agit du programme de formation personnelle et sociale, obligatoire dans les écoles depuis plusieurs années. Un volet de ce programme traite de la santé, dont la santé dentaire. Cependant, très peu de temps est consacré annuellement à ce volet qui est souvent présenté par l'enseignant. Or:

> «cette responsabilité est assumée par l'enseignant qui dédie 55 minutes par année à la santé en général dont la santé dentaire fait partie. Cette tâche de l'enseignant est souvent inadéquate en santé dentaire car il y est mal préparé et a peu de support technique pour l'aider[179].»

Pour terminer, mentionnons que malgré les lacunes relevées dont le nombre insuffisant d'hygiénistes, et malgré l'absence d'une évaluation formelle, le programme public de prévention est perçu très positivement. On lui attribue un rôle important (ainsi qu'au programme administré par la Régie) dans l'amélioration de la santé dentaire des enfants:

> «La gratuité des soins curatifs pour les enfants, instaurée en 1974 par l'État puis étendue progressivement à une plus large tranche de la population de nos jeunes,

---

178 BRODEUR, J.-M., SIMARD, P.-L., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., Évaluation de l'application topique de fluorures en tant que mesure préventive en santé communautaire, septembre 1989, pages vi et 21.

179 VINCENT, J.-R., «La non-utilisation des services dentaires assurés chez les écoliers du primaire susceptibles à la carie et provenant d'un milieu urbain défavorisé», Journal de la santé dentaire communautaire du Québec, vol.3, no 3, été 1990, p. 7.

associée à des programmes intensifs de «dépistage, relance et suivi» réalisés par les intervenants du secteur public, a produit une hausse spectaculaire du niveau de traitement de la carie et une forte diminution du besoin de traitements et de la mortalité dentaire[180].»

3) Les autres facteurs, mesures et programmes

Les autres facteurs, mesures et programmes pouvant influencer l'évolution de la santé dentaire et évoqués par le docteur Glaser et la Fédération dentaire internationale sont les suivants:

- les assurances privées;
- la disponibilité des services dentaires;
- l'approche préventive des dentistes;
- un personnel dentaire plus nombreux et mieux formé;
- l'utilisation accrue des antibiotiques;
- l'augmentation de l'immunité de l'espèce.

Certains de ces éléments sont déjà abordés dans l'un ou l'autre chapitre de la présente étude: la disponibilité des services dentaires au premier chapitre, l'approche préventive des dentistes, un personnel dentaire plus nombreux et mieux formé, l'utilisation accrue des antibiotiques et les assurances privées au cinquième chapitre. C'est pourquoi ils ne seront pas décrits à nouveau, si ce n'est pour apporter une information supplémentaire qui pourrait ajouter à leur compréhension.

Ainsi, ce n'est pas la majorité des personnes du Québec qui disposent d'un régime d'assurance dentaire privé, même si on en compte plus maintenant qu'il y a une dizaine d'années. En effet, en 1980, 1695 contrats couvraient 720 000 personnes (425 personnes par contrat) alors qu'en 1990, on

---

[180] PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., p. 41.

dénombrait 7463 contrats pour 1,3 million de personnes (175 personnes par contrat)[181]. Au Canada, ce sont plus de 7 millions de personnes qui étaient assurées en 1990. Le Québec comptait, en 1981, 16 % d'assurés parmi les personnes employées. En Ontario, ce taux était de 42,9 %, en Colombie-Britannique, de 44,2 % et en Alberta, de 35,9 %. Seules l'Île-du-Prince-Édouard et la Nouvelle-Écosse présentaient des taux de participation à ce régime inférieur à celui du Québec, soit respectivement 7,2 % et 13,9 %[182]. C'est que les personnes travaillant dans les grandes entreprises ont plus de chance d'avoir accès à ce type d'assurance que celles qui font partie du personnel de petites entreprises. À cet égard, la structure industrielle du Québec est probablement moins favorable que celle de l'Ontario, par exemple, pour l'extension de ce type d'assurance à une large proportion de la population. De plus, il n'existe pas en Ontario de régime universel de services dentaires pour les enfants, ce qui peut constituer une incitation à se procurer une assurance dentaire privée.

Par rapport à l'utilisation des antibiotiques, soulignons que certaines études l'ont mise en relation avec la diminution de la carie:

> «An inverse relationship between caries experience and antibiotics usage has recently been reported [...] antibiotics may play an indirect but important role in reducing levels of dental infection on a population basis. However, there is no way of measuring, retrospectively, this potential factor[183].»

---

[181] Ces données sont tirées de: «Les régimes privés d'assurance-maladie au Canada et au Québec», Journal dentaire du Québec, XXV: 682, 1988; XXVIII: 538, 1991.

[182] Ces données sont issues de: SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Les régimes d'assurance dentaire au Canada: historique, situation présente et orientations futures, 1986, p. 109.

[183] FDI et OMS, «Changing Patterns of Oral Health...», op. cit., p. 244.

Finalement, bien qu'il s'agisse certainement d'un facteur contributif marginal, la FDI et l'OMS font état de l'augmentation de l'immunité de l'espèce. Deux chercheurs ont avancé cette hypothèse même si les preuves scientifiques à ce sujet ne sont pas encore réunies:

> «Two workers have also referred to the possibility that man is adapting to the pathogens involved in dental caries and that perhaps we are witnessing the phenomenon of herd immunity[184].»

Enfin, les dentistes en cabinet privé emploient des personnes ayant une formation de base, dont de plus en plus d'hygiénistes dentaires. Cette formation technique peut s'acquérir depuis le début des années 70 dans quelques cégeps. Les dentistes ont également développé une approche plus préventive au cours des deux dernières décennies:

> "La productivité du dentiste tient dans une certaine mesure à la composition de son équipe et, à ce propos, le nombre d'hygiénistes dentaires qui en font partie serait significatif [...]. En 1977, Dussault attribuait à chaque dentiste du Québec l'emploi de 1,92 auxiliaire; en 1986, l'ACDQ trouve 2,2. Environ 25 % des dentistes en 1986 songeraient à augmenter le nombre de personnes dans leur équipe [...]. L'orientation de la pratique vers la prévention et le désir de conserver et d'augmenter la clientèle encouragent le dentiste à maintenir de fréquents contacts avec sa clientèle[185].»

---

[184] Idem, p. 244.

[185] ODQ, Les effectifs dentaires au Québec, 1987, pages 159 et 160.

Aucune des études consultées ne précise l'apport de chacun de ces éléments sur l'évolution de la santé dentaire. Nul doute qu'ils ont un rôle à jouer. Mais, comme le mentionne le docteur Glaser:

> «Dental health has steadily improved in all developed countries [...]. But it is impossible to weight the many causes since they have operated simultaneously[186].»

B) LES FACTEURS LIÉS AUX ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ENFANTS

Cette section examine un certain nombre de facteurs associés à la santé dentaire et davantage liés aux attitudes et comportements des enfants face à la santé dentaire. Nous traiterons d'abord du statut socio-économique. Il sera ensuite question des habitudes alimentaires, de l'importance accordée à la santé dentaire et des habitudes d'hygiène dentaire. Ces trois éléments sont englobés sous le thème des habitudes de vie.

1) Le statut socio-économique

Le statut socio-économique constitue un important déterminant de la santé dentaire des enfants. Ainsi, malgré la gratuité des services dentaires, tous les enfants admissibles au programme administré par la Régie n'utilisent pas également ces services. Comme il a été vu aux premier et deuxième chapitres, le taux de participation à ce programme varie selon le groupe considéré. En effet, il est de 62,2 % pour l'ensemble des enfants alors qu'il chute à 42,6 % pour les enfants psr. Il a également été constaté, à partir des deux dernières enquêtes santé dentaire, qu'environ les trois quarts des caries se retrouvent parmi environ le quart des enfants. Or, la majorité de ces

---

[186] GLASER,W.A., Health Insurance in Practice..., op. cit., p. 325.

derniers proviennent d'un milieu socio-économique défavorisé.

Dans les années 80, la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a réfléchi sur les différents écarts dans l'état de santé qui persistent entre divers groupes de la population. Elle a constaté que les personnes de milieu socio-économiquement faible sont en général en moins bonne santé que les personnes de milieu plus favorisé, qu'ils ont une attitude plus fataliste vis-à-vis de la maladie et qu'ils ont tendance à adopter moins souvent des comportements préventifs:

> «En général les milieux socio-économiquement faibles cumulent un maximum de risques. L'adoption de comportements préventifs (port de la ceinture de sécurité, dépistage précoce, etc.) dépend beaucoup de la perception que les gens ont de leur vulnérabilité à certaines maladies, de la gravité de ces dernières et de leur potentiel personnel devant la maladie. Davantage imprégnés d'un sentiment d'impuissance et de fatalisme, les groupes à faible revenu adhèrent moins que les autres aux comportements préventifs[187].»

Une analyse effectuée en 1984 par le Comité d'étude sur la promotion de la santé en était arrivée aux mêmes constats:

> «Certains milieux sont en effet des concentrateurs de risques. On y retrouve par exemple un niveau d'instruction et de ressources peu élevés [...]. Un tel contexte se traduit souvent par des attitudes plus fatalistes que préventives,

---

[187] COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon), Rapport, 1988, p. 72.

> et par le développement d'habitudes de vie nuisibles à la santé[188].»

Il subsiste donc une inégalité au niveau de la santé dentaire des enfants. Les plus démunis rendent généralement moins souvent visite au dentiste et ont plus de caries que les enfants de milieu plus favorisé. Lorsqu'ils rendent visite au dentiste, c'est souvent pour obtenir des services curatifs et non seulement pour un examen ou des services préventifs. La récente politique de la santé et du bien-être de même que la révision du programme public de services dentaires préventifs axent d'ailleurs leurs voies d'action ou leurs objectifs vers les enfants les plus vulnérables à la carie, comme on l'a vu un peu plus tôt.

Les solutions envisagées pour enrayer ce phénomène d'inégalité face à la santé, dont la santé dentaire des enfants, dépassent le cadre du système de soins:

> «Les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité de l'environnement social et, de façon générale, à un accroissement de la prospérité [...] nous savons que beaucoup de risques ne sont pas le fruit du hasard; ils se retrouvent invariablement dans certaines couches sociales, au sein de groupes spécifiques. En définitive, tous les indices nous commandent aujourd'hui de déborder le cadre strict du système de services et de considérer les mesures sociales qui peuvent affecter la santé et le bien-être[189].»

---

188 COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, Rapport, 1984, p. 116.

189 MSSS, La politique de la santé..., op. cit., p. 185.

2) Les habitudes de vie

Parmi les habitudes de vie pouvant influencer la santé dentaire, il y a les habitudes alimentaires, l'importance accordée à la santé dentaire et les habitudes d'hygiène dentaire. Ces habitudes de vie, comme nous venons de le voir plus haut, varient selon le statut socio-économique. Ainsi, les personnes d'un milieu socio-économique défavorisé ont généralement de moins bonnes habitudes de vie que les personnes de milieu plus favorisé.

Comme il est indiqué dans la récente politique de la santé et du bien-être: «La carie est étroitement liée aux habitudes alimentaires, particulièrement la consommation excessive de sucre[190].» Au Québec, il s'en consomme beaucoup, soit 40 kg par personne annuellement[191]. Or, selon l'OMS:

> «De façon générale, on observe que lorsque la consommation d'un pays en sucre est inférieure à 10 kg par habitant et par an, soit 30 g par jour, les enfants ont moins de caries; en revanche, à partir de 15 kg le nombre de caries augmente en flèche[192].»

Une amélioration dans les habitudes alimentaires de la population québécoise a cependant été relevée au cours des récentes années. Des progrès sont toutefois encore absolument nécessaires particulièrement chez les hommes adultes et chez les enfants:

> «Globalement, on peut affirmer que les Québécois consomment trop peu de lait et de

---

[190] MSSS, La politique de la santé..., op. cit., p. 104.

[191] Cette donnée provient du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation: Consommation alimentaire estimée par personne au Québec, juin 1990.

[192] OMS, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques, 1990, p. 89.

> produits laitiers, mangent trop gras, consomment trop de sucre et de produits sucrés [...]. Plusieurs études menées au Québec concluent de plus que les hommes adultes ont les habitudes alimentaires les plus néfastes [...]. Les jeunes constitueraient le deuxième groupe cible[193].»

Beaucoup de sucre se retrouve dans des produits usinés, soit environ les deux tiers des 40 kg de sucre consommé par personne annuellement. À ce propos, certains pays encouragent les fabricants à remplacer le sucre par des édulcorants, moins cariogènes, dans leurs produits et à en faire la publicité. Certains autres réglementent la question en faveur du consommateur:

> «En Suisse, pays qui a une politique de santé publique bucco-dentaire, les fabricants sont autorisés à faire figurer sur leurs produits la mention «Ménage les dents» s'il ressort d'épreuves de laboratoire que ces produits n'abaissent pas le pH de la plaque interdentaire au-dessous de 5,7 pendant une période allant jusqu'à 30 minutes après l'ingestion. Ces produits sont généralement édulcorés [...]. Dans beaucoup de pays, les lois et règlements qui contrôlent la production, l'importation, l'étiquetage, la publicité et la promotion des ventes de certaines denrées alimentaires tendent à rendre les sucreries moins accessibles et aident les consommateurs à choisir en connaissance de cause[194].»

---

[193] COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Rapport, p. 72.

[194] OMS, Méthodes et programmes..., op. cit., p. 21 et 22.

Au Québec, en 1984 le projet de politique de santé dentaire, demeuré à l'état de projet, recommandait au sujet des aliments cariogènes:

> «Les établissements et entreprises publics peuvent contribuer à diminuer la consommation de sucre en instaurant ou renforçant certaines mesures simples. Ainsi on devrait retrouver dans:
>
> - les écoles primaires: des mesures visant à supprimer la consommation de friandises;
> - les écoles secondaires: l'élimination dans les machines distributrices des aliments cariogènes ou sans valeur nutritive;
> - les hôpitaux, entreprises, cantines mobiles: l'utilisation dans les machines distributrices et les présentoirs, en regard de chaque aliment, de l'une des couleurs du code de signalisation alimentaire (vert, jaune, rouge), selon que l'aliment est jugé acceptable, discutable, ou non acceptable du point de vue nutritionnel et dentaire[195].»

L'éducation constitue aussi un moyen considéré dans la récente politique pour favoriser de bonnes habitudes alimentaires ainsi que de bonnes habitudes d'hygiène buccale:

> «Renforcer l'éducation à la bonne alimentation et à de saines habitudes d'hygiène buccale dans l'ensemble de la population[196].»

---

[195] MAS, Une politique québécoise de santé dentaire, avril 1984, p. 29.

[196] MSSS, La politique de la santé..., op. cit., p. 105.

L'importance accordée à la santé dentaire est un autre facteur en faveur de son amélioration. Au chapitre suivant, ce constat est souvent fait par les quatorze dentistes consultés et qui oeuvrent depuis plusieurs années dans ce domaine. D'ailleurs, les deux dernières décennies ont vu naître et s'accroître un intérêt pour la santé en général, intérêt ayant entraîné des modifications dans les attitudes et les comportements vis-à-vis de la santé, dont la santé dentaire fait partie intégrante:

> «Il est aussi un vent de changement [...] qui traversa notre société au cours des vingt dernières années et qui influença directement l'état de santé et le bien-être présents et futurs de la population, à savoir l'émergence d'une «culture de la santé» [...]. Celle-ci se manifeste, primo, par la connaissance plus large qu'ont maintenant les gens des dangers qui menacent leur santé, secundo, par la modification de comportements conséquente à cette sensibilisation et, tertio, par le recours plus fréquent à des formes de thérapie que n'offre pas la médecine traditionnelle [...]. Ces connaissances scientifiques se répandent lentement dans le grand public, dans les milieux plus nantis et plus instruits d'abord, dans les couches moyennes et populaires ensuite[197].»

Enfin, parmi les habitudes de vie, celle liée à une hygiène buccale adéquate constitue aussi un important facteur de l'amélioration de la santé dentaire. Trois objectifs associés à de bonnes pratiques d'hygiène avaient d'ailleurs été fixés dans le projet de politique de 1984. La dernière enquête santé dentaire permet de réaliser que ces objectifs ont été partiellement atteints.

---

[197] COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Rapport, p. 34 et 35.

Le premier objectif était d'atteindre une utilisation régulière de fluorures topiques ou en suppléments chez 80 % des enfants des écoles primaires et 50 % de ceux du secondaire. Les résultats de l'enquête ont démontré que 56 % des enfants du primaire, représentés par les élèves de deuxième année, ont consommé en 1989 des suppléments de fluorures. Il a été relevé que plus de la moitié de ces enfants prennent des suppléments de fluorures depuis au moins l'âge de deux ans, dont 22 % depuis la naissance. Le taux de prise de suppléments de fluorures baisse à 39,7 % et 25,7 % chez les enfants de l'ordre du secondaire, représentés par les élèves de 2e secondaire et de 5e secondaire. En 2e secondaire, 14 % des enfants prennent des suppléments de fluorures depuis la naissance par rapport à 10,4 % des jeunes de 5e secondaire.

Le deuxième objectif précisait que 60 % des enfants des écoles primaires et secondaires devraient avoir des pratiques d'hygiène dentaire adéquates en 1989. Cet objectif semble davantage atteint que le précédent, du moins en ce qui concerne le brossages de dents. En effet, 83 % des élèves de deuxième année et 93,5 % des élèves de 5e secondaire brossent leurs dents. Cependant, encore très peu d'entre eux utilisent la soie dentaire puisque 78,6 % des élèves de deuxième année et 65,3 % de ceux de 5e secondaire ont déclaré ne pas l'utiliser. De plus, les auteurs de l'enquête santé dentaire s'interrogent sur la qualité du brossage et de l'utilisation de la soie dentaire, n'ayant pas trouvé d'amélioration de l'indice de débris entre 1984 et 1990. Ce dernier permet de déterminer la condition d'hygiène buccale des enfants. Lorsque l'indice est de 1,5 et plus, la condition d'hygiène est jugée mauvaise. Or, respectivement 52,4 %, 36,5 %, 25,5 % et 18,7 % des élèves de 7, 11, 13 et 17 ans ont un indice de débris de 1,5 et plus. Ce sont donc les plus jeunes qui ont la moyenne d'indice de débris la plus élevée.

Enfin, le troisième objectif visait un indice de plaque dentaire faible pour une majorité de jeunes de moins de 18 ans en 1989. Lorsque la plaque dentaire se calcifie, elle se transforme en tartre. À ce propos, nous avons vu, aux

tableaux 23 et 24 du deuxième chapitre, que pour 77,6 % des écoliers et 68,2 % des élèves de 5e secondaire, aucune présence de tartre n'était signalée. Il se trouve, pour la majorité de ceux qui en ont, sur un ou deux sites. Un simple détartrage est nécessaire dans leur cas pour rétablir la situation. On peut donc conclure que ce troisième objectif est relativement atteint.

L'examen de ces trois objectifs laisse à penser que l'hygiène dentaire n'est pas encore tout à fait adéquatement pratiquée par les enfants. Comme il a été mentionné à l'examen du deuxième objectif, il serait nécessaire de renforcer l'éducation à de saines habitudes d'hygiène buccale. C'est du moins ce que la récente politique de la santé et du bien-être retient parmi ses voies d'action prioritaires pour améliorer la santé dentaire.

CONCLUSION

Plusieurs programmes, mesures et facteurs, passés en revue dans ce chapitre, participent à l'amélioration de la santé dentaire des enfants. Toutefois, des contraintes ou des lacunes sont associées à pratiquement chacun d'entre eux. La fluoruration de l'eau de consommation, par exemple, est très peu répandue au Québec bien qu'étant reconnue comme une mesure très efficace et peu coûteuse, tout en étant celle pouvant joindre massivement la population. Cette mesure passive aurait contribué, au cours des vingt dernières années, à éviter un grand nombre de restaurations et, de là, à abaisser directement les coûts du programme administré par la Régie. Encore aujourd'hui cependant, moins de 10% de la population du Québec peut bénéficier de cette mesure.

Pour sa part, le programme public de services dentaires préventifs, en vigueur depuis plus de dix ans dans le réseau des DSC et des CLSC, n'a jamais atteint sa pleine vitesse de croisière. Des problèmes touchant la coordination du programme et l'embauche d'hygiénistes dentaires ne lui permettent pas d'atteindre tous les enfants devant être dépistés et dirigés vers un cabinet dentaire pour obtenir des soins. Enfin, les habitudes de vie, comme les habitudes alimentaires et les habitudes d'hygiène buccale évoluent lentement et sont encore déficientes. Seuls des programmes soutenus d'éducation pourraient, à moyen et à long terme, améliorer cette situation.

L'examen des divers facteurs contributifs à la santé dentaire illustre bien que celle-ci ne peut être améliorée et maintenue par le seul programme administré par la Régie. Il ne peut à lui seul aborder et résoudre tous les problèmes à l'origine d'une détérioration de la santé dentaire. Cette dernière relève d'un faisceau de facteurs parmi lesquels le statut socio-économique a un rôle majeur à jouer.

Les connaissances, les attitudes et les comportements sont déterminés par le milieu dans lequel un enfant grandit. Au cours des dernières années, il a été constaté que tous les enfants ne connaissent pas le même degré d'amélioration de leur santé dentaire. Il subsiste donc une inégalité dont sont victimes les enfants de milieu défavorisé. La récente politique de la santé et du bien-être de même que les nouvelles orientations du programme public de services dentaires préventifs sont d'ailleurs axées sur cette clientèle plus vulnérable à la carie.

CHAPITRE V: LE RÔLE DU PROGRAMME SUR L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS: OPINIONS RECUEILLIES AUPRÈS DE QUATORZE DENTISTES OEUVRANT DANS CE DOMAINE

Ce chapitre rend compte de l'opinion de quatorze dentistes oeuvrant depuis plusieurs années dans l'un ou l'autre des domaines suivants: enseignement, recherche, santé communautaire et pratique privée ou en milieu hospitalier. Ces chercheurs, intervenants et dispensateurs de services dentaires proviennent pour la plupart de la région de Montréal. Ce sont les docteurs Leonardo Alberaldo, Gérald Albert, Jean-Marc Brodeur, Claude Chicoine, Jean-Paul Lussier, Martin-J. Payette, Stéphane Schwartz et Marcel P. Tenenbaum. Trois dentistes sont de la région de Québec, un de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et deux du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie. Ce sont respectivement les docteurs Gaston Bernier, Jacques Dufour, Roland Vallée, Michel Marchand, Ronald Castilloux et Raymond Lavallée. Les entrevues ont été effectuées entre le 22 octobre et le 17 novembre 1992. Les principales fonctions ou attributions de ces dentistes sont énumérées ici.

- Dr Leonardo Alberaldo: professeur à l'Université de Montréal; pédodontiste pratiquant à l'Hôpital Ste-Justine.
- Dr Gérald Albert: doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal; pédodontiste.
- Dr Gaston Bernier: chirurgien-dentiste pratiquant à l'Hôtel-Dieu de Québec en oncologie.
- Dr Jean-Marc Brodeur: professeur titulaire à l'Université de Montréal; directeur du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS); cochercheur de l'enquête santé dentaire 1989-1990.
- Dr Ronald Castilloux: chirurgien-dentiste, chef de médecine dentaire au CLSC La Saline de Chandler.
- Dr Claude Chicoine: président-directeur général de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ).

- Dr Jacques Dufour: chirurgien-dentiste, employé, jusqu'en 1991, du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la Direction des services professionnels.
- Dr Raymond Lavallée: chirurgien-dentiste en pratique privée depuis plus de 35 années.
- Dr Jean-Paul Lussier: ex-doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal; Ph.D., chirurgien-dentiste et professeur émérite.
- Dr Michel Marchand: chirurgien-dentiste en santé communautaire au DSC de Chicoutimi.
- Dr Martin Payette: chercheur principal des deux enquêtes santé dentaire, réalisées en 1983-1984 et en 1989-1990; chirurgien-dentiste en santé communautaire au DSC de l'Hôpital St-Luc.
- Dr Stéphane Schwartz: pédodontiste pratiquant à l'Hôpital de Montréal pour enfants; enseignante à l'Université McGill.
- Dr Marcel P. Tenenbaum: président de l'Association des dentistes en santé communautaire du Québec; chirurgien-dentiste en santé communautaire au DSC de Verdun.
- Dr Roland Vallée: doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval.

Les opinions de ces experts dans le domaine de la santé dentaire ont été recueillies afin de faire le point sur l'évolution de la santé dentaire des enfants au cours des 20 dernières années et de tenter de déterminer le rôle qu'y a joué le programme administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Plus spécifiquement, les objectifs des entrevues effectuées auprès des quatorze dentistes ont été de:

1) dégager les faits saillants de l'évolution de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie au cours des vingt dernières années;

2) estimer l'apport du programme administré par la Régie de l'assurance-maladie dans l'évolution de la santé dentaire des enfants;

3) énumérer les principaux facteurs, autres que le programme de la Régie, contributifs à la santé dentaire des enfants;

4) identifier les principales améliorations pouvant être apportées au programme de services dentaires s'adressant aux enfants de moins de 10 ans.

Les commentaires recueillis au cours des quatorze entrevues constituent une source d'information privilégiée permettant de faire le point et conduisant à une réflexion sur l'évolution de la santé dentaire des enfants résidant au Québec et sur l'apport du programme de services dentaires administré par la Régie depuis 1974. Il faut rappeler que la présente étude n'est pas basée sur un devis méthodologique permettant d'évaluer avec exactitude le rôle du programme considéré ici sur l'évolution de la santé dentaire des jeunes. Par conséquent, cette étude connaît un certain nombre de limites.

En effet, le programme existant depuis de nombreuses années et s'appliquant à tous les enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec, l'établissement d'un groupe-témoin ne peut être effectué. Ainsi, il n'est pas possible d'évaluer exactement le rôle qu'a joué le programme sur l'amélioration de la santé dentaire. Cet aspect qualitatif des entrevues a toutefois été préféré à des résultats quantifiés qu'aurait pu fournir un sondage auprès d'un échantillonnage représentatif de dentistes. Ce choix a été dicté par les objectifs poursuivis, l'échéance et le budget consacré à cette évaluation et par le besoin d'approfondir certaines questions, ce qu'il n'est habituellement pas possible de faire lors de sondage postal ou téléphonique.

Les opinions recueillies constituent des témoignages privilégiés de dentistes qui ont oeuvré de très près dans ce domaine, tant en pratique privée que dans le domaine de la santé communautaire et de la recherche, la plupart depuis l'instauration du programme ou avant. Ils ont pu observer les transformations subies au Québec dans ce domaine et les propos qu'ils nous livrent permettent une réflexion approfondie de la question en mettant en perspective le rôle du programme administré par la Régie par rapport aux autres facteurs contributifs à la santé dentaire.

Les entrevues ont été effectuées autour de quatre thèmes qui correspondent aux quatre objectifs mentionnés ci-dessus:

a) l'évolution de la santé dentaire des enfants de moins de 16 ans au cours des 20 dernières années;

b) l'apport du programme administré par la Régie sur cette évolution;

c) les facteurs contributifs à l'amélioration de la santé dentaire des enfants, autres que le programme administré par la Régie;

d) les modifications et innovations à apporter pour améliorer la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec.

Dans l'exercice de synthèse qui suit, nous allons tenter de refléter le plus fidèlement possible la pensée des propos recueillis. Le style et la syntaxe relèveront souvent du langage parlé plutôt que du texte écrit. Il faut préciser que les commentaires retenus représentent l'opinion de la majorité des dentistes, et ce sera clairement précisé lorsque l'on fera état de l'avis de l'une ou de quelques personnes. De façon générale, il n'y a pas de divergences, les dentistes ont formulé des opinions semblables ou complémentaires.

A) L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS AU COURS DES 20 DERNIÈRES ANNÉES

Dans le premier thème abordé avec les dentistes, trois aspects relatifs à l'évolution de la santé dentaire des enfants furent examinés[198]: les principales transformations relevées en santé dentaire au cours des 20 dernières années, les enfants les plus vulnérables à la carie et l'état de santé dentaire des enfants du Québec comparé avec celui des jeunes voisins nord-américains.

1) Les principales transformations relevées en santé dentaire

Les dentistes ont fait état des transformations relevées au cours des 20 dernières années en ce qui touche directement la santé dentaire des enfants, l'attitude du public et la pratique des dentistes. Les principaux constats permettent de réaliser les immenses changements qu'ont subis ces trois aspects au cours des deux dernières décennies. D'ailleurs, ils interagissent les uns sur les autres.

Les dentistes ont précisé que la diminution de la carie est un phénomène qui a été mondialement observé au cours de la dernière décennie: «Ici, on a suivi à peu près la même courbe du taux d'amélioration qui s'est retrouvée dans les pays industrialisés, sauf qu'au Québec, on est parti de plus loin» (Dr Payette).

Il y a 20 ans, au Québec, le taux de carie était effarant et les extractions étaient monnaie courante au point où un nombre relativement élevé d'adolescents étaient porteurs de prothèses dentaires. Le taux de fréquentation du cabinet dentaire était très faible et les visites étaient souvent effectuées en situation d'urgence. Les dentistes avaient souvent à traiter des abcès, par exemple. Aujourd'hui la

---

198 Le guide d'entrevue est présenté à l'annexe 3.

situation est très différente puisque beaucoup d'enfants n'ont pas ou ont peu de carie.

De plus, la majorité des caries sont concentrées sur les faces avec puits et sillons et leur niveau de traitement est très élevé. Il y a donc maintenant un contrôle de la morbidité dentaire, l'extraction ayant énormément diminué. Il a été également relevé une polarisation de la carie: «Je peux dire que la grande majorité des enfants présentaient des caries et il y avait un pourcentage assez élevé de ce groupe-là qui présentait beaucoup de caries [...]. Aujourd'hui, il y a encore des enfants qui ont des caries, mais beaucoup moins et on rencontre des bouches qui sont sans carie, ce qui était assez rare il y a 20-25 ans. C'est une différence majeure dans la population enfantine» (Dr Albert).

Par contre, la carie du biberon est encore rencontrée relativement fréquemment et les cas de malocclusions deviennent plus évidents. Il y a aussi un phénomène qui a été relevé par le Dr Bernier. Il s'agit des traitements en milieu hospitalier de certains problèmes dentaires (ulcères, gingivites, etc.) rencontrés chez les enfants devant subir des greffes ou ayant un cancer ou d'autres maladies graves nécessitant de la radiothérapie ou de la chimiothérapie ou encore une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

Il y a 20 ans, les jeunes qui se rendaient chez le dentiste le faisaient bien souvent lorsqu'ils éprouvaient de la douleur. Ils s'y rendent aujourd'hui pour une simple visite préventive. La crainte du dentiste s'est ainsi grandement estompée. Les jeunes qui, maintenant, s'y rendent en grande majorité au moins une fois par année, acquièrent une nouvelle habitude de vie qu'ils auront probablement tendance à poursuivre une fois rendus à l'âge adulte: «Il y a bien des gens qui ont des contacts fréquents avec le dentiste [...]. Les visites médicales ne sont pas aux six mois et puis, elles sont effectuées plutôt pour des problèmes, alors que là on institue un système de prévention [...]. C'est un gain d'avoir institué un système de prévention [...]. Socialement, ça permet

d'inculquer à des jeunes une relation avec la société qui est positive» (Dr Bernier).

Il y a lieu également de souligner les modifications relevées par rapport à l'intérêt apporté à l'apparence physique: «[...] sur les transformations qui se sont opérées dans le sourire et l'apparence faciale des adolescents et des jeunes adultes qui, aujourd'hui, sont gratifiés par des dents saines et alignées, chose qui dans les générations précédant la mise en action du régime d'assurance-maladie ne se trouvait que chez une faible proportion de jeunes [...] cet acquis mérite d'être souligné, car il compte comme un progrès énorme au plan esthétique et psychologique» (Dr Lussier).

Les dentistes ont mentionné que beaucoup de jeunes parents tiennent à ce que leurs enfants aient une excellente santé dentaire. Également, un changement de comportement face à l'hygiène dentaire est maintenant relevé chez les jeunes: «Aujourd'hui, je peux vous dire que les enfants qui ne brossent pas leurs dents, c'est l'exception. Il y a eu une évolution énorme sur le comportement au point de vue santé dentaire. Cette évolution s'est fait sentir sur la condition buccale aussi» (Dr Marchand).

La pratique des dentistes a aussi subi d'importantes transformations: «Le dentiste, il y a 20 ans, était celui qui passait ses grandes journées à faire des obturations ou de l'urgence, traiter des abcès et faire des extractions, tandis qu'aujourd'hui, le dentiste est orienté vers la prévention avec des techniques nouvelles [...] et il se fait beaucoup plus de conservation» (Dr Chicoine). En fait, il semble que ce soit vers la fin des années 60 début des années 70 que la prévention a fait une percée au Québec et où les dentistes sont passés, selon le docteur Lussier, de «réparateurs» à «préventeurs», ce qui a été une transformation radicale pour la profession: «Ça a commencé quand certains dentistes américains ont commencé à faire la preuve qu'on pouvait faire une bonne pratique dentaire si on l'établissait sur des bases de prévention [...]. On a éliminé considérablement la carie, à un point que c'est très faible chez les enfants et ça commence à se faire

sentir chez les jeunes adultes. On voit la portée de ce mouvement-là maintenant.»

D'autres transformations reliées à ce virage vers la prévention ont été relevées dans la pratique des dentistes. Ce sont principalement la formation des hygiénistes dentaires et leur arrivée en cabinet privé, l'apparition de nouveaux matériaux esthétiques et une meilleure connaissance de la santé dentaire de la part de la clientèle. À ce propos, le docteur Schwartz indique que le public est mieux informé et, par conséquent, plus exigeant face aux services obtenus: «Les patients sont plus exigeants et en connaissent beaucoup plus [...]. Si un amalgame tombe ou si l'enfant a mal aux dents après avoir été traité, ils vont avoir des doutes sur la qualité des services rendus, alors que, peut-être il y a 20 ans, ils n'auraient pas eu de doute. Ils se seraient accusés eux-mêmes.» Par ailleurs, le docteur Albert mentionne: «Aujourd'hui, ce n'est pas nécessairement l'hygiéniste ou le dentiste qui va parler de placer des scellants sur les dents pour les conserver. Les parents vont nous le demander. On a des parents qui posent des questions maintenant [...] les parents sont au courant des mesures et ils sont intéressés.»

Enfin, parmi les autres transformations reliées à la santé dentaire, il y a eu l'arrivée du programme public de prévention dans le réseau des DSC et des CLSC grâce auquel, à une certaine période, plus de 200 hygiénistes dentaires parcouraient les écoles afin de sensibiliser et éduquer les enfants à la prévention, tout en dépistant et en dirigeant en cabinet privé ceux nécessitant des traitements.

2) Les enfants les plus vulnérables à la carie

Les deux dernières enquêtes santé dentaire Québec, réalisées en 1983-1984 et en 1989-1990, ont permis l'identification d'un groupe d'enfants plus vulnérables à la carie: grosso modo, le quart des enfants possède les trois quarts des caries. Nous avons demandé aux dentistes de nous fournir leur interprétation de ce phénomène, de

nous décrire les caractéristiques de ces enfants et de nous indiquer les mesures qui pourraient le plus efficacement atteindre et traiter ces enfants.

Tous les dentistes consultés affirment que les enfants présentant le plus de caries proviennent généralement de milieux socio-économiques défavorisés: «C'est une proportion de jeunes qui n'a pas eu une diète adéquate, avec abus de sucreries, un manque d'hygiène et un manque de fréquentation du dentiste. Ce sont des jeunes d'un milieu défavorisé» (Dr Lavallée). Les problèmes que rencontrent d'ailleurs ces jeunes ne se situent pas uniquement au niveau de la santé dentaire: «C'est une combinaison de problèmes; ça peut être l'alcool, la drogue, le manque d'argent, la difficulté à s'alimenter comme il faut [...]. L'attitude est moins bonne, ils utilisent moins les services [...]» (Dr Payette). Ce sont des enfants qui, vivant leurs problèmes quotidiennement, n'ont pas tendance à modifier leurs habitudes de vie de façon à adopter de meilleurs comportements : «Les groupes irréductibles sont ceux qui ne suivent pas les conseils; on dit ne donnez pas le biberon à l'enfant avec du sucre, ils n'écoutent pas. Dans tous les programmes de promotion de la santé en général on demande aux gens de changer de comportement: arrêter de fumer, manger moins gras, porter la ceinture [...]» (Dr Tenenbaum). Or, ces jeunes proviennent d'un milieu où la prévention est peu valorisée: «Ce sont des enfants qui sont dans des milieux, dans des familles, où les niveaux d'éducation et de scolarité ne sont pas arrivés au point où la persuasion des bénéfices de prévention est perçue [...]. Pour obtenir une bonne santé dentaire, il faut d'abord se convaincre qu'il faut prendre les moyens pour le faire et il y a beaucoup d'interventions qui sont basées sur des gestes personnels» (Dr Lussier).

Les mesures préconisées par les dentistes pour atteindre et traiter ces enfants font principalement référence au programme public de prévention, à la fluoruration de l'eau de consommation, au scellement des puits et sillons et à l'éducation. Le programme public de prévention a été révisé à la fin des années 80 afin de cibler ces enfants plus vulnérables à la carie: «C'est justement ces groupes

d'enfants à risque qui sont carrément visés. Presque 65 % de tout le temps des hygiénistes dentaires est maintenant consacré à ce 20 % d'enfants qui sont identifiés» . Le docteur Payette poursuit en mentionnant: «Alors que, dans le groupe un peu moins vulnérable, 90 % ou 92 % des caries ont été traitées, dans ce groupe-là c'est peut-être quelque chose comme 80-85 %. Même dans ce groupe vulnérable, au moins au niveau du traitement, il y a eu une amélioration.»

La fluoruration de l'eau de consommation est aussi souvent évoquée, car il s'agit d'une mesure pouvant joindre tout le monde et ne demandant pas de changement de comportement: «La fluoruration d'abord. Automatiquement vous avez jusqu'à 60 % de réduction. L'avantage de la fluoruration [...] c'est quelque chose qui ne demande pas d'assiduité [...] c'est le fondement sur lequel vous devez créer votre programme» (Dr Tenenbaum). Le scellement des puits et sillons a aussi été mentionné: «Il y a toute l'intervention à partir des scellants. Au-delà de 50 % des caries se situent au niveau des puits et sillons» (Dr Brodeur).

Enfin, il a été souvent question d'éducation. Les dentistes mentionnent que la majorité des personnes de milieu défavorisé sont peu sensibilisées à la prévention et que des programmes d'éducation pourraient les aider. L'exemple de séances d'information à l'intérieur des cours prénataux a souvent été donné. Il a été aussi fait allusion aux moyens audiovisuels, peu utilisés au Québec comparativement aux États-Unis. Des émissions ciblant diverses clientèles (femmes enceintes, enfants dans les garderies, jeunes étudiants et étudiantes) pourraient être conçues et diffusées dans des milieux que fréquentent ces personnes (garderies, écoles, CLSC, ...): «Je pense qu'il y a un moyen qu'on utilise peu et qui serait très économique, c'est la télévision ou les moyens audiovisuels» (Dr Chicoine).

3) La comparaison avec les enfants de l'Ontario et des États-Unis

Les enfants du Québec sont en moins bonne santé dentaire que les enfants de l'Ontario et des États-Unis, même si la dernière enquête santé dentaire révèle que les écarts se sont atténués. Pour expliquer ce retard des enfants du Québec par rapport à leurs jeunes voisins, trois raisons ont souvent été avancées par les dentistes consultés: la mentalité et l'éducation anglophone différentes à certains égards de celles des francophones et la fluoruration de l'eau de consommation. D'ailleurs, le fait que les Ontariens et les Américains disposent, dans la majorité de leurs municipalités, d'eau fluorurée, peut être attribué à cette mentalité: «Il y a plus de municipalités qui ont l'eau fluorurée que nous autres. La mentalité anglo-saxonne a toujours été en avance sur la nôtre, par exemple dans le domaine de la prévention routière; c'est ainsi qu'on retrouve dans ces populations plus de municipalités qui ont l'eau fluorurée [...]» (Dr Dufour); «Ici, on a eu longtemps une mentalité d'extractions qui n'existe plus [...]. Si je retourne 25 ans en arrière, je peux vous dire que c'était les gens de langue anglaise et moins de langue française qui fréquentaient le dentiste. Aujourd'hui, on ne peut plus dire ça» (Dr Chicoine).

Les dentistes ont souvent relevé que la population anglophone avait une plus grande préoccupation de la santé dentaire que la population francophone: «Les Américains sont extrêmement inquiets de tout ce qui se dit en rapport avec la santé et dépensent beaucoup d'argent [...]. Le Canada anglais a suivi de très près l'influence américaine, ce qui n'a pas été le cas pour les Canadiens français. On n'a qu'à voir la situation de la fluoruration» (Dr Lussier). En ce qui a trait aux habitudes de vie, il est mentionné: «C'est une question d'éducation. Les Québécois, ce sont des «dents sucrées». Si on était capable de contrôler les collations sucrées» (Dr Alberaldo).

Malgré ces difficultés de déterminer le rôle du programme, les dentistes estiment que ce dernier est un facteur contributif à l'évolution de la santé dentaire des enfants. Il a été qualifié par les dentistes consultés de «très important», «très haute importance», «extrêmement important», «une bénédiction», «un rôle énorme», «un des agents principaux, un des plus importants», «un très bon programme».

Les raisons qui militent en faveur de ce programme en ce qui touche directement la santé dentaire des enfants sont principalement reliées à la levée de la barrière économique, à l'augmentation de la fréquentation du cabinet dentaire, au changement d'attitude des parents et des enfants vis-à-vis de la santé dentaire et à l'acquisition d'habitudes de vie saines face à la santé dentaire. Par ailleurs, une déficience dans l'accessibilité des services dentaires a été soulignée à quelques reprises.

La gratuité des services dentaires a favorisé la fréquentation du cabinet dentaire car la barrière économique constituait, pour beaucoup de parents, une importante limite à faire traiter les dents de leurs enfants: «C'était facile de dire à des gens: ça ne te coûte rien, tu viens [...]. Ils se faisaient traiter [...]. S'il n'y avait pas eu la RAMQ, l'agent payeur, on n'aurait jamais amélioré notre condition dentaire. On l'aurait améliorée en partie ou peu» (Dr Castilloux).

Beaucoup d'enfants ont donc eu les dents traitées. Ils ont ainsi amélioré leur santé dentaire tout en profitant de plus en plus des services préventifs qui leur étaient offerts. Il est ainsi apparu un changement d'attitude et de comportement des parents face à la santé dentaire, non seulement en tant que parents, mais aussi en tant que consommateurs de ces services: «Ceux qui avaient des jeunes enfants ont été fortement sensibilisés à une plus grande préoccupation vis-à-vis de leurs propres dents, chose que leurs parents n'ont pas connue. Quand on examine le taux de fréquentation des cabinets dentaires en fonction de l'âge, on s'aperçoit qu'il y a une différence très grande

entre ceux qui ont moins de 40 ans et ceux qui ont plus de 40 ans; on a affaire à deux types de clients formés ou sensibilisés à des valeurs différentes» (Dr Lussier).

Par ailleurs, les jeunes se rendant chez le dentiste une ou deux fois par année acquièrent une habitude qu'ils vont, pour la plupart, poursuivre à l'âge adulte: «Plus les enfants sont suivis longtemps, plus les bonnes habitudes d'hygiène dentaire vont être bien ancrées [...]. Si les enfants sont suivis au point de vue curatif, vous avez beaucoup plus de chance que la bonne santé dentaire soit acquise pour le restant de la vie» (Dr Marchand). Cette habitude est d'autant plus facile à acquérir qu'ils se rendent habituellement chez le dentiste alors qu'ils n'éprouvent pas de douleur. Il s'agit là d'une deuxième barrière qui est éliminée: «En fait, on ne va pas chez le dentiste pour trois raisons: on a peur ou ça coûte trop cher ou on pense que ce n'est pas important [...]. Il y a dans le comportement une modification importante. Avec les techniques que les dentistes ont aujourd'hui, les enfants vont chez le dentiste en souriant [...] leur crainte a diminué, donc une des barrières n'est plus là» (Dr Chicoine).

Enfin, l'accessibilité au programme semble encore faire problème. Les enfants de milieu défavorisé fréquentent moins le cabinet dentaire que les autres enfants: «Du côté dentaire, pour dire que cela a donné quelque chose, il faudrait arriver à montrer que cela a réduit l'inégalité d'accès aux soins [...]. L'accessibilité n'est pas égale pour tous: accessibilité organisationnelle, accessibilité psycho-organisationnelle, etc.» (Dr Brodeur).

2) Les modifications entraînées par l'instauration du programme

Nous avons ensuite demandé aux dentistes si, à leur avis, le programme de services dentaires administré par la Régie avait entraîné d'autres modifications, à part celles touchant directement la santé dentaire. Plusieurs modifications ont été mentionnées. Celles-ci ont trait à

la répartition territoriale des dentistes, à leur situation financière, à leur mode de pratique, à l'arrivée des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés, à l'instauration d'un mode de contrôle par la Régie et aux coûts associés aux pertes de temps occasionnées par les maux de dents.

Certains des dentistes consultés ont mentionné que le programme administré par la Régie a incité les dentistes à s'installer dans toutes les régions du Québec, étant assurés d'une source de revenu provenant de ce programme. De plus, l'instauration du salariat, pour les dentistes pratiquant dans des établissements prédéterminés, a encouragé les dentistes à pratiquer dans les régions les plus éloignées du Québec: «Ça a permis une meilleure répartition des dentistes. Le dentiste pouvait aller pratiquer dans une région économiquement pauvre ou un peu éloignée. Il était certain d'une rémunération de base importante vu qu'une bonne partie des services qu'il rendait étaient assurés. De plus, l'instauration de la rémunération à salaire ou à la vacation, soit dans des établissements prédéterminés à cause de leurs clientèles particulières soit dans des régions isolées du Québec, a facilité l'accessibilité aux soins dentaires pour ces populations et une meilleure répartition des dentistes» (Dr Dufour).

Le mode de pratique des dentistes s'est modifié, en raison de la possibilité de faire de plus en plus de prévention. Dans ce contexte, l'arrivée des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés est soulignée: «Les dentistes, en voyant qu'ils pouvaient faire de la prévention et que la prévention devenait pour eux une source de revenu respectable, ont certainement dirigé une grosse part de leurs interventions de ce côté-là [...]. Du côté de la prévention, les dentistes se sont sensibilisés davantage, ils ont structuré leur mode de pratique en fonction de ça, on a établi des protocoles différents, on a engagé du personnel, des hygiénistes dentaires ont travaillé. Toute une série de conséquences qui se sont enchaînées les unes les autres et qui ont entraîné la situation présente» (Dr Lussier).

Également, selon le docteur Chicoine: «Au point de vue économique, les pertes de temps occasionnées par les maux de dents, ça a été éliminé. Pensez qu'un enfant qui a des dents en bonne santé, il ne manque pas l'école et puis ses parents ne s'absentent pas du travail pour aller chez le dentiste avec l'enfant parce qu'il y a une urgence. Donc, c'est une répercussion économique qui est là.»

Il a aussi été fait état de l'incidence de la santé dentaire sur la santé générale des individus. Beaucoup de personnes âgées, par exemple, doivent prendre des médicaments ou doivent être hospitalisées parce qu'elles n'arrivent pas à bien mastiquer et, par conséquent, à bien digérer. Par ailleurs, des jeunes qui ont des problèmes de malocclusion peuvent parfois éprouver des difficultés au niveau psychologique, en se sentant, par exemple, rejetés par leurs camarades de classe. La santé dentaire peut donc avoir des répercussions profondes sur le bien-être d'un individu et entraîner des coûts économiques et psycho-sociaux importants.

Finalement, il y a eu aussi l'instauration de mesures de contrôle qui a certainement joué un rôle auprès des dentistes. Ces mesures de contrôle ont été instaurées pour «bien encadrer les services et puis éviter des abus [...]. Le gouvernement corrigeait au besoin lorsqu'il voyait que des abus étaient possibles, par exemple les obturations sous anesthésie générale ou encore les prises de radiographie complète à tous les six mois» (Dr Dufour).

3) Les limites du programme administré par la Régie

Nous avons demandé aux dentistes quels problèmes le programme administré par la Régie n'avait pas corrigés. Nous les avons aussi interrogés sur les effets non souhaités de ce programme de services dentaires s'adressant aux enfants.

Par rapport aux problèmes non corrigés, la majorité des dentistes a fait état des malocclusions, particulièrement celles pouvant entraîner un handicap important: «Il y a le

problème des malocclusions [...]. Il y a peut-être 7-8 % des enfants qui ont vraiment des problèmes sérieux [...]. À peine 10 % de ces enfants sont en traitement, les autres traînent leur problème indéfiniment» (Dr Payette).

Un autre problème relevé a trait aux caries sur les faces avec puits et sillons: «Il y a encore beaucoup de caries dans les puits et sillons. La façon d'atteindre ces caries-là, c'est par le scellement des puits et sillons» (Dr Marchand). Le scellement n'étant pas un service couvert par le régime d'assurance-maladie, les dentistes doivent effectuer des obturations à l'apparition de la carie, à moins que les parents décident de payer les coûts du scellement des puits et sillons: «Comme c'est universel, ce que l'on vise c'est le traitement par obturation et évidemment les dentistes utilisent ce traitement par obturation parce qu'ils n'ont pu sceller en temps voulu. Ils surveillent l'évolution de l'état des sillons et lorsqu'il y a une petite carie, ils obturent [...]. Ils auraient pu mettre le scellant à l'éruption de la dent. Pour à peu près le même coût, on conserverait un organe sain au lieu d'avoir un organe qui a dû être taillé et traité et où l'obturation peut briser, obturation qui devra être refaite plusieurs fois durant la vie du sujet [...]. On devrait viser le scellement [...] c'est une attitude plus préventive et ça conserve l'intégrité de l'organe» (Dr Payette).

Enfin, deux autres problèmes ont été mentionnés. Le premier a trait à la carie du biberon. Des séances de sensibilisation, à l'intérieur de cours prénataux, pourraient aider à résoudre ce problème. Il y a aussi le fait que les enfants handicapés physiquement ou mentalement ont plus difficilement accès aux soins dentaires. En effet, le temps exigé pour traiter ces enfants dépasse souvent le temps habituellement requis pour traiter un enfant non handicapé.

Les effets non souhaités du programme, pour leur part, ont été peu abordés par les dentistes, ces derniers n'en mentionnant généralement pas. Il a été quelquefois fait état de l'accent mis dans le programme sur l'aspect curatif

au détriment de l'aspect préventif, de l'attitude du public face à des services gratuits et de surtraitement. Ce dernier terme désigne le fait que les enfants reçoivent des traitements alors que ce n'est pas tout à fait nécessaire.

En ce qui touche l'accent mis par le programme sur l'aspect curatif, plusieurs dentistes disent qu'il devrait être davantage axé sur le préventif, de façon à diminuer le risque de formation des caries: «[La tarification des services] dévalorise la prévention parce qu'elle paie peu [...]. Pour un amalgame, une couronne, on reçoit plus. Le système tel qu'il existe encourage l'exploitation d'aller vers le plus payant. C'est comme ça que le système encourage ou décourage des comportements. Ça, je pense que c'est mauvais» (Dr Tenenbaum).

L'attitude négative de certaines personnes a aussi été mentionnée à quelques reprises: «Comme pour tout service offert gratuitement, la valeur du service dentaire assuré est souvent mal apprécié par certaines couches de la population qui, malheureusement, s'en désintéressent» (Dr Dufour). Enfin, par rapport au surtraitement, les dentistes déclarent que cela existe, mais de façon marginale et qu'il semble bien contrôlé par le système élaboré à cet effet.

4) L'évolution de la santé dentaire sans l'instauration du programme

À l'intérieur de ce deuxième thème de l'entrevue, nous avons finalement demandé aux dentistes quelle aurait été l'évolution de la santé dentaire sans la mise en place du programme administré par la Régie. Cette question a souvent été examinée par les dentistes en tentant de voir ce qui aurait pu être mis en lieu et place de ce programme, considérant qu'une mesure était essentielle lorsque ce programme a été implanté: «Si la Régie n'avait pas été là, il aurait fallu pratiquer autrement, ou se sortir du bureau. On ne peut pas boucher des trous à des enfants pendant quarante ans sans arrêt. Il aurait fallu que quelqu'un se conscientise à quelque part. Il aurait fallu

un autre organisme de toute façon» (Dr Castilloux). La majorité des dentistes ont émis l'hypothèse que, sans l'implantation du programme, la santé dentaire n'aurait sûrement pas connu la même évolution: «Elle aurait sûrement connu une évolution favorable, définitivement [...] mais peut-être un petit peu moins. C'est difficile de chiffrer ça, c'est un des facteurs qui est important, mais ce n'est pas le seul» (Dr Marchand).

Par ailleurs, le docteur Payette poursuit en indiquant: «Qu'est-ce qui se serait passé si le régime RAMQ n'avait pas été mis en place, mais quelque chose d'autre, à la moitié du coût? Je ne sais pas, c'est très difficile d'extrapoler. Le choix social et politique a été celui-là. D'après moi, ça a été une bonne décision parce que ça a produit des résultats rapidement. Très tôt, il y a eu une modification de la fréquentation du bureau dentaire: les gens ont commencé à utiliser le régime. Très tôt, la santé dentaire a été rétablie et très tôt, la carie qui était présente chez toute la population s'est restreinte à un petit groupe qu'on peut maintenant attaquer plus intensément. Ce sont tous des avantages [....]. S'il n'y avait rien eu, c'est évident que le taux d'amélioration aurait été très lent. C'est l'investissement massif qui a produit le progrès[...]».

C) LES FACTEURS CONTRIBUANT À L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DENTAIRE DES ENFANTS, AUTRES QUE LE PROGRAMME ADMINISTRÉ PAR LA RÉGIE

Le programme administré par la Régie n'est certainement pas le seul facteur contributif à l'amélioration de la santé dentaire des enfants. Nous avons demandé aux dentistes de nous énumérer les facteurs qui ont contribué à l'amélioration de la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec. Nous leur avons aussi demandé où ils situaient le programme administré par la Régie parmi ces facteurs. Les facteurs contributifs identifiés par les dentistes peuvent être subdivisés selon qu'ils sont associés à la profession, au public, aux produits et à quelques autres facteurs.

1) Les facteurs associés à la profession

Les facteurs contributifs associés à la profession ont trait à l'arrivée des hygiénistes dentaires, au virage qu'a pris la profession vers la prévention, à la répartition territoriale des dentistes et à l'augmentation des effectifs. À propos des deux derniers facteurs, le docteur Albert mentionne: «On a sûrement plus de dentistes, on a sûrement plus d'endroits où les soins sont disponibles, soit à Montréal, soit en région éloignée. Si on compare à il y a vingt ans, il y a des régions où il fallait passer une partie de la journée pour se rendre chez le dentiste. Aujourd'hui, ce temps-là est réduit, l'accessibilité est plus facile pour les gens.»

2) Les facteurs reliés au public

Par ailleurs, les facteurs contributifs reliés au public touchent à l'accroissement, au cours des deux dernières décennies, de la scolarisation de la population: «Avec la révolution tranquille, le niveau d'éducation, la scolarité a beaucoup changé: la scolarité a augmenté, donc le revenu et le niveau socio-économique. Celui-ci est un très grand facteur au point de vue d'un comportement plus intéressé à la santé dentaire» (Dr Tenenbaum).

Le fait que les gens ont changé leur attitude par rapport à la santé en général a aussi souvent été mentionné: «De plus en plus, la population est sensibilisée à l'importance d'avoir de bonnes mesures de santé en général, telles que l'alimentation. C'est un facteur qui n'est pas négligeable» (Dr Marchand).

3) Les facteurs reliés aux produits

En ce qui a trait aux produits, tous les dentistes consultés ont fait part de la grande importance des produits fluorurés: dentifrices, rince-dents, comprimés de fluorure, eau de consommation, sel, etc.: «Une grande partie de la diminution de la carie est due, à travers le

monde, à la disponibilité des pâtes à dents fluorurées» (Dr Tenenbaum). Également: «La fluoruration de l'eau d'aqueduc demeure le moyen sûr, efficace et pratique. Il y a des jeunes enfants qui aiment beaucoup les pâtes dentifrices. Ils ont tendance à l'avaler. Il faut être très prudent. L'eau fluorurée prend soin de tout le monde, même de ceux qui ne vont pas chez le dentiste» (Dr Lavallée).

4) Les autres facteurs

Enfin, parmi les autres facteurs, il a été fait mention de la publicité, tant celle faite par les fabricants de dentifrices que les publicités corporatives. Il a également été question de l'influence de la télévision: «Il y a énormément d'émissions à la télévision. Vous avez Passe-Partout, Sesame Street, M. Roger [...] des dessins animés. Il y a eu énormément de travail fait de ce côté-là. L'enfant qui regarde ces émissions-là s'identifie [...]» (Dr Schwartz). Le fait qu'il y ait de plus en plus de gens qui possèdent une assurance dentaire privée a aussi été mentionné comme facteur contributif. Les mesures prises dans le secteur public, comme le programme de rince-bouche fluoruré, ont aussi été évoquées. Enfin, l'influence des antibiotiques buccaux sur la carie a été exposée: «Il y a le fait que les antibiotiques buccaux sont utilisés plus massivement par les enfants. Durant leur utilisation, la flore buccale est détruite et ça prend un certain temps pour que la plaque se réorganise» (Dr Payette).

5) La position du programme administré par la Régie par rapport à ces facteurs

Les dentistes ont classé diversement le programme administré par la Régie par rapport à ces facteurs. Plusieurs le voient comme le principal facteur, alors que d'autres le considèrent tout aussi important que des facteurs mentionnés plus tôt. D'autres encore le jugent moins important que certains facteurs précis. Enfin, des

dentistes indiquent qu'il a une certaine influence sur certains aspects de la santé dentaire et moins sur d'autres.

Ceux qui le considèrent comme le premier facteur contributif par rapport à ceux énumérés ci-dessus indiquent, entre autres, que c'est ce programme qui a amorcé le virage vers la prévention dont il a déjà été question à quelques reprises: «En donnant l'universalité de ces soins chez les enfants, ça a été le premier facteur. C'est suite à ça que l'on a commencé à parler de prévention» (Dr Castilloux). D'autres mentionnent qu'il s'agit de la condition première à une bonne santé dentaire: «C'est la pierre de base. On construit à partir de ça. Il faut un minimum d'accessibilité [...]» (Dr Bernier), ou encore «Il vient en premier lieu. C'est bien beau d'avoir une bonne hygiène, une bonne alimentation mais si tu n'as pas d'argent pour faire réparer les dents [...]» (Dr Vallée).

Ceux qui le considèrent comme un facteur tout aussi important que d'autres indiquent que: «Tout est important. Il faut une bonne diète, une bonne hygiène, une bonne fluoruration parce que l'on a encore du rattrapage à faire, du retard à compenser par rapport à nos jeunes voisins» (Dr Lavallée). Ils déclarent que la santé dentaire est attribuable à une série de facteurs interreliés qui peuvent être présents à plusieurs endroits à la fois: «Le programme administré par la Régie est complémentaire. Je crois que c'est un ensemble de facteurs. Chaque facteur n'est pas unique, par exemple l'aspect information de la population: ça entre dans le programme de la Régie, mais aussi dans le programme des DSC; les gens sont sensibilisés à la santé dentaire. Ils le sont aussi par la télévision, par leur dentiste [...]» (Dr Marchand).

Quelques dentistes ont mentionné que le programme administré par la Régie n'est pas le premier facteur contributif à la santé dentaire des enfants: «Je placerais le programme de la Régie en troisième place parce que, indépendamment des programmes, les aspects préventifs universels, comme l'alimentation et le fluorure dans l'eau,

ce sont des choses qui vont toujours atteindre les masses. Ça inclut tout le monde. C'est pour ça que je dis que ce sont des mesures très importantes» (Dr Albert). Par ailleurs, le programme a une influence sur le niveau de traitement de la carie alors qu'il en a moins sur la prévalence de la carie: «Sur l'amélioration du niveau de traitement, je dirais que ces facteurs-là sont moins importants que le régime, lequel joue plus intensément. Ce sont les fluorures et les scellants qui, au niveau de la prévalence, ont un rôle très important. Dans le régime actuel, le scellement n'est pas inclus; les fluorures topiques sont inclus, pour un groupe d'âge, deux fois par année, quand ils y vont. Au niveau de la quantification de l'effet du programme, c'est très difficile à déterminer» (Dr Payette).

Enfin, il y a lieu de mentionner que l'ensemble de ces facteurs, incluant le programme administré par la Régie, touche plus difficilement les enfants de milieu défavorisé: «Les couches les plus défavorisées de la société sont celles qui ont eu le moins d'amélioration. La barrière financière, qui était censée éliminer l'obstacle à l'accessibilité aux soins dentaires pour tous, n'agit pas de la même façon pour tous les groupes socio-économiques. Pour ceux où le programme devrait agir le plus, il ne le fait pas. Là, on va vers d'autres facteurs [...]» (Dr Tenenbaum).

D) LES AMÉLIORATIONS ET LES INNOVATIONS POSSIBLES

Afin de favoriser une amélioration de la santé dentaire, des modifications et des améliorations pourraient peut-être être apportées tant au programme administré par la Régie qu'à divers facteurs contributifs à la santé dentaire. Nous avons demandé aux dentistes consultés de nous faire part de suggestions à cet effet. Leur avis a également été demandé à propos des conséquences de la désassurance des services dentaires pour les jeunes de 10 à 15 ans. Cette désassurance date de la mi-mai 1992. Nous les avons aussi interrogés sur les conséquences d'une éventuelle complète désassurance de ces services et sur ce qui pourraient remplacer l'actuel programme.

1) Le programme administré par la Régie

Quelques dentistes ont indiqué qu'ils souhaiteraient voir le programme de services dentaires administré par la Régie redevenir ce qu'il était avant les récentes coupures: «La mesure idéale, ce serait de remettre le programme tel qu'il était en 1982» (Dr Lavallée), ou encore: «Je garderais la couverture que l'on avait antérieurement. Je pense que le minimum ce serait ça [...]. Je pense qu'on est mieux d'essayer de les placer dans une situation de santé buccale maximale» (Dr Albert). D'autres, comme il a déjà été mentionné à l'intérieur d'autres thèmes, proposent d'axer davantage le programme vers les services préventifs: «Il y a peut-être trop d'argent sur le curatif. Je remettrais de l'argent sur le préventif. Les enfants sont encore traités énormément. Je m'interroge là-dessus» (Dr Castilloux).

Plusieurs ont fait état des enfants plus vulnérables à la carie. Ces derniers devraient recevoir plus d'attention et il faudrait éviter qu'ils subissent d'autres coupures: «Maintenir la couverture pour les assistés sociaux [...] notre groupe à risque, massivement, ce sont ceux-là» (Dr Payette). Il faudrait aussi que ces services soient offerts aux jeunes adolescents de milieu défavorisé: "Les soins curatifs devraient être offerts aux enfants de milieu dépourvu jusqu'à l'âge de 17-18 ans. Il faudrait trouver une formule» (Dr Brodeur).

Il a aussi été question, si l'on veut améliorer le programme, de lui fixer des buts et des objectifs clairs et précis: «Il faut vraiment étudier [...]. C'est quoi le but du gouvernement en santé dentaire? Réduire les caries? Ce n'est pas en faisant des réparations» (Dr Alberaldo).

La politique du Ministère a déterminé certaines voies d'action en santé dentaire qui visent les milieux socio-économiques défavorisés: «Si on veut améliorer le programme, moi, j'y mettrais des objectifs. À quoi ça sert cette gratuité-là? [...]. Il faudrait identifier les inégalités dans la population [...]. Ça entre dans l'objectif de la réforme en santé. Sa philosophie de base

est axée sur la réduction des inégalités à partir d'objectifs de santé» (Dr Brodeur).

Enfin, la question du scellement des puits et sillons a été abordée par la grande majorité des dentistes consultés. Certains souhaiteraient que cette mesure préventive devienne une mesure universelle: «C'est la mesure de scellement de sillons qui est la plus efficace. On maintient l'intégrité de la dent et en même temps, on évite des obturations qui, avec le temps, vont coûter très cher à la société [...]. Il faudrait que le régime réoriente sa couverture au niveau de cette mesure préventive» (Dr Payette). Celle-ci pourrait être appliquée dans le programme public de prévention ou dans le programme administré par la Régie: «Les scellements devraient être couverts: est-ce par la Régie ou par le programme public? [...] des scellements devraient être dispensés auprès des enfants à risque, ceux qui en ont le plus besoin» (Dr Brodeur). On constate par ailleurs que des dentistes proposent que cette mesure s'adresse à des clientèles particulières: «Une mesure efficace est le scellement des puits et sillons pour les couches de la population prédisposées à la carie, après les avoir identifiées» (Dr Dufour).

Certains dentistes insistent sur la nécessité de se doter de balises pour éviter toute forme d'abus possible: «Ça me semble un traitement qui s'adresse d'abord à des gens qui ont une santé dentaire un peu plus importante et des gens qui ont une certaine éducation face à la santé dentaire. Ce n'est pas un traitement qu'on offre d'emblée à des gens qui vont avoir des caries ailleurs. Il ne faut pas qu'il y ait des prédispositions à la carie de surface» (Dr Bernier); «Les contre-indications des scellements, ce sont les mauvaises hygiènes buccales. Si vous mettez un scellant et qu'un an plus tard la dent a une carie mésiale, qu'est-ce que ça donne? Si vous commencez à couvrir pour certains et pas pour d'autres, tout le monde va prétendre avoir une bonne hygiène, ça c'est sûr» (Dr Schwartz).

Enfin, certains sont très hésitants à recommander que cette mesure soit couverte, que ce soit par le régime d'assurance-maladie ou par le programme public de prévention. Chose certaine, il serait essentiel, avant d'instaurer une telle mesure, d'en étudier tous les aspects et de déterminer qui pourrait en tirer des bénéfices: «On ne peut pas mettre des scellants sur toutes les dents. Il faut qu'il y ait des principes d'établis sinon, ça va être exploité par des dentistes» (Dr Tenenbaum).

2) Les facteurs contributifs à la santé dentaire

Les dentistes ont énuméré quelques facteurs contributifs à la santé dentaire pouvant être améliorés ou créés: la fluoruration, le programme public de prévention, la publicité, l'éducation et la sensibilisation.

La fluoruration apparaît être le facteur contributif le plus important pour améliorer la santé dentaire de l'ensemble de la population du Québec: «Si l'objectif mesurable est la diminution du CAO, la première chose qui doit être faite, c'est l'installation de la fluoruration parce que, construire toute autre structure au régime, autre que ça, c'est construire sur une fondation qui cloche» (Dr Tenenbaum). Quelques dentistes ont relevé le fait que la fluoruration de l'eau de consommation a rencontré beaucoup de résistance au Québec : «La fluoruration des eaux de consommation, c'est la mesure la moins dispendieuse et qui se répand le plus facilement, sauf que, compte tenu du débat qui entoure la fluoruration, j'irais vers le sel fluoruré. Les Français et d'autres Européens ont fait ça et ça a donné d'excellents résultats» (Dr Chicoine).

Le programme public de prévention a aussi été mentionné: «Il faudrait mettre en place une structure de façon à uniformiser les programmes, leur application. De plus en plus, il va falloir qu'il y ait une collaboration entre tous les effectifs, entre les dentistes en santé publique et les hygiénistes dans le réseau public» (Dr Marchand).

Avec plus d'effectifs, le programme public de prévention permettrait de joindre pratiquement tous les enfants plus vulnérables à la carie dentaire: «Il y a encore des jeunes qui ne se font pas traiter. Il faut aller chercher cette clientèle défavorisée et essayer de les amener à avoir des soins. La solution, c'est via les CLSC» (Dr Castilloux).

Il a été aussi fait mention qu'il y aurait lieu d'améliorer ou d'innover dans la publicité, l'éducation et la sensibilisation de la population en général ou de groupes en particulier. L'exemple des cours prénataux a été évoqué: «Il y a le programme d'éducation des futures mères, les cours prénataux. Il y a eu une expérience à Ste-Justine, avec l'implication de professionnels au début. Maintenant, on a retiré les professionnels et on a graduellement laissé tomber. Heureusement que c'est repris à certains endroits» (Dr Albert). De même, l'importance de joindre les enfants a été mentionnée: «Il faudrait absolument rejoindre les enfants au préscolaire. Il faut aussi sensibiliser la mère, pas seulement l'enfant. Si les habitudes d'hygiène ne sont pas intégrées avant quatre ans ça devient difficile, et ça, c'est à l'âge du préscolaire [...]. Ce n'est pas difficile de faire des petits vidéos bien faits, simples. On pourrait avoir des centres-ressources où ces enfants-là peuvent aller, poser des questions [...]» (Dr Schwartz); «Il ne faut pas négliger l'école. On n'a pas utilisé au maximum le potentiel du réseau scolaire» (Dr Lussier).

3) Conséquences de la désassurance des services dentaires

Nous avons demandé aux dentistes si, à leur avis, la désassurance des services dentaires, effectuée en mai 1992, et qui touche les jeunes de 10 ans et plus non admissibles au programme s'adressant aux prestataires de la sécurité du revenu, influencera l'évolution de leur santé dentaire. Nous les avons aussi interrogés sur les conséquences d'une éventuelle complète désassurance des services dentaires administrés par la Régie. Nous leur avons finalement demandé quelles solutions de remplacement pourraient être envisagées dans une telle éventualité.

Les dentistes consultés croient que la désassurance de mai 1992 aura des conséquences sur l'évolution de la santé dentaire des jeunes. D'une part, il y a encore beaucoup de caries qui se développent chez les jeunes de 10 ans et plus: «La carie, c'est une maladie de l'enfance et de l'adolescence. Passé 10 ans, les incidences de carie sont encore élevées» (Dr Marchand); «À cet âge-là, toutes les dents ne sont pas encore, en terme de maturité, arrivées à complétion» (Dr Lussier). D'autre part, plus le jeune est âgé, plus il est facile au dentiste de lui inculquer de bonnes habitudes d'hygiène dentaire et de le traiter: «À 12 ans, tu es capable de parler à l'enfant [...] c'est l'âge critique, l'enfant est plus mature, plus facilement traitable» (Dr Castilloux).

Tous les dentistes s'entendent sur le fait que c'est surtout dans la classe moyenne que les conséquences vont se faire le plus ressentir: «Moi, je suis presque sûr que ça va avoir un impact sur l'utilisation des services dans les classes qui sont en haut du supplément du revenu» (Dr Brodeur); «Il y a deux groupes importants qui vont quand même être capables d'y faire face: les assistés sociaux, si on peut réussir à les amener à utiliser le régime, et ceux qui sont les plus riches» (Dr Payette).

Les dentistes consultés sont d'avis qu'une détérioration de la santé dentaire surviendrait si le programme administré par la Régie était retiré: «Si tu n'obtures pas quand c'est le temps, c'est évident que tu as plus d'extractions [...]. Le taux des extractions augmenterait avec le temps, ce qui veut dire qu'il y aurait des déplacements dentaires et des problèmes de malocclusion. Ensuite, on tombe dans le cycle de la douleur, des infections. Il faut que les dents soient surveillées et obturées»(Dr Payette). Des dentistes précisent que les problèmes dentaires non corrigés pourraient entraîner des problèmes de santé encore plus graves et dispendieux: «On va revenir au temps des extractions, des urgences, des pertes de temps et une détérioration de la santé en général parce que lorsqu'on parle d'abcès dentaire, on parle d'infections, de problèmes digestifs, même chez les enfants [...] on s'en va vers une dépense» (Dr Chicoine).

Le lien étroit avec le programme public de prévention serait brisé et ce programme pourrait plus difficilement fonctionner: «Il faut absolument que chaque maillon de la chaîne demeure en place. C'est un tout qui se complète. C'est bien beau de faire de l'éducation et de la prévention, mais il y a toujours l'aspect traitement qui doit être là [...]. Un des aspects de notre programme c'est le dépistage et la référence. Si en les référant, ils n'ont pas les moyens [...]» (Dr Marchand).

Le programme actuel favorise l'acquisition de l'habitude de rendre visite au dentiste à intervalles réguliers: «L'impact le plus important d'avoir un régime de soins dentaires pour les enfants, c'est d'inculquer un comportement de santé dentaire, tant du point de vue curatif que préventif, qui va se perpétuer à l'âge adulte. Le fait d'enlever ce programme-là va avoir l'effet inverse. Vous allez décourager ceux qui en ont le plus besoin» (Dr Tenenbaum). Cette habitude acquise par les jeunes adultes pourraient s'estomper dans les générations futures: «Les enfants ne seront plus protégés, parce que les parents eux, seront démobilisés. Les soins dentaires ne sont pas encore des valeurs établies» (Dr Lussier).

Enfin, les dentistes rappellent que beaucoup de gens n'ont pas les ressources financières pour faire traiter leurs enfants: «Avec la situation économique actuelle, tu détériores ton système complètement. Si on était dans une bonne situation économique, mais ce n'est pas le cas. Les gens n'ont pas le moyen d'aller chez le dentiste. Ça coûte très cher» (Dr Castilloux).

Les dentistes entrevoient très peu de solutions de remplacement au programme actuel de services dentaires administré par la Régie: «On a trouvé un système où on a réussi à améliorer la santé dentaire, il ne faudrait pas l'oublier tout de suite» (Dr Castilloux). La solution la plus souvent avancée est associée à l'assurance dentaire privée. Cependant, plusieurs limites ont été évoquées. Le fait que le Québec n'ait pas la même structure industrielle que l'Ontario, par exemple, constitue une entrave à une large adhésion à l'assurance privée: «Si les programmes

d'assurances privées pouvaient prendre l'ampleur qu'ils ont aux États-Unis ou en Ontario, je pense qu'on aurait un élément de compensation important [...]. Nous, on a beaucoup de PME; elles ne sont pas capables de se payer ça» (Dr Lussier). Plusieurs catégories de personnes ne seraient pas couvertes par ce régime d'assurance, dont: «En région éloignée, il y aurait des populations entières qui n'auraient pas d'assurance privée, car il n'y a pas d'entreprises» (Dr Bernier).

La fluoruration de l'eau de consommation est encore proposée comme solution, non de remplacement mais de base: «La fluoruration ne devrait pas être vue comme une solution de rechange. Si vous aviez eu la fluoruration, vous ne parleriez pas de coupures parce que la demande en services dentaires serait beaucoup moins grande. Le montant à dépenser serait plus petit. Calculez, par exemple, le nombre d'amalgames qui a été fait et divisez par 40 % ou 50 %» (Dr Tenenbaum); «Si le gouvernement imposait la fluoruration des eaux [...] mais ça, je n'y rêve même pas» (Dr Payette).

CONCLUSION

La santé dentaire des enfants a énormément évolué au Québec au cours des vingt dernières années, suivant en cela le mouvement mondial de la baisse de la carie. La pratique des dentistes a aussi beaucoup changé, l'ère des extractions ayant cédé la place à l'ère de la prévention. Le programme de services dentaires administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et implanté en 1974 a influencé ces transformations. Il n'est toutefois pas possible de quantifier l'apport du programme sur cette évolution de la santé dentaire.

Dans le cadre de la présente étude, les quatorze dentistes consultés se sont dits d'avis que ce programme avait contribué à améliorer la santé dentaire des enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec. Les principales contributions relatives à la santé dentaire des enfants ont trait à la levée de la barrière économique, à l'augmentation de la fréquentation du cabinet dentaire, au changement d'attitude des parents et des enfants vis-à-vis de la santé dentaire et à l'acquisition d'habitudes de vie saines face à la santé dentaire. Les autres contributions touchent à la répartition territoriale des dentistes, à leur situation financière, à leur mode de pratique, à l'arrivée des hygiénistes dentaires dans les cabinets privés, à l'instauration d'un mode de contrôle par la Régie et aux pertes de temps occasionnées par les maux de dents. Par ailleurs, une déficience dans l'accessibilité du programme de services dentaires administré par la Régie a été notée.

D'autres facteurs que le programme administré par la Régie ont aussi un rôle à jouer dans l'évolution de la santé dentaire de ces jeunes. Ceux qui ont été le plus souvent mentionnés ont trait aux produits fluorurés, à l'augmentation des effectifs dentaires, à l'accroissement de la scolarisation de la population, au programme public de prévention et à l'influence des programmes d'éducation et de sensibilisation.

Par rapport aux améliorations à apporter pour favoriser une meilleure santé dentaire des jeunes du Québec, les dentistes font les propositions suivantes. D'abord, la fluoruration apparaît comme un facteur tout à fait incontournable pour joindre massivement tous les enfants résidant au Québec. Également, compte tenu de l'état actuel de la santé dentaire des enfants, la mesure du scellement des puits et sillons est à considérer, à condition toutefois de fixer des balises précises avant de l'implanter. Le programme public de prévention devrait être davantage répandu. Enfin, on a insisté sur la nécessité de cibler, de joindre et de traiter les enfants les plus vulnérables à la carie.

L'amélioration de la santé dentaire des enfant est un phénomène relativement récent au Québec. Il reste toutefois encore du rattrapage à faire lorsque l'on compare leur santé dentaire à celle de leurs jeunes voisins américains et ontariens. Cette amélioration constitue un acquis fragile qui, d'après les dentistes, pourrait régresser rapidement dans l'éventualité d'une complète désassurance des services dentaires.

CONCLUSION

La santé dentaire des enfants s'est grandement améliorée depuis l'instauration, en 1974, du programme de services dentaires administré par la RAMQ. L'objectif d'un indice CAO de 3 à l'âge de 12 ans que l'Organisation mondiale de la santé avait fixé pour l'an 2000, autant pour les pays industrialisés que pour ceux du tiers-monde, est déjà atteint au Québec. Il est toutefois plus élevé que les indices CAO relevés en Ontario et aux États-Unis chez les enfants du même âge.

Les deux objectifs reliés à l'amélioration de la santé dentaire, en ce qui a trait à la prévalence de la carie et aux extractions des dents, ont été atteints. Comme l'a démontré la dernière enquête santé dentaire, de plus en plus d'enfants ont une dentition saine. D'autre part, le niveau de traitement de la carie est très élevé, cette dernière étant surtout concentrée sur les faces des dents avec puits et sillons plutôt que sur les faces lisses.

Le taux de participation au programme administré par la Régie est, pour l'année 1990, de 62,2 % pour les enfants de 15 ans ou moins. En excluant, pour des raisons évidentes, les moins de 3 ans, ce taux grimpe à 74,2 %. Il apparaît donc que l'objectif d'un taux de participation de 75 % a aussi été atteint. De plus, l'accroissement au cours des dernières années du nombre de dispensateurs et de dispensatrices et leur répartition territoriale facilite l'accès à des services dentaires d'urgence, autre objectif fixé dans ce programme.

Cette participation au programme de services dentaires ne s'est cependant pas traduite par un même degré d'utilisation des services de la part des bénéficiaires. Selon les données disponibles à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les enfants prestataires de la sécurité du revenu (psr) présentent un taux de participation à ce programme de 52 % inférieur à celui des enfants non psr. En 1990, ces taux étaient respectivement de 42,6 % et de 64,8 %. Ce programme administré par la Régie n'apparaît donc pas également accessible à tous les enfants qui y sont admissibles. De plus, lorsque les enfants psr se rendent en cabinet dentaire, ils obtiennent davantage de services curatifs que les non psr.

Par ailleurs, ce programme ne couvre pas, actuellement, toute la gamme des services offerts en cabinet privé. Les parents doivent, entre autres, assumer les frais reliés au scellement des puits et sillons et au traitement des malocclusions.

La majorité des caries est concentrée chez un petit groupe d'enfants. En effet, comme l'a démontré la dernière enquête santé dentaire, les trois quarts des caries se retrouvent chez environ le quart des enfants. Ces enfants proviennent, pour la plupart, d'un milieu défavorisé. Toutes ces données illustrent bien ce qui a déjà été largement démontré dans diverses recherches tant sur la santé dentaire que sur la santé en général: la santé dentaire relève d'un faisceau de facteurs parmi lesquels le statut socio-économique joue un rôle majeur. L'accessibilité à des services dentaires gratuits n'entraîne donc pas un même état de santé dentaire pour tous les enfants admissibles au régime d'assurance-maladie du Québec.

Malgré son ampleur, le programme administré par la RAMQ ne peut à lui seul favoriser une bonne santé dentaire. Il faut souligner que d'autres mesures, programmes et facteurs contribuent à l'amélioration de la santé dentaire, dont la fluoruration de l'eau et de divers produits, le programme public de services dentaires préventifs, l'évolution dans les habitudes alimentaires et d'hygiène buccale. Tous ces éléments, associés au programme administré par la Régie, ont certainement contribué à l'atteinte partielle des trois objectifs liés à un meilleur usage des soins préventifs au cours des récentes années. Ces trois objectifs visent une utilisation régulière de fluorures, une pratique d'hygiène dentaire adéquate et un indice de plaque dentaire faible.

Les dentistes consultés sont d'avis que le programme de services dentaires administré par la RAMQ a joué un important rôle dans l'amélioration de la santé dentaire des enfants au cours des vingt dernières années. Les autres programmes, mesures et facteurs précédemment évoqués ont, eux aussi, apporté leur contribution à cette amélioration. Celle-ci ne s'est cependant pas traduite de manière égale pour tous les enfants.

Il apparaît cependant que l'objectif ultime du programme, qui est de «favoriser le développement et le maintien de la santé dentaire des enfants tout en permettant l'accès aux services curatifs»[200] a été atteint. Selon les experts consultés, il s'agit toutefois d'un acquis très fragile qui risquerait de se dégrader rapidement, advenant le retranchement de services ou la disparition complète du programme administré par la Régie ou des autres programmes, mesures et facteurs. D'ailleurs, les récentes coupures de services dentaires pourraient avoir un impact sur la santé dentaire des enfants de 10 ans ou plus, impact qu'il y aurait lieu d'examiner ultérieurement.

Le bilan effectué dans la présente étude par rapport à la santé dentaire des enfants rejoint les constats relevés dans la récente politique de la santé et du bien-être. Ces constats font état des enjeux sociaux en matière de santé et de bien-être:

- «La santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises se sont, dans l'ensemble, beaucoup améliorés au cours des vingt-cinq dernières années.

- L'accessibilité universelle aux services n'a cependant pas permis au système de santé et de services sociaux d'éliminer, ni parfois même de réduire, les écarts de santé et de bien-être.

- Le système doit agir avec d'autres secteurs d'activité pour que l'on puisse réaliser des gains additionnels en matière de santé et de bien-être[201].»

Notons que la question de la santé dentaire a été identifiée dans la politique comme l'un des 19 problèmes reliés à la santé et au bien-être qui affectent le plus la population. Par rapport à la santé dentaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fixé l'objectif suivant:

---

200 Ministère des Affaires sociales, Une politique québécoise de santé dentaire, avril 1984.

201 MSSS, La politique de la santé..., op.cit., p.26.

> «D'ici l'an 2002, réduire de 50 % le nombre moyen de dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de 6 à 12 ans et abaisser à moins de 5 % le taux d'absence de dents chez les adultes de 35 à 44 ans[202].»

Afin d'atteindre cet objectif concernant les enfants de 6 à 12 ans, un certain nombre de mesures doivent être prises. Les recommandations qui suivent sont axées sur des mesures, des moyens et des programmes qui favoriseraient l'atteinte de cet objectif. Ces recommandations rejoignent d'ailleurs, comme nous le verrons un peu plus loin, les voies d'action prioritaires de la récente politique de même que les recommandations de la dernière enquête santé dentaire 1989-1990.

RECOMMANDATIONS

Dans la présente étude, il à été démontré que le programme administré par la RAMQ ne peut à lui seul intervenir sur tous les facteurs influençant la santé dentaire. Afin de favoriser l'amélioration de la santé dentaire des enfants, les recommandations formulées ici doivent donc dépasser le seul programme administré par la Régie. C'est pourquoi certaines des recommandations touchent le programme administré par la RAMQ tandis que d'autres n'y sont pas associées.

En ce qui a trait aux recommandations directement associées au programme administré par la Régie, trois mesures ont été dégagées. Les deux premières peuvent toucher l'ensemble des enfants ayant accès au programme. Il s'agit du scellement des puits et sillons et de la restauration préventive en résine composite. La troisième concerne les enfants aux prises avec des malocclusions handicapantes. Par ailleurs, deux recommandations abordent des mesures liées à la prévention qui ne seraient pas incluses dans le programme administré par la RAMQ et deux autres sont liées au domaine de la recherche.

---

[202] Idem, p. 103

1. Le scellement des puits et sillons

Le scellement des puits et sillons est une mesure préventive permettant de conserver la dent saine et d'éviter ainsi une restauration, à la suite d'une détérioration de la dent. Il est utilisé pour conserver l'intégrité de la dent. Cette mesure agit sur les faces des dents avec puits et sillons, c'est-à-dire là où est maintenant concentrée la majorité des caries.

Nous croyons qu'un comité regroupant des dentistes experts devrait être formé afin d'étudier la possibilité d'intégrer de cette mesure à la couverture des services dentaires dans le cadre du programme administré par la Régie. Ce comité pourrait fixer les diverses modalités d'application de cette mesure. Il pourrait également en estimer les coûts d'implantation ainsi que les économies potentielles pouvant être réalisées à la suite de son application. En effet, la mesure du scellement des puits et sillons peut amener une diminution du nombre de caries à restaurer.

2. La restauration en résine composite

La restauration préventive en résine composite est une deuxième mesure, relativement nouvelle, pouvant constituer une avantageuse solution de rechange à l'obturation en amalgame. En effet, contrairement à cette dernière, la restauration préventive en résine composite est une technique respectant la structure de la dent, puisqu'elle évite une taille trop radicale de la dent avant sa restauration. Encore ici, un comité d'experts pourrait déterminer si cette mesure devrait être intégrée à la couverture des services dentaires dans le cadre du programme administré par la Régie. Ce comité pourrait déterminer les modalités et les coûts d'application de cette mesure afin qu'une recommandation quant à son inclusion dans le programme soit faite.

3. Les malocclusions handicapantes

Le traitement des malocclusions handicapantes n'a jamais été couvert par le régime d'assurance-maladie du Québec. Ces malocclusions affectent des enfants pour qui il s'agit d'un sérieux problème de santé dentaire. Certains parents ne sont pas en mesure de faire traiter leurs enfants, en raison des coûts élevés associés à ces traitements. Le comité d'experts pourrait évaluer les diverses avenues et dégager les éléments de solution vis-à-vis ce problème.

En dehors du programme administré par la Régie, les deux principales mesures favorisant une bonne santé dentaire ont trait à la fluoruration et au programme public de services dentaires préventifs.

4. La fluoruration

Dans ce document, le rôle important de la fluoruration a été à maintes reprises illustré en tant que mesure préventive de la carie dentaire, principalement sur les faces lisses des dents. La fluoruration de l'eau de consommation est particulièrement efficace puisqu'elle rejoint indistinctement toutes les personnes consommant cette eau, autant celles qui se préoccupent de leur santé dentaire que celles qui s'en soucient peu. L'application de cette mesure passive aurait probablement contribué, dans le passé, à abaisser les coûts du programme administré par la Régie car elle aurait permis d'éviter de nombreuses restaurations. Cependant, beaucoup de résistance a empêché son extension au Québec, puisque moins de 10 % de la population a présentement accès à cette mesure.

Compte tenu qu'il s'agit d'une mesure reconnue comme étant efficace et économique dans le domaine de la santé dentaire, nous croyons que des efforts importants devraient être menés afin d'examiner, à la lumière de toutes les études faites à ce jour, la pertinence pour toutes les municipalités du Québec de procéder à la fluoruration de leur eau de consommation. D'ailleurs, comme le reconnaît la récente politique de la santé

et du bien-être, qui elle aussi favorise la fluoruration, les municipalités ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé et du bien-être:

> «Les municipalités sont appelées à devenir des partenaires plus importants pour l'amélioration de la santé et du bien-être. Leur champ de juridiction leur permet d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être (qualité de l'eau, de l'air, gestion des déchets, aménagement, loisirs [...][203].»

La pertinence d'une campagne d'information soulignant les bienfaits des fluorures sur la santé dentaire des enfants pourrait aussi être évaluée. Cette campagne pourrait, en même temps, sensibiliser les parents aux effets d'une consommation trop élevée des produits fluorurés sur la santé dentaire de leurs enfants. En effet, la fluorose a depuis quelques années été relevée parmi les enfants absorbant des fluorures, de sources diverses, en trop grande quantité.

5. Le programme public de services dentaires préventifs

Enfin, il y a lieu de recommander la poursuite du programme public de services dentaires préventifs dans les CLSC et les centres de santé publique. Ce programme devrait être disponible dans la grande majorité des territoires de CLSC. Les nouvelles orientations de ce programme se concentrent sur les enfants les plus vulnérables à la carie.

Ce programme est étroitement lié à celui administré par la Régie puisque les hygiénistes dentaires orientent les enfants dépistés vers les cabinets privés. Parmi ceux-ci, tous les enfants de 9 ans ou moins et les enfants psr de 10 ans ou plus admissibles au régime d'assurance-maladie peuvent alors obtenir gratuitement des services dentaires curatifs. Les enfants rapidement dépistés peuvent donc conserver une meilleure santé dentaire et

---

[203] MSSS, La politique de la santé..., op.cit., p.171.

ont moins besoin de services curatifs. Ce programme permet aussi la sensibilisation des enfants aux bonnes habitudes alimentaires et d'hygiène buccale, autres facteurs influençant la santé dentaire.

Enfin, les deux dernières recommandations sont liées à la recherche et sont énoncées ici.

6. Nouvelles avenues en santé dentaire

Des recherches pourraient être entreprises afin d'identifier de nouvelles avenues dans le domaine de la santé dentaire. S'agissant d'un domaine de recherche peu exploré, il est probable que des mesures non ou peu appliquées au Québec puissent être d'un grand apport dans l'amélioration de la santé dentaire des enfants. Nous en avons d'ailleurs évoqué quelques-unes tout au cours de cette étude. De telles recherches devraient porter une attention toute particulière aux enfants plus vulnérables à la carie, le programme administré par la Régie rejoignant moins facilement ce groupe d'enfants.

7. Enquête sur l'évolution de la santé dentaire des enfants

Dans le but de bien connaître l'état de santé dentaire des enfants en vue de leur offrir les mesures de prévention les mieux adaptées, nous recommandons la poursuite d'enquêtes auprès d'eux. Ces enquêtes permettraient, entre autres, de déterminer les effets de la récente désassurance des services dentaires auprès des enfants de 10 ans ou plus.

Les recommandations qui viennent d'être formulées rejoignent, pour la plupart, les voies d'action prioritaires déterminées dans la récente politique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles s'apparentent aussi aux recommandations de la dernière enquête santé dentaire réalisée en 1989 et 1990. Ces voies d'action et ces recommandations sont sommairement présentées ici.

La politique de la santé et du bien-être a déterminé les voies d'action prioritaires suivantes pour atteindre l'objectif fixé:

- «Renforcer l'éducation à la bonne alimentation et à de saines habitudes d'hygiène buccale dans l'ensemble de la population.

- Accroître l'usage des fluorures, particulièrement des fluorures systémiques: eau fluorée, sel fluorée, etc.

- Consolider les services dentaires préventifs et les activités éducatives dans les territoires de CLSC socio-économiquement défavorisés et chez les autochtones du Nord.

- Améliorer la surveillance de la santé bucco-dentaire et accentuer la prévention dans les centres de soins de longue durée[204].»

La politique a également établi les principaux sujets de recherche à effectuer dans le domaine de la santé dentaire. Il s'agit de:

- «Maintenir une bonne connaissance épidémiologique de l'état de santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population.

- Encourager la recherche sur trois aspects spécifiques de la problématique bucco-dentaire: les conséquences pour la santé de la perte des dents; les mesures préventives; les croyances et les attitudes au regard de la santé dentaire en milieu défavorisé.

- Poursuivre la recherche quant à l'impact de la fluoration de l'eau de consommation sur la santé et l'environnement.»

---

[204] Idem, pages 105 et 106.

Pour sa part, la dernière enquête santé dentaire[205] a également formulé des recommandations et ce, en fonction de deux groupes d'enfants: ceux vulnérables à la carie et ceux moins vulnérables à la carie.

Par rapport au groupe d'enfants vulnérables à la carie dentaire, les recommandations suivantes ont été formulées:

- «[...] l'ampleur de cette attaque carieuse sur les faces lisses des dents temporaires des enfants les plus vulnérables justifie la recommandation d'universaliser [...] l'utilisation des mesures préventives les plus efficaces sur les faces lisses des dents:

  - la prise de fluorures systémiques (eaux de consommation des villes et des écoles ou prises de suppléments de fluorures);

  - l'utilisation des fluorures topiques (gel, vernis, dentifrice ou rince-dents);

  - l'éducation sanitaire individualisée.

Le niveau du contrôle de l'attaque carieuse sur les faces avec puits et fissures en denture permanente [...] nous amène à recommander [...] la mesure scellement des puits et fissures pour les enfants du groupe le plus vulnérable à la carie [...]."

Par rapport au groupe d'enfants moins vulnérables à la carie, les recommandations suivantes sont faites:

- «[...] l'amélioration de leur condition bucco-dentaire ou à tout le moins le maintien des acquis ne pourrait se faire qu'en agissant sur leur accessibilité aux fluorures systémiques et au scellement des puits et fissures;

---

[205] PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M. et al., op. cit., pages 49 et 50.

- [...] le fait que cette prévalence de la carie dans ces groupes favorisés se localise à près de 85 % sur les faces avec sillons nous stimule à recommander la conceptualisation et la réalisation d'une campagne de promotion de la mesure préventive scellement de puits et fissures auprès des familles des écoliers du Québec [...].»

Les auteurs de l'enquête santé dentaire recommandent aussi «la mise en place d'un programme financé par l'État visant à traiter les cas de malocclusions sévères et handicapantes». Ils font également état de la nécessité de poursuivre de telles enquêtes: «Nous recommandons aux dirigeants responsables de la santé publique du Québec la reprise d'une enquête de même nature, de niveau provincial, en 1995-1996.»

À la lecture des recommandations découlant de la politique de la santé et du bien-être et de la dernière enquête santé dentaire, nous constatons que certaines mesures peuvent encore être prises afin d'améliorer la santé dentaire des enfants. Ce sont ces mêmes actions qui se sont dégagées tout au long de la présente étude. Certaines entraînent des modifications ou des ajouts à l'actuel programme administré par la Régie alors que d'autres demandent la collaboration de plusieurs instances gouvernementales. La nécessité de poursuivre des enquêtes et des recherches dans ce domaine a aussi été dégagée.

BIBLIOGRAPHIE

ALLUKIAN, M. Jr., «Presentation of the American Public Health Association», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2), Supplement: 119-120.

ANGLE, E.H., «Classification of Malocclusion», Dental Cosmos, 1906, 28: 421-426.

ASSOCIATION DENTAIRE CANADIENNE, L'utilisation du fluor. À l'intention du personnel, octobre 1992.

ASSOCIATION DES DENTISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC, Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, février 1986.

ASSOCIATION DES DENTISTES SPÉCIALISTES POUR ENFANTS DU QUÉBEC, Politique de L'Association concernant les fluorures, novembre 1992, 2 pages.

BRODEUR, J.-M., GAGNON, P., OLIVIER, M., ISMAIL, A.I., «Sealants Decision in Children: a Two Years Follow-up», Journal Dent. Res., 1992, AADR, Abstracts, 268.

BRODEUR, J.-M., SIMARD, P.-L., CONTANDRIOPOULOS, A.-P., Évaluation de l'application topique de fluorures en tant que mesure préventive en santé communautaire, septembre 1989.

BRODEUR, J.-M. et al., «Increase in Quebec dental manpower and demand for dental care from 1971 to 1985», Journal de l'Association dentaire canadienne, vol. 54, no 6, juin 1988.

CHAPDELAINE Benoît, «Les remous du fluorure», Québec Science, juillet-août 1987, vol.25, no 1, p. 43 à 46.

CHARLAND et PRÉVOST, «Restauration conservatrice en résine composite», Journal dentaire du Québec, août 1990, 361-364.

CLARK, D.C., «Appropriate Use of Fluoride in the 1990s», Journal Can. Dent. Ass., March 1993, 59 (3): 272-277.

COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ, Rapport, 1984.

COMITÉ D'ORGANISATION DES ÉTATS GÉNÉRAUX DE 1991, «Sondage auprès de la profession dentaire du Québec en mai 1991», Journal dentaire du Québec, Vol. XXIX, février 1992.

COMITÉ D'ORIENTATION DU PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE, Programme public de services dentaires préventifs, révision 1991, printemps 1990.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE, SOUS-COMITÉ SUR LA PAUVRETÉ, Les enfants du Canada: notre avenir, décembre 1991.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, Rapport, 1988.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Rochon), Rapport, 1988.

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, Objectif santé, août 1984.

DEMERS, M., Dépistage précoce des enfants à risque élevé de carie, Revue de la littérature, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

DEMERS, M., BRODEUR, J.-M., MOUTON, C. et al., «A Multivariate Model to Predict Caries Increment among Kindergarten Children», Community Dental Health, (article à paraître).

EKLUND, S.A., ISMAIL, A.I., «Time of Development of Occlusal and Proximal Lesions: Implications for Fissure Sealants», Journal Public Health Dent., 1986, 46 (2): 114-121.

EVANS R.W., STAMM, J.W., «An Epidemiologic Estimate of the Critical Period During which Human Maxillary Central Incisors are Most Susceptible to Fluorosis», Journal Public Health Dent., 1991, 51 (4): 251-259.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, «Changing Patterns of Oral Health and Implications for Oral Health Manpower: Part 1», International Dental Journal, (1985), 35, p. 235-251.

GHAFARI,J. LOCKE, S.A., MARVIN BENTLEY, J., «Longitudinal Evaluation of the Treatment of the Priority Index», American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedic, November 1989, vol. 96, no 5.

GLASER, W.A., Health Insurance in Practice, 1992.

GRAINGER, R.M., «The Orthodontic Treatment Priority Index», National Public Health Publication no 1000, serie 2, no 25.

HIRSHON, S., «La santé dentaire des jeunes», Protégez-vous, octobre 1991, 34-40.

HOROWITZ, H.S. et al., «A New Method for Assessing the Prevalence of Dental Fluorisis. The Tooth Surface Index of Fluorosis», JADA, 1984, 109: 37-41.

HOROWITZ, H.S., «Appropriate Uses of Fluoride: Considerations for the 90s Summary», Journal Public Health Dent., Fall 1990, 50(5): 60-63.

HOROWITZ, H.S., «Fluoride and Enamel Defects», Adv. Dent. Res., September 1989, 3 (2): 143-146.

HOROWITZ, H.S., «Pit and Fissure Sealant in Private Practice and Public Health Programms Analysis of Cost-Effectiveness», 30, (2): 117-126.

HOROWITZ, H.S., «Indexes for Measuring Dental Fluorosis», Journal Public Health Dent., Fall 1986, 46 (4):179-183.

HOUPT, M., FUKS, A., ENDELMAN, E., SHEZ, Z., «Composite/Sealant Restoration», Oral Health, January 1990, 21-23.

HOUPT, M.I., SHEZ, Z., «Cost-Effectiveness of Fissure Sealants», Journal Dental Children, May-June 1983: 210-212.

ISMAIL, A.I., BRODEUR, J.-M., GAGNON, P., PAYETTE, M. et al., «Prevalence of Non-Cavitated and Cavitated Carius Lesions in a Random Sample of 7-9 Years-old Schoolchildren in Montreal, Quebec», Community Dent. Oral Epidemiology, 1992, 20: 250 à 255.

Journal dentaire du Québec, «Les régimes privés d'assurance-maladie au Canada et au Québec», XXV: 682, 1988; XXVIII: 538, 1991.

KATZ, SINKFORD et SAUNDERS, «The 100 Year Dilemna: What is a Normal Occlusion and how is a Malocclusion Classified?», Quintessence International, 1990, vol. 21, no 5.

LACROIX, D., Monographie sur les programmes de services dentaires administrés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, RAMQ, mai 1991.

LAFONTAINE, B., Guide de programmation. Services dentaires préventifs pour les enfants, ministère des Affaires sociales, juillet 1982.

LAVALLÉE, A., Orientation et stratégie d'intervention du programme de santé dentaire, 1989-1990, DSC du Haut-Richelieu, mai 1989.

MACKIN, N., SIMS WILLIAMS, J.H., STEPHEN, C.D.,«Artificial Intelligence in Dental Surgery: an Orthodontic Expert System, a Dental Tool of Tomorrow», Dental Update, October 1991: 341-343.

MANSSON, B.A., WHITFORD, G.M., «Environmental and Physiological Factors Affecting Dental Fluorosis», Journal Dent. Res., February 1990, 60 (Special Issue): 706-713.

MAS, Une politique québécoise de santé dentaire, avril 1984.

MASON, J.O., «Too Much of a Good Thing?: Question about Fluorosis Explored», JADA, August 1991, 122: 93-96.

MASSACHUSSETTS MEDICAL SOCIETY, «Morbidiry and Mortality Weekly Report», June 14 1991, 40 (RR-7): 1-8.

MERTZ-FAIRHURST, E.J., «Current Status of Sealants Retention and Caries Prevention», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2) Supplement: 18-26.

MERTZ-FAIRHURST, «Pit and Fissures Sealants: A Global Lack of Science Transfer?», J.Dent.Res., August 1982.

Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation: Consommation alimentaire estimée par personne au Québec, juin 1990.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Politique de santé et de bien-être. Santé dentaire, 1990. Document non publié.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La politique de la santé et du bien-être, 1992.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Une politique québécoise de santé dentaire, Québec, avril 1984.

MITCHELL, L., MURRAY, J.J., «Fissure Sealants: a Critique of their Cost-Effectiveness», Community Dent. Oral Epidemiology, 1989, 17: 19-23.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE STATEMENT, «Dental Sealants in the Prevention of Tooth Decay», Journal Dental Educ., 1984, 48 (2), Supplement, 126-131.

NEWBRUN, E., «Preventing Dental Caries: Current and Prospective Strategies», JADA, May 1992, 123: 68-73.

NIKIFORAH, G., et al., «Un demi-siècle de fluoration: carie dentaire en voie de disparition, mais hausse de la fluorose dentaire», Actualités dentaires, 1992, 2 (4):1-5.

ODQ, Comité d'expertises professionnelles, Les effectifs dentaires au Québec, 1987.

ODQ, «Message du directeur général», Ordre des dentistes du Québec, 1989-1990.

OMS, Méthodes et programmes de prévention des affections bucco-dentaires, 1984.

OMS, Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques, 1990.

ORDRE DES DENTISTES, Rapport annuel 1990-1991.

OSTERMAN, J. et VALLÉE, J.-G., Mieux vaut prévenir que guérir, DSC de l'Hôpital général du Lakeshore, octobre 1992.

PAYETTE, M., PLANTE, R., L'HEUREUX, J.-B., Enquête santé dentaire Québec 1983-1984. Rapport préliminaire et complémentaire, Association des hôpitaux du Québec, Division CH-DSC et ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1985 et janvier 1987.

PAYETTE, M., BRODEUR, J.-M., PLANTE, R., L'HEUREUX, J.-B., Enquête santé dentaire Québec 1989-1990. Portrait de la santé dentaire des jeunes Québécois de 7 à 17 ans, Association des hôpitaux du Québec. Division CH-DSC et ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 1991.

PENDRYS, D.G., «Dental Fluorosis in Perspective», JADA, September 1991, 122: 63-66.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, Statistiques annuelles 1990.

RINCHUSE et RINCHUSE, Angle Othodondist, Vol. 59, no 4.

RIPA, L.W., «A Critique of Topical Fluoride Methods (Dentifrices, Mouth Rinse, Operator and Self-Applied Gel) an Era of Decreased Caries and Increased Fluorosis Prevalence», Journal Public Health Dent., 1991, 51(1): 23-41.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Les régimes d'assurance dentaire au Canada: historique, situation présente et orientations futures, 1986.

SHAW, RICHMOND, O'BRIEN et BROOK, «Indices of Treatment Need and Treatment Standards», British Dental Journal, February 1991:107-112.

SIMARD, P., BRODEUR, J.-M., LUSSIER, J.-P., «Commentaires du Comité d'expertises professionnelles de l'ODQ sur les recommandations du rapport sur les effectifs dentaires au Québec», Journal dentaire du Québec, août 1988.

SIMONSEN, R.J.,«Conservative Cavity Preparation Design. Posterior Composite Resin Dental Restoration Materials», Minnesota Mining+Mfg., Co., 1985: 421-427.

SMITH, D.C., «The Appropriateness of Comparing Sealants with Restaurations», Journal dental Educ., 1984,48 (2),Supplement: 103-106.

STAMM, J.W., DIXTER, C.T., LANGLAIS, R.P., «Principal Dental Health Indices for 13-14 Year Old School Children in Quebec», Canadian Dental Association Journal, 1980, 46: 125-137.

STAMM, J.W., «The Use of Fissure Sealants in Public Health Programs: a Reactor's Comments», Journal Dental Educ., 1983, 43 (3): 243-246.

STAMM, J.W., «Some indicators of Oral Health Status of the North American Child Population», Journal Canadian Dental Association, 1980, 46: 21-30.

STANNARD, J. et al., Journal Clinical Pediatric. Dent., 1991, 16 (1): 38-40.

SUMMERS, C.J., «A System for Identifying and Scoring Occlusal Disorders», The Occlusal Index, Ph.D. Thesis An Harbor, Michigan, 1966.

SUMMERS, C.J., «Test for Validity for Indices of Occlusion», American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthpedic, 1972, 62 (4): 428-429.

TRAHAN, L., Devis d'évaluation du programme des aides auditives, MSSS, novembre 1985.

VINCENT, J.-R., «La non-utilisation des services dentaires assurés chez des écoliers du primaire susceptibles à la carie et provenant d'un milieu urbain défavorisé», Journal de la santé dentaire communautaire du Québec, vol. 3, no 3, été 1990.

WAGENER, D.K., NOURJAH, P., «Trands in Childhood Use of Dental Care Products Containing Fluoride: United States 1983-1984», Advance Data, November 1992, (219): 1-13.

ANNEXE I

TABLEAUX STATISTIQUES

TABLEAU 1.1

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR REGION SOCIO-SANITAIRE.1986

REGION ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES Nombre	%	Coûts	%	SERVICES PAR DISPENSATEUR Nombre	Coûts	DISPENSATEURS Nombre	Taux * 1 sur
BAS-ST-LAUR.-GASP.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	118 507	3,3	2 332 594	3,3	2 236	44 011	53	1 014
	TOTAL	118 507	3,3	2 332 594	3,3	2 236	44 011	53	1 014
SAG.- LAC ST-JEAN	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	173	3,8	9 740	5,0	87	4 870	2	38 617
	DENTISTE	210 545	5,8	4 403 698	6,2	2 366	49 480	89	868
	TOTAL	210 718	5,8	4 413 438	6,2	2 316	48 499	91	849
QUEBEC	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	158	3,5	12 636	6,5	26	2 106	6	38 299
	DENTISTE	661 978	18,2	13 129 471	18,5	1 964	38 960	337	682
	TOTAL	662 136	18,2	13 142 107	18,5	1 930	38 315	343	670
TROIS-RIVIERES	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	170	3,7	6 112	3,2	170	6 112	1	101 716
	DENTISTE	272 704	7,5	5 444 979	7,7	2 147	42 874	127	801
	TOTAL	272 874	7,5	5 451 091	7,7	2 132	42 587	128	795
ESTRIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	584	12,8	20 213	10,5	146	5 053	4	15 000
	DENTISTE	160 114	4,4	3 014 787	4,2	2 053	38 651	78	769
	TOTAL	160 698	4,4	3 035 000	4,3	1 960	37 012	82	732
MONTREAL METROPOL.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	3 298	72,3	135 639	70,3	132	5 426	25	14 315
	DENTISTE	941 204	25,9	18 260 748	25,7	846	16 407	1 113	322
	TOTAL	944 502	26,0	18 396 387	25,8	830	16 166	1 138	314
LAURENT. - LANAUD.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	349 080	9,6	6 765 746	9,5	1 950	37 797	179	837
		349 080	9,6	6 765 746	9,5	1 950	37 797	179	837
MONTEREGIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	56	1,2	2 748	1,4	56	2 748	1	262 828
	DENTISTE	632 023	17,4	12 043 355	17,0	1 859	35 422	340	773
	TOTAL	632 079	17,4	12 046 103	16,9	1 854	35 326	341	771
OUTAOUAIS	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	100	2,2	4 798	2,5	100	4 798	1	59 048
	DENTISTE	130 973	3,6	2 502 282	3,5	1 871	35 747	70	844
	TOTAL	131 073	3,6	2 507 081	3,5	1 846	35 311	71	832
ABITIBI - TEMISCAM.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	23	0,5	1 034	0,5	23	1 034	1	41 054
	DENTISTE	93 152	2,6	1 834 247	2,6	2 823	55 583	33	1 244
	TOTAL	93 175	2,6	1 835 280	2,6	2 740	53 979	34	1 207
COTE-NORD	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	51 383	1,4	1 054 451	1,5	2 447	50 212	21	1 287
	TOTAL	51 383	1,4	1 054 451	1,5	2 447	50 212	21	1 287
REGION INCONNUE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	-	-	0	-
	DENTISTE	9 029	0,2	194 673	0,3	-	-	20	-
	TOTAL	9 029	0,2	194 673	0,3	-	-	20	-
T O T A L	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 562	100,0	192 919	100,0	111	4 705	41	35 700
	DENTISTE	3 630 692	100,0	70 981 032	100,0	1 476	28 854	2 460	595
	TOTAL	3 635 254	100,0	71 173 950	100,0	1 454	28 458	2 501	585

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

TABLEAU 1.2

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR REGION SOCIO-SANITAIRE.1987

REGION ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES Nombre	%	Coûts	%	SERVICES PAR DISPENSATEUR Nombre	Coûts	DISPENSATEURS Nombre	Taux * 1 sur
BAS-ST-LAUR.-GASP.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0
	DENTISTE	120 504	3,3	2 369 612	3.3	2 191	43 084	55	958
	TOTAL	120 504	3,3	2 369 612	3,3	2 191	43 084	55	958
SAG.- LAC ST-JEAN	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	150	3.5	6 878	3,9	75	3 439	2	38 505
	DENTISTE	213 514	5,8	4 437 761	6,2	2 399	49 862	89	865
	TOTAL	213 664	5,8	4 444 639	6,2	2 348	48 842	91	846
QUEBEC	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	131	3,1	7 159	4,1	22	1 193	6	38 122
	DENTISTE	676 000	18,5	13 457 986	18,7	2 018	40 173	335	683
	TOTAL	676 131	18.5	13 465 146	18,6	1 983	39 487	341	671
TROIS-RIVIERES	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	164	3.9	6 833	3.9	164	6 833	1	102 209
	DENTISTE	286 413	7,8	5 757 751	8,0	2 137	42 968	134	763
	TOTAL	286 577	7,8	5 764 584	8,0	2 123	42 701	135	757
ESTRIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	576	13,6	21 468	12,2	144	5 367	4	15 013
	DENTISTE	161 944	4,4	3 080 315	4,3	2 076	39 491	78	770
	TOTAL	162 520	4,4	3 101 783	4,3	1 982	37 827	82	732
MONTREAL METROPOL.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	2 975	70,4	122 986	69,9	106	4 392	28	12 726
	DENTISTE	923 817	25,2	18 068 990	25,1	798	15 604	1 158	308
	TOTAL	926 792	25,3	18 191 975	25,2	781	15 339	1 186	300
LAURENT. - LANAUD.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
	DENTISTE	354 269	9,7	6 967 235	9,7	1 905	37 458	186	834
		354 269	9,7	6 967 235	9,6	1 905	37 458	186	834
MONTEREGIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	106	2.5	5 680	3.2	53	2 840	2	133 340
	DENTISTE	643 518	17,6	12 408 894	17,2	1 855	35 761	347	769
	TOTAL	643 624	17,6	12 414 573	17,2	1 844	35 572	349	764
OUTAOUAIS	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	109	2,6	3 969	2,3	109	3 969	1	59 146
	DENTISTE	126 953	3,5	2 421 532	3,4	1 628	31 045	78	758
	TOTAL	127 062	3,5	2 425 501	3,4	1 608	30 703	79	749
ABITIBI - TEMISCAM.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	15	0.4	1 061	0,6	15	1 061	1	41 116
	DENTISTE	92 792	2,5	1 838 109	2,6	2 812	55 700	33	1 246
	TOTAL	92 807	2,5	1 839 170	2,5	2 730	54 093	34	1 209
COTE-NORD	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	54 984	1,5	1 141 801	1,6	2 894	60 095	19	1 383
	TOTAL	54 984	1,5	1 141 801	1,6	2 894	60 095	19	1 383
REGION INCONNUE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	-	-	0	-
	DENTISTE	5 177	0,1	110 263	0,2	-	-	19	-
	TOTAL	5 177	0,1	110 263	0,2	-	-	19	-
T O T A L	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 226	100,0	176 034	100,0	94	3 912	45	32 481
	DENTISTE	3 659 885	100,0	72 060 248	100,0	1 446	28 471	2 531	578
	TOTAL	3 664 111	100,0	72 236 282	100,0	1 422	28 042	2 576	567

Taux:Nombre de d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

TABLEAU 1.3

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR REGION SOCIO-SANITAIRE.1988

REGION ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES Nombre	%	Coûts	%	SERVICES PAR DISPENSATEUR Nombre	Coûts	DISPENSATEURS Nombre	Taux * 1 sur
BAS-ST-LAUR.-GASP.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0.0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	121 252	3,3	2 340 350	3,3	2 245	43 340	54	957
	TOTAL	121 252	3,3	2 340 350	3,3	2 245	43 340	54	957
SAG.- LAC ST-JEAN	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	175	4,0	7 579	4,1	88	3 790	2	38 182
	DENTISTE	227 405	6,2	4 615 886	6,4	2 614	53 056	87	878
	TOTAL	227 580	6,1	4 623 465	6,4	2 557	51 949	89	858
QUEBEC	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	235	5,4	11 180	6,1	34	1 597	7	32 490
	DENTISTE	682 990	18,5	13 410 033	18,7	1 935	37 989	353	644
	TOTAL	683 225	18,5	13 421 213	18,7	1 898	37 281	360	632
TROIS-RIVIERES	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	146	3,3	5 752	3,1	146	5 752	1	102 298
	DENTISTE	288 145	7,8	5 708 134	8,0	2 029	40 198	142	720
	TOTAL	288 291	7,8	5 713 885	7,9	2 016	39 957	143	715
ESTRIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	655	15,0	21 997	11,9	164	5 499	4	14 984
	DENTISTE	162 454	4,4	3 044 907	4,2	2 083	39 037	78	768
	TOTAL	163 109	4,4	3 066 904	4,3	1 989	37 401	82	731
MONTREAL METROPOL.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	2 906	66,3	124 821	67,7	108	4 623	27	13 225
	DENTISTE	913 305	24,7	17 701 667	24,7	777	15 052	1 176	304
	TOTAL	916 211	24,8	17 826 488	24,8	762	14 818	1 203	297
LAURENT. - LANAUD.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	82	1,9	4 327	2,3	82	4 327	1	159 354
	DENTISTE	366 022	9,9	7 031 645	9,8	1 887	36 246	194	821
		366 104	9,9	7 035 972	9,8	1 877	36 082	195	817
MONTEREGIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	70	1,6	3 794	2,1	35	1 897	2	134 669
	DENTISTE	655 180	17,7	12 482 115	17,4	1 830	34 866	358	752
	TOTAL	655 250	17,7	12 485 909	17,4	1 820	34 683	360	748
OUTAOUAIS	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	95	2,2	3 853	2,1	48	1 927	2	29 827
	DENTISTE	125 873	3,4	2 388 806	3,3	1 554	29 491	81	736
	TOTAL	125 968	3,4	2 392 660	3,3	1 518	28 827	83	719
ABITIBI - TEMISCAM.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	16	0,4	976	0,5	16	976	1	40 889
	DENTISTE	93 338	2,5	1 807 156	2,5	2 828	54 762	33	1 239
	TOTAL	93 354	2,5	1 808 133	2,5	2 746	53 180	34	1 203
COTE-NORD	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
	DENTISTE	52 579	1,4	1 061 792	1,5	2 921	58 988	18	1 426
	TOTAL	52 579	1,4	1 061 792	1,5	2 921	58 988	18	1 426
REGION INCONNUE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0,0	0	0,0	-	-	0	-
	DENTISTE	8 433	0,2	181 809	0,3	-	-	22	-
	TOTAL	8 433	0,2	181 809	0,3	-	-	22	-
T O T A L	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 380	100,0	184 280	100,0	93	3 921	47	31 203
	DENTISTE	3 696 976	100,0	71 774 300	100,0	1 424	27 648	2 596	565
	TOTAL	3 701 356	100,0	71 958 580	100,0	1 400	27 226	2 643	555

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services dentaires.

TABLEAU 1.4

REPARTITION DU NOMBRE ET DES COUTS DE SERVICES DENTAIRES PAR CATEGORIE DE DISPENSATEUR ET PAR REGION SOCIO-SANITAIRE.1989

REGION ET CATEGORIE DE DISPENSATEUR		SERVICES DENTAIRES				SERVICES PAR DISPENSATEUR		DISPENSATEURS	
		Nombre	%	Coûts	%	Nombre	Coûts	Nombre	Taux * 1 sur
BAS-ST-LAUR.-GASP.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0
	DENTISTE	115 018	3.4	2 406 843	3.3	1 983	41 497	58	856
	TOTAL	115 018	3.4	2 406 843	3.3	1 983	41 497	58	856
SAG.- LAC ST-JEAN	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	184	4.1	9 440	4.7	92	4 720	2	37 045
	DENTISTE	211 577	6.2	4 564 204	6.3	2 351	50 713	90	823
	TOTAL	211 761	6.2	4 573 645	6.3	2 302	49 714	92	805
QUEBEC	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	287	6.4	15 659	7.9	41	2 237	7	31 532
	DENTISTE	631 609	18.4	13 357 109	18.6	1 693	35 810	373	592
	TOTAL	631 896	18.4	13 372 768	18.5	1 663	35 191	380	581
TROIS-RIVIERES	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	122	2.7	4 486	2.3	122	4 486	1	100 031
	DENTISTE	267 003	7.8	5 635 766	7.8	1 993	42 058	134	747
	TOTAL	267 125	7.8	5 640 252	7.8	1 979	41 780	135	741
ESTRIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	632	14.0	25 933	13.0	158	6 483	4	14 622
	DENTISTE	148 537	4.3	3 002 598	4.2	1 790	36 176	83	705
	TOTAL	149 169	4.3	3 028 531	4.2	1 715	34 811	87	672
MONTREAL METROPOL.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	3 036	67.2	132 049	66.3	117	5 079	26	13 279
	DENTISTE	847 133	24.7	17 901 576	24.9	717	15 158	1 181	292
	TOTAL	850 169	24.8	18 033 625	25.0	704	14 941	1 207	286
LAURENT. - LANAUD.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	48	1.1	2 504	1.3	48	2 504	1	160 076
	DENTISTE	346 317	10.1	7 207 592	10.0	1 723	35 859	201	796
	TOTAL	346 365	10.1	7 210 096	10.0	1 715	35 694	202	792
MONTEREGIE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	54	1.2	3 183	1.6	27	1 591	2	132 300
	DENTISTE	604 945	17.7	12 511 585	17.4	1 609	33 275	376	704
	TOTAL	604 999	17.6	12 514 768	17.3	1 601	33 108	378	700
OUTAOUAIS	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	138	3.1	4 713	2.4	46	1 571	3	19 599
	DENTISTE	114 529	3.3	2 384 197	3.3	1 507	31 371	76	774
	TOTAL	114 667	3.3	2 388 911	3.3	1 451	30 239	79	744
ABITIBI - TEMISCAM.	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	15	0.3	1 237	0.6	15	1 237	1	39 522
	DENTISTE	85 745	2.5	1 798 171	2.5	2 598	54 490	33	1 198
	TOTAL	85 760	2.5	1 799 408	2.5	2 522	52 924	34	1 162
COTE-NORD	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0
	DENTISTE	44 302	1.3	952 282	1.3	2 332	50 120	19	1 303
	TOTAL	44 302	1.3	952 282	1.3	2 332	50 120	19	1 303
REGION INCONNUE	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	0	0.0	0	0.0	-	-	0	-
	DENTISTE	10 203	0.3	230 937	0.3	-	-	26	-
	TOTAL	10 203	0.3	230 937	0.3	-	-	26	-
T O T A L	SPECIAL.EN CHIR.BUCCAL	4 516	100.0	199 204	100.0	96	4 238	47	30 638
	DENTISTE	3 426 918	100.0	71 952 861	100.0	1 293	27 152	2 650	543
	TOTAL	3 431 434	100.0	72 152 065	100.0	1 272	26 753	2 697	534

Taux:Nombre d'enfants admissibles par dispensateur de services

TABLEAU 2.1

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR,1986

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR																					
	01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	29 353	94,0	74	0,1	591	0,4	90	0,1	53	0,1	369	0,2	115	0,1	219	0,1	60	0,2	30	0,1	119	0,9
REGION 02	65	0,2	49 030	94,8	1 372	0,9	334	0,5	66	0,2	1 945	0,8	625	0,7	343	0,2	71	0,2	77	0,3	85	0,7
REGION 03	489	1,6	663	1,3	149 279	93,0	740	1,1	329	0,9	1 239	0,5	501	0,6	1 009	0,6	209	0,6	217	0,9	279	2,1
REGION 04	126	0,4	263	0,5	3 121	1,9	60 561	92,3	454	1,2	1 257	0,5	354	0,4	1 572	1,0	103	0,3	112	0,5	86	0,7
REGION 05	59	0,2	91	0,2	952	0,6	386	0,6	36 160	93,5	450	0,2	133	0,1	1 160	0,7	51	0,1	37	0,2	43	0,3
REGION 06	407	1,3	405	0,8	1 304	0,8	637	1,0	667	1,7	197 599	81,4	6 231	7,0	7 888	4,8	376	1,1	245	1,0	151	1,2
REGION 16	133	0,4	192	0,4	625	0,4	898	1,4	151	0,4	16 584	6,8	78 376	87,8	1 875	1,1	317	0,9	206	0,9	186	1,4
REGION 26	279	0,9	397	0,8	1 512	0,9	1 594	2,4	585	1,5	19 404	8,0	1 656	1,9	148 887	90,4	320	0,9	224	0,9	386	3,0
REGION 07	47	0,2	77	0,1	234	0,1	98	0,1	53	0,1	507	0,2	420	0,5	260	0,2	32 427	94,2	128	0,5	21	0,2
REGION 08	33	0,1	118	0,2	289	0,2	100	0,2	35	0,1	579	0,2	618	0,7	658	0,4	80	0,2	22 066	93,0	29	0,2
REGION 09	150	0,5	155	0,3	749	0,5	40	0,1	33	0,1	1 259	0,5	47	0,1	131	0,1	21	0,1	31	0,1	11 629	89,1
TOTAL*	31 214	100,0	51 694	100,0	160 507	100,0	65 620	100,0	38 693	100,0	242 773	100,0	89 316	100,0	164 729	100,0	34 419	100,0	23 731	100,0	13 052	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 2.2

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR,1987

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR																					
	01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	29 529	93,8	71	0,1	453	0,3	58	0,1	44	0,1	830	0,3	112	0,1	219	0,1	45	0,1	35	0,1	96	0,7
REGION 02	92	0,3	50 188	95,3	652	0,4	171	0,2	68	0,2	1 513	0,6	107	0,1	1 416	0,8	60	0,2	70	0,3	90	0,7
REGION 03	480	1,5	611	1,2	151 666	94,4	882	1,3	292	0,7	1 038	0,4	398	0,4	1 536	0,9	188	0,5	161	0,7	252	1,9
REGION 04	82	0,3	235	0,4	2 960	1,8	63 054	92,0	452	1,2	1 482	0,6	554	0,6	1 052	0,6	86	0,3	81	0,3	67	0,5
REGION 05	63	0,2	72	0,1	926	0,6	344	0,5	36 937	94,4	398	0,2	127	0,1	1 129	0,7	42	0,1	56	0,2	34	0,3
REGION 06	351	1,1	454	0,9	1 021	0,6	501	0,7	335	0,9	194 421	80,0	6 953	7,6	8 590	5,1	331	1,0	413	1,7	127	1,0
REGION 16	131	0,4	236	0,4	469	0,3	948	1,4	143	0,4	18 548	7,6	79 899	87,5	2 423	1,4	304	0,9	217	0,9	121	0,9
REGION 26	434	1,4	318	0,6	1 223	0,8	1 894	2,8	622	1,6	20 119	8,3	2 188	2,4	151 770	89,4	330	1,0	196	0,8	159	1,2
REGION 07	30	0,1	55	0,1	176	0,1	484	0,7	57	0,1	429	0,2	298	0,3	535	0,3	32 398	94,7	95	0,4	22	0,2
REGION 08	62	0,2	102	0,2	174	0,1	80	0,1	45	0,1	1 455	0,6	475	0,5	381	0,2	89	0,3	22 277	93,2	20	0,2
REGION 09	138	0,4	121	0,2	499	0,3	32	0,0	26	0,1	1 391	0,6	59	0,1	84	0,0	17	0,0	23	0,1	12 153	92,2
TOTAL*	31 466	100,0	52 668	100,0	160 727	100,0	68 555	100,0	39 118	100,0	243 012	100,0	91 351	100,0	169 704	100,0	34 198	100,0	23 892	100,0	13 182	100,0

e total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 2.3

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR,1988

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR																					
	01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	28 988	93,1	76	0,1	683	0,4	72	0,1	31	0,1	369	0,2	109	0,1	199	0,1	37	0,1	82	0,3	74	0,6
REGION 02	58	0,2	51 561	95,7	629	0,4	110	0,2	609	1,5	1 086	0,4	127	0,1	252	0,1	48	0,1	61	0,3	73	0,6
REGION 03	475	1,5	575	1,1	153 637	94,2	1 417	2,0	306	0,8	1 647	0,7	365	0,4	850	0,5	302	0,9	150	0,6	208	1,7
REGION 04	639	2,1	220	0,4	3 096	1,9	64 213	91,8	668	1,7	1 533	0,6	292	0,3	898	0,5	237	0,7	75	0,3	59	0,5
REGION 05	37	0,1	85	0,2	923	0,6	299	0,4	37 208	92,8	366	0,2	127	0,1	1 099	0,6	43	0,1	47	0,2	23	0,2
REGION 06	296	1,0	351	0,7	948	0,6	677	1,0	299	0,7	194 283	80,5	7 011	7,4	10 870	6,2	291	0,8	446	1,8	92	0,7
REGION 16	97	0,3	202	0,4	503	0,3	1 060	1,5	132	0,3	18 281	7,6	83 943	88,0	3 219	1,8	289	0,8	177	0,7	58	0,5
REGION 26	257	0,8	332	0,6	1 079	0,7	1 806	2,6	624	1,6	19 410	8,0	1 878	2,0	155 342	89,2	245	0,7	209	0,9	125	1,0
REGION 07	28	0,1	83	0,2	169	0,1	64	0,1	43	0,1	455	0,2	374	0,4	223	0,1	32 504	94,4	99	0,4	11	0,1
REGION 08	33	0,1	104	0,2	177	0,1	77	0,1	58	0,1	1 345	0,6	491	0,5	502	0,3	92	0,3	22 496	93,2	22	0,2
REGION 09	128	0,4	133	0,2	757	0,5	48	0,1	16	0,0	1 163	0,5	441	0,5	114	0,1	22	0,1	25	0,1	11 705	93,6
TOTAL*	31 122	100,0	53 897	100,0	163 081	100,0	69 972	100,0	40 093	100,0	241 462	100,0	95 385	100,0	174 187	100,0	34 419	100,0	24 140	100,0	12 500	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 2.4

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR,1989

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR																							
	01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	29 110	91,2	82	0,2	691	0,4	78	0,1	33	0,1	338	0,1	121	0,1	920	0,5	40	0,1	33	0,1	46	0,4
REGION 02	62	0,2	51 454	96,0	809	0,5	97	0,1	51	0,1	941	0,4	133	0,1	250	0,1	53	0,2	69	0,3	57	0,5
REGION 03	469	1,5	619	1,2	155 338	93,8	925	1,3	319	0,8	858	0,4	401	0,4	1 922	1,1	159	0,5	154	0,7	202	1,7
REGION 04	87	0,3	195	0,4	2 890	1,7	64 476	92,3	548	1,4	1 447	0,6	1 036	1,0	1 095	0,6	201	0,6	83	0,4	43	0,4
REGION 05	40	0,1	70	0,1	1 019	0,6	268	0,4	37 362	93,7	366	0,2	151	0,2	1 091	0,6	49	0,1	52	0,2	19	0,2
REGION 06	264	0,8	307	0,6	1 347	0,8	578	0,8	298	0,7	193 732	80,6	7 070	7,1	9 000	5,1	537	1,5	166	0,7	72	0,6
REGION 16	111	0,3	186	0,3	704	0,4	877	1,3	152	0,4	19 020	7,9	86 287	87,2	2 647	1,5	393	1,1	136	0,6	64	0,5
REGION 26	235	0,7	273	0,5	1 103	0,7	2 182	3,1	846	2,1	19 201	8,0	2 569	2,6	156 350	89,3	237	0,7	178	0,8	99	0,8
REGION 07	38	0,1	82	0,2	207	0,1	152	0,2	65	0,2	628	0,3	407	0,4	689	0,4	33 006	94,3	85	0,4	13	0,1
REGION 08	330	1,0	81	0,2	146	0,1	58	0,1	44	0,1	1 260	0,5	138	0,1	269	0,2	80	0,2	21 950	94,4	11	0,1
REGION 09	1 073	3,4	103	0,2	890	0,5	32	0,0	20	0,1	1 115	0,5	426	0,4	114	0,1	16	0,0	19	0,1	11 368	94,5
TOTAL*	31 922	100,0	53 599	100,0	165 613	100,0	69 862	100,0	39 870	100,0	240 370	100,0	98 949	100,0	175 023	100,0	35 014	100,0	23 241	100,0	12 035	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 3.1

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR(SPECIALISTE EN CHIRURGIE BUCCALE),1986

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09		TOTAL*	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	0	0,0	1	1,8	11	20,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	0,8
REGION 02	0	0,0	48	87,3	1	1,8	0	0,0	1	0,4	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	53	3,1
REGION 03	0	0,0	2	3,6	39	70,9	1	1,4	21	7,9	10	0,8	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	0	0,0	74	4,4
REGION 04	0	0,0	0	0,0	3	5,5	69	94,5	45	16,9	12	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	129	7,6
REGION 05	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	159	59,6	4	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	163	9,6
REGION 06	0	0,0	2	3,6	0	0,0	1	1,4	3	1,1	630	52,9	0	0,0	2	11,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	638	37,8
REGION 16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	192	16,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	194	11,5
REGION 26	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	36	13,5	328	27,6	0	0,0	15	88,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	380	22,5
REGION 07	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	28	96,6	0	0,0	0	0,0	31	1,8
REGION 08	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0	12	0,7
REGION 09	0	0,0	1	1,8	1	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
T O T A L *	0	0,0	55	100,0	55	100,0	73	100,0	267	100,0	1 190	100,0	0	0,0	17	100,0	29	100,0	4	100,0	0	0,0	1 690	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 3.2

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR(SPECIALISTE EN CHIRURGIE BUCCALE),1987

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01 NBRE	01 %	02 NBRE	02 %	03 NBRE	03 %	04 NBRE	04 %	05 NBRE	05 %	06 NBRE	06 %	016 NBRE	016 %	026 NBRE	026 %	07 NBRE	07 %	08 NBRE	08 %	09 NBRE	09 %	TOTAL* NBRE	TOTAL* %
REGION 01	0	0,0	0	0,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	4	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	0,5
REGION 02	0	0,0	57	98,3	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	3,8
REGION 03	0	0,0	1	1,7	27	67,5	2	3,1	13	5,2	7	0,7	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	51	3,3
REGION 04	0	0,0	0	0,0	3	7,5	61	95,3	51	20,3	10	0,9	0	0,0	3	9,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	128	8,3
REGION 05	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	148	59,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	149	9,7
REGION 06	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	0,4	557	52,4	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	560	36,4
REGION 16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	158	14,9	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	161	10,5
REGION 26	0	0,0	0	0,0	1	2,5	1	1,6	35	13,9	324	30,5	0	0,0	28	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	389	25,3
REGION 07	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	26	92,9	0	0,0	0	0,0	27	1,8
REGION 08	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	5	0,3
REGION 09	0	0,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,2
T O T A L *	0	0,0	58	100,0	40	100,0	64	100,0	251	100,0	1 062	100,0	0	0,0	32	100,0	28	100,0	4	100,0	0	0,0	1 539	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 3.3

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR(SPECIALISTE EN CHIRURGIE BUCCALE),1988

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09		TOTAL*	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	0	0,0	0	0,0	6	10,2	0	0,0	0	0,0	3	0,3	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,6
REGION 02	0	0,0	74	97,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,3	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	78	4,6
REGION 03	0	0,0	0	0,0	48	81,4	0	0,0	15	5,1	5	0,5	0	0,0	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	4,1
REGION 04	0	0,0	0	0,0	2	3,4	70	97,2	52	17,6	7	0,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	132	7,8
REGION 05	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	176	59,5	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	179	10,5
REGION 06	0	0,0	1	1,3	1	1,7	0	0,0	1	0,3	570	51,9	20	46,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	593	34,9
REGION 16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	185	16,8	7	16,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	193	11,4
REGION 26	0	0,0	1	1,3	1	1,7	2	2,8	51	17,2	319	29,1	13	30,2	27	96,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	414	24,4
REGION 07	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	26	100,0	0	0,0	0	0,0	27	1,6
REGION 08	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	3	0,2
REGION 09	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
TOTAL*	0	0,0	76	100,0	59	100,0	72	100,0	296	100,0	1 098	100,0	43	100,0	28	100,0	26	100,0	2	100,0	0	0,0	1 700	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 3.4

REPARTITION DES BENEFICIAIRES DU PROGRAMME SELON LEUR REGION DE RESIDENCE PAR RAPPORT A LA REGION DU DISPENSATEUR(SPECIALISTE EN CHIRURGIE BUCCALE),1989

REGION DE RESIDENCE	REGION DU DISPENSATEUR 01		02		03		04		05		06		016		026		07		08		09		TOTAL*	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
REGION 01	0	0,0	0	0,0	6	8,2	0	0,0	0	0,0	3	0,3	2	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,6
REGION 02	0	0,0	78	94,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	79	4,6
REGION 03	0	0,0	2	2,4	60	82,2	0	0,0	24	8,0	2	0,2	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	89	5,1
REGION 04	0	0,0	0	0,0	3	4,1	55	96,5	56	18,6	10	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	124	7,2
REGION 05	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	160	53,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	160	9,2
REGION 06	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	623	55,7	17	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	640	36,9
REGION 16	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	2	0,7	161	14,4	6	0,0	1	4,2	3	6,8	0	0,0	0	0,0	174	10,0
REGION 26	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,8	59	19,6	313	28,0	6	0,0	21	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	400	23,1
REGION 07	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0	41	93,2	0	0,0	0	0,0	43	2,5
REGION 08	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	4,2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	4	0,2
REGION 09	0	0,0	3	3,6	4	5,5	0	0,0	0	0,0	3	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	0,6
T O T A L *	0	0,0	83	100,0	73	100,0	57	100,0	301	100,0	1 119	100,0	31	0,0	24	100,0	44	100,0	2	100,0	0	0,0	1 734	100,0

*Le total exclut les données "régions inconnues"

TABLEAU 4.1
EVOLUTION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS
SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1986

CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET GROUPE D'AGE		SERVICES DENTAIRES Nombre	SERVICES DENTAIRES Coûts	PARTICIPANTS Nombre	PARTICIPANTS Taux	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Enfants psr	0 - 2	6 843	154 116	2 546	6,2	2,7	60,53
	3 - 5	74 060	1 840 493	18 395	44,9	4,0	100,05
	6 - 8	109 927	2 815 138	23 710	60,5	4,6	118,73
	9 - 11	88 262	2 202 892	21 380	58,0	4,1	103,04
Sous-total	0 - 11	279 092	7 012 639	66 031	41,8	4,2	106,20
	12	47 867	812 011	6 938	61,6	6,9	117,04
	13	33 259	373 021	5 905	50,5	5,6	63,17
	14	29 549	280 757	5 906	49,0	5,0	47,54
	15	29 580	283 838	6 707	52,8	4,4	42,32
Sous-total	13 - 15	92 388	937 615	18 518	50,8	5,0	50,63
Total		419 347	8 762 266	91 487	44,5	4,6	95,78
Enfants non psr	0 - 2	32 716	734 118	18 400	8,4	1,8	39,90
	3 - 5	465 113	11 354 943	161 611	68,5	2,9	70,26
	6 - 8	782 684	19 431 034	209 827	84,2	3,7	92,61
	9 - 11	683 673	16 336 371	194 627	80,4	3,5	83,94
Sous-total	0 - 11	1 964 186	47 856 466	584 465	61,7	3,4	81,88
	12	427 230	6 370 533	65 156	85,8	6,6	97,77
	13	306 314	3 327 500	53 033	70,5	5,8	62,74
	14	255 248	2 393 758	49 179	64,1	5,2	48,67
	15	262 929	2 463 428	56 813	71,0	4,6	43,36
Sous-total	13 - 15	824 491	8 184 686	159 025	68,2	5,2	51,47
Total		3 215 907	62 411 685	808 646	64,2	4,0	77,18
Ens.des bénéf.	0 - 2	39 559	888 234	20 946	8,1	1,9	42,41
	3 - 5	539 173	13 195 436	180 006	64,6	3,0	73,31
	6 - 8	892 611	22 246 172	233 537	80,8	3,8	95,26
	9 - 11	771 935	18 539 263	216 007	76,9	3,6	85,83
Sous-total	0 - 11	2 243 278	54 869 104	650 496	58,7	3,4	84,35
	12	475 097	7 182 545	72 094	82,5	6,6	99,63
	13	339 573	3 700 521	58 938	67,8	5,8	62,79
	14	284 797	2 674 515	55 085	62,3	5,2	48,55
	15	292 509	2 747 266	63 520	68,1	4,6	43,25
Sous-total	13 - 15	916 879	9 122 301	177 543	66,1	5,2	51,38
T O T A L		3 635 254	71 173 950	900 133	61,5	4,0	79,07

TABLEAU 4.2
EVOLUTION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS
SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1987

CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET GROUPE D'AGE		SERVICES DENTAIRES Nombre	SERVICES DENTAIRES Coûts	PARTICIPANTS Nombre	PARTICIPANTS Taux	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Enfants psr	0 - 2	6 220	141 806	2 419	6,3	2,6	58,62
	3 - 5	66 649	1 682 487	16 833	44,5	4,0	99,95
	6 - 8	103 038	2 679 550	22 320	60,9	4,6	120,05
	9 - 11	80 347	2 042 348	19 702	58,0	4,1	103,66
Sous-total	0 - 11	256 254	6 546 191	61 274	41,8	4,2	106,83
	12	49 091	825 489	7 038	62,1	7,0	117,29
	13	30 198	340 542	5 329	50,9	5,7	63,90
	14	26 778	256 772	5 264	48,9	5,1	48,78
	15	26 586	256 009	5 896	52,1	4,5	43,42
Sous-total	13 - 15	83 562	853 323	16 489	50,6	5,1	51,75
Total		388 907	8 225 003	84 801	44,5	4,6	96,99
Enfants non psr	0 - 2	32 537	735 310	18 920	8,7	1,7	38,86
	3 - 5	445 041	11 025 484	158 870	67,8	2,8	69,40
	6 - 8	796 759	20 164 690	215 189	84,3	3,7	93,71
	9 - 11	691 454	16 751 987	199 499	80,0	3,5	83,97
Sous-total	0 - 11	1 965 791	48 677 471	592 478	61,9	3,3	82,16
	12	464 725	6 888 633	70 920	85,6	6,6	97,13
	13	320 133	3 479 975	55 177	71,6	5,8	63,07
	14	264 826	2 506 933	50 274	65,8	5,3	49,87
	15	259 729	2 458 267	55 389	71,6	4,7	44,38
Sous-total	13 - 15	844 688	8 445 175	160 840	69,6	5,3	52,51
Total		3 275 204	64 011 279	824 238	64,8	4,0	77,66
Ens.des bénéf.	0 - 2	38 757	877 116	21 339	8,4	1,8	41,10
	3 - 5	511 690	12 707 971	175 703	64,5	2,9	72,33
	6 - 8	899 797	22 844 240	237 509	81,4	3,8	96,18
	9 - 11	771 801	18 794 335	219 201	77,4	3,5	85,74
Sous-total	0 - 11	2 222 045	55 223 662	653 752	59,2	3,4	84,47
	12	513 816	7 714 122	77 958	82,8	6,6	98,95
	13	350 331	3 820 516	60 506	69,1	5,8	63,14
	14	291 604	2 763 705	55 538	63,7	5,3	49,76
	15	286 315	2 714 276	61 285	69,1	4,7	44,29
Sous-total	13 - 15	928 250	9 298 498	177 329	67,3	5,2	52,44
T O T A L		3 664 111	72 236 282	909 039	62,2	4,0	79,46

TABLEAU 4.3
EVOLUTION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS
SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1988

CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET GROUPE D'AGE		SERVICES DENTAIRES Nombre	SERVICES DENTAIRES Coûts	PARTICIPANTS Nombre	PARTICIPANTS Taux	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Enfants psr	0 - 2	6 292	146 755	2 407	6,7	2,6	60,97
	3 - 5	62 988	1 589 532	15 767	44,4	4,0	100,81
	6 - 8	93 344	2 430 648	20 282	59,8	4,6	119,84
	9 - 11	74 429	1 884 278	18 397	57,8	4,0	102,42
Sous-total	0 - 11	237 053	6 051 213	56 853	41,4	4,2	106,44
	12	42 935	703 559	6 340	61,8	6,8	110,97
	13	31 173	350 126	5 422	51,8	5,7	64,57
	14	24 303	230 465	4 682	48,1	5,2	49,22
	15	24 559	235 116	5 414	53,5	4,5	43,43
Sous-total	13 - 15	80 035	815 707	15 518	51,2	5,2	52,57
Total		360 023	7 570 479	78 711	44,2	4,6	96,18
Enfants non psr	0 - 2	33 436	758 249	19 423	8,9	1,7	39,04
	3 - 5	435 177	10 759 462	157 510	67,7	2,8	68,31
	6 - 8	791 232	20 014 308	216 435	84,3	3,7	92,47
	9 - 11	704 167	17 001 194	206 132	80,1	3,4	82,48
Sous-total	0 - 11	1 964 012	48 533 212	599 500	62,1	3,3	80,96
	12	467 519	6 808 667	71 713	86,5	6,5	94,94
	13	355 531	3 830 644	60 838	72,1	5,8	62,96
	14	282 345	2 655 627	53 032	67,7	5,3	50,08
	15	271 926	2 559 951	57 117	73,5	4,8	44,82
Sous-total	13 - 15	909 802	9 046 221	170 987	71,1	5,3	52,91
Total		3 341 333	64 388 101	842 200	65,3	4,0	76,45
Ens.des bénéf.	0 - 2	39 728	905 004	21 830	8,6	1,8	41,46
	3 - 5	498 165	12 348 994	173 277	64,4	2,9	71,27
	6 - 8	884 576	22 444 956	236 717	81,4	3,7	94,82
	9 - 11	778 596	18 885 471	224 529	77,7	3,5	84,11
Sous-total	0 - 11	2 201 065	54 584 426	656 353	59,5	3,4	83,16
	12	510 454	7 512 227	78 053	83,8	6,5	96,25
	13	386 704	4 180 769	66 260	69,9	5,8	63,10
	14	306 648	2 886 092	57 714	65,5	5,3	50,01
	15	296 485	2 795 067	62 531	71,2	4,7	44,70
Sous-total	13 - 15	989 837	9 861 928	186 505	68,8	5,3	52,88
T O T A L		3 701 356	71 958 580	920 911	62,8	4,0	78,14

TABLEAU 4.4
EVOLUTION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS
SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET LE GROUPE D'AGE,1989

CATEGORIE DE BENEFICIAIRES ET GROUPE D'AGE		SERVICES DENTAIRES Nombre	SERVICES DENTAIRES Coûts	PARTICIPANTS Nombre	PARTICIPANTS Taux	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Enfants psr	0 - 2	5 287	129 745	2 055	6,7	2,6	63,14
	3 - 5	57 003	1 529 166	14 691	43,1	3,9	104,09
	6 - 8	80 906	2 223 006	18 477	58,4	4,4	120,31
	9 - 11	65 069	1 754 828	16 943	56,9	3,8	103,57
Sous-total	0 - 11	208 265	5 636 746	52 166	41,4	4,0	108,05
	12	36 733	659 261	5 813	60,6	6,3	113,41
	13	25 236	315 070	4 746	49,9	5,3	66,39
	14	22 807	251 303	4 792	49,6	4,8	52,44
	15	20 931	229 925	4 831	53,4	4,3	47,59
Sous-total	13 - 15	68 974	796 297	14 369	50,9	4,8	55,42
Total		313 972	7 092 305	72 348	44,2	4,3	98,03
Enfants non psr	0 - 2	30 796	776 635	18 430	9,6	1,7	42,14
	3 - 5	403 452	10 834 314	157 792	67,7	2,6	68,66
	6 - 8	715 155	19 379 993	212 400	84,4	3,4	91,24
	9 - 11	660 217	17 165 405	213 164	80,9	3,1	80,53
Sous-total	0 - 11	1 809 620	48 156 346	601 786	64,0	3,0	80,02
	12	436 011	7 018 275	74 327	86,0	5,9	94,42
	13	324 336	3 952 069	61 510	73,2	5,3	64,25
	14	281 968	3 063 117	58 479	68,5	4,8	52,38
	15	265 527	2 869 954	60 286	75,9	4,4	47,61
Sous-total	13 - 15	871 831	9 885 139	180 275	72,4	4,8	54,83
Total		3 117 462	65 059 761	856 388	67,1	3,6	75,97
Ens.des bénéf.	0 - 2	36 083	906 380	20 485	9,2	1,8	44,25
	3 - 5	460 455	12 363 480	172 483	64,6	2,7	71,68
	6 - 8	796 061	21 602 999	230 877	81,4	3,4	93,57
	9 - 11	725 286	18 920 234	230 107	78,5	3,2	82,22
Sous-total	0 - 11	2 017 885	53 793 092	653 952	61,3	3,1	82,26
	12	472 744	7 677 537	80 140	83,4	5,9	95,80
	13	349 572	4 267 138	66 256	70,9	5,3	64,40
	14	304 775	3 314 419	63 271	66,6	4,8	52,38
	15	286 458	3 099 879	65 117	73,6	4,4	47,60
Sous-total	13 - 15	940 805	10 681 436	194 644	70,2	4,8	54,88
T O T A L		3 431 434	72 152 065	928 736	64,5	3,7	77,69

TABLEAU 5

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,LE SEXE ET LE GROUPE D'AGE,1986-1990

CATEG.DE BENEFICIAIRES GROUPE D'AGE ET SEXE	1986 TAUX %	1986 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1986 SERV.PAR PARTIC. Coût	1987 TAUX %	1987 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1987 SERV.PAR PARTIC. Coût	1988 TAUX %	1988 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1988 SERV.PAR PARTIC. Coût	1989 TAUX %	1989 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1989 SERV.PAR PARTIC. Coût	1990 TAUX %	1990 SERV.PAR PARTIC. Nombre	1990 SERV.PAR PARTIC. Coût
SEXE MASCULIN															
Enfants psr 0-11	40,8	4,3	108,13	40,9	4,2	107,97	40,5	4,2	108,30	40,5	4,1	110,35	39,1	4,1	114,91
12	60,0	6,7	111,48	60,0	6,8	114,00	59,0	6,7	108,77	58,4	6,2	110,22	56,6	6,2	116,18
13 - 15	45,6	5,0	50,17	45,7	5,1	51,52	46,7	5,1	52,17	46,9	4,7	54,66	46,2	4,7	55,78
Total	42,7	4,6	97,59	42,8	4,6	98,29	42,6	4,6	98,03	42,6	4,4	99,90	41,2	4,4	104,18
Enfants non psr 0-11	60,7	3,4	82,87	61,2	3,3	83,22	61,4	3,3	82,10	63,3	3,0	81,09	60,2	3,0	83,38
12	84,3	6,5	96,26	84,5	6,5	94,51	85,2	6,5	93,13	85,0	5,8	92,10	85,4	5,8	93,49
13 - 15	65,5	5,2	51,31	66,5	5,2	52,22	68,3	5,3	52,72	69,6	4,8	54,52	69,8	4,7	54,49
Total	63,0	4,0	77,88	63,7	4,0	78,32	64,3	4,0	77,22	66,0	3,6	76,58	63,7	3,7	78,08
Ens.des bénéf. 0-11	57,9	3,5	85,40	58,5	3,4	85,52	58,8	3,4	84,35	60,6	3,1	83,40	57,7	3,1	85,95
12	81,2	6,5	97,70	81,6	6,5	96,21	82,4	6,5	94,35	82,4	5,8	93,37	82,6	5,8	95,00
13 - 15	62,9	5,2	51,20	64,0	5,2	52,16	65,9	5,3	52,67	67,3	4,8	54,53	67,5	4,7	54,58
Total	60,2	4,0	79,83	61,0	4,0	80,15	61,6	4,0	78,96	63,4	3,7	78,36	61,2	3,7	80,08
SEXE FEMININ															
Enfants psr 0-11	42,8	4,2	104,26	42,7	4,2	105,68	42,3	4,1	104,54	42,4	3,9	105,74	40,8	4,0	111,47
12	63,4	7,1	122,47	64,3	7,1	120,41	65,0	6,9	113,04	62,8	6,4	116,43	61,0	6,5	119,58
13 - 15	56,0	5,0	51,00	55,7	5,1	51,94	55,8	5,2	52,89	55,1	4,9	56,07	53,6	4,8	56,91
Total	46,3	4,6	94,03	46,2	4,6	95,73	46,0	4,6	94,38	45,8	4,3	96,20	44,0	4,4	100,93
Enfants non psr 0-11	62,4	3,3	80,85	62,6	3,3	81,05	62,8	3,3	79,77	64,6	3,0	78,91	61,4	3,0	80,74
12	87,0	6,6	99,29	86,9	6,6	99,82	87,9	6,6	96,81	86,9	6,0	96,80	88,2	5,9	98,16
13 - 15	71,7	5,2	51,61	73,0	5,3	52,77	74,1	5,3	53,08	75,4	4,9	55,13	75,4	4,8	54,93
Total	65,6	4,0	76,46	66,1	4,0	76,98	66,5	4,0	75,66	68,3	3,6	75,34	65,9	3,7	76,53
Ens.des bénéf. 0-11	59,6	3,4	83,26	59,9	3,4	83,38	60,2	3,3	81,94	62,0	3,1	81,07	58,9	3,1	83,29
12	83,9	6,7	101,55	84,2	6,7	101,75	85,4	6,6	98,19	84,5	6,0	98,28	85,6	6,0	99,66
13 - 15	69,5	5,2	51,55	70,8	5,2	52,69	72,1	5,3	53,06	73,3	4,9	55,20	73,2	4,8	55,07
Total	62,9	4,0	78,29	63,5	4,0	78,76	64,0	4,0	77,30	65,7	3,7	77,00	63,4	3,7	78,47

TABLEAU 6.1

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1986

REGION SOCIO-SANITAIRE	ENFANTS PSR TAUX %	ENFANTS PSR SERV.PAR PARTIC. Nombre	ENFANTS PSR SERV.PAR PARTIC. Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	ENFANTS NON PSR SERV.PAR PARTIC. Nombre	ENFANTS NON PSR SERV.PAR PARTIC. Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	ENSEMBLE DES BENEFIC. SERV.PAR PARTIC. Nombre	ENSEMBLE DES BENEFIC. SERV.PAR PARTIC. Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	38,4	4,1	83,40	63,0	3,7	73,29	57,9	3,8	74,73
Sag.--Lac-St-Jean	49,7	4,5	97,09	69,6	4,0	84,08	66,9	4,1	85,38
Québec	48,2	4,7	97,68	72,4	4,1	80,46	67,4	4,1	81,88
Trois-Rivières	48,1	4,5	93,41	67,6	4,1	81,71	65,4	4,2	83,07
Estrie	48,2	4,5	90,08	67,3	4,1	76,95	65,4	4,2	78,44
Montréal métropol.	45,5	4,5	95,84	71,6	3,8	73,09	59,4	3,9	75,78
Laurentides-Lanaud.	45,6	4,3	89,62	61,8	3,9	74,24	64,2	3,9	75,75
Montérégie	46,2	4,3	88,58	64,5	3,8	71,71	65,3	3,8	73,13
Outaouais	42,5	4,4	89,61	61,1	3,7	70,63	57,7	3,8	72,84
Abitibi-Témiscamingue	39,0	4,3	88,41	60,8	3,9	76,19	58,3	3,9	77,34
Côte-Nord	35,3	4,5	96,46	51,1	3,9	78,55	51,1	3,9	80,79
TOTAL	44,4	4,6	95,78	64,2	4,0	77,18	61,5	4,0	79,07

TABLEAU 6.2

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1987

REGION SOCIO-SANITAIRE	ENFANTS PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	39,3	4,2	85,12	64,1	3,8	73,83	59,3	3,8	75,31
Sag.--Lac-St-Jean	50,3	4,5	97,71	70,7	4,0	83,02	68,2	4,1	84,39
Québec	49,0	4,9	102,05	70,5	4,2	82,29	68,3	4,2	83,78
Trois-Rivières	49,2	4,6	96,13	70,0	4,1	82,62	66,8	4,2	84,09
Estrie	48,1	4,6	95,74	69,3	4,1	77,47	66,4	4,2	79,29
Montréal métropol.	44,1	4,4	94,80	61,6	3,7	72,40	58,8	3,8	74,86
Laurentides-Lanaud.	45,1	4,3	90,87	66,9	3,8	74,84	64,4	3,9	76,27
Montérégie	46,1	4,2	89,29	67,9	3,8	71,83	65,7	3,8	73,15
Outaouais	41,0	4,2	85,39	60,6	3,7	69,22	57,7	3,7	70,93
Abitibi-Témiscamingue	40,5	4,4	89,87	61,4	3,8	75,81	58,9	3,9	76,98
Côte-Nord	37,6	4,6	99,44	57,2	4,1	84,97	54,0	4,2	86,62
TOTAL	44,5	4,6	96,99	64,9	4,0	77,66	62,2	4,0	79,46

TABLEAU 6.3

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1988

REGION SOCIO-SANITAIRE	ENFANTS PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	40,0	4,3	85,05	63,3	3,8	73,82	59,1	3,9	75,20
Sag.--Lac-St-Jean	53,0	4,6	97,20	72,3	4,2	84,65	70,0	4,2	85,78
Québec	50,0	4,8	99,67	71,6	4,1	81,00	69,5	4,2	82,30
Trois-Rivières	48,6	4,6	97,19	70,7	4,1	79,98	67,7	4,1	81,66
Estrie	47,2	4,5	92,74	69,6	4,0	74,93	66,8	4,1	76,49
Montréal métropol.	44,1	4,4	93,68	61,8	3,7	71,50	59,1	3,8	73,83
Laurentides-Lanaud.	44,5	4,3	89,04	67,6	3,8	72,53	65,2	3,8	73,76
Montérégie	44,3	4,2	88,19	68,1	3,7	70,47	65,9	3,8	71,68
Outaouais	39,3	4,2	87,61	60,5	3,6	67,56	57,6	3,7	69,52
Abitibi-Témiscamingue	40,7	4,2	85,06	62,6	3,8	74,13	60,4	3,9	74,90
Côte-Nord	38,4	4,7	99,74	57,5	4,2	83,17	54,6	4,2	84,94
TOTAL	44,2	4,6	96,18	65,4	4,0	76,45	62,8	4,0	78,14

TABLEAU 6.4

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA REGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATEGORIE DE BENEFICIAIRES,1989

REGION SOCIO-SANITAIRE	ENFANTS PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENFANTS NON PSR TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût	ENSEMBLE DES BENEFIC. TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	Coût
Bas-St-Laur.--Gasp.	42,9	4,0	85,98	66,8	3,6	74,05	62,8	3,6	75,40
Sag.--Lac-St-Jean	51,7	4,4	98,77	74,2	3,9	84,21	71,8	4,0	85,33
Québec	51,2	4,5	100,83	74,4	3,8	79,38	72,4	3,8	80,75
Trois-Rivières	50,1	4,4	96,71	73,0	3,8	79,13	70,1	3,8	80,73
Estrie	47,2	4,3	92,40	71,6	3,7	74,51	68,8	3,7	75,96
Montréal métropol.	43,7	4,2	97,85	63,9	3,5	72,58	60,9	3,5	75,02
Laurentides-Lanaud.	44,7	3,9	88,19	69,3	3,5	71,75	67,0	3,5	72,87
Montérégie	43,8	3,9	89,56	70,1	3,4	70,32	67,9	3,5	71,50
Outaouais	40,3	3,9	87,70	63,1	3,2	66,26	60,1	3,3	68,23
Abitibi-Téminscamingue	39,2	4,2	91,53	63,0	3,7	76,51	60,8	3,7	77,42
Côte-Nord	39,9	4,5	101,79	58,7	3,6	76,58	56,0	3,7	79,13
TOTAL	44,2	4,3	98,03	67,1	3,6	75,97	64,5	3,7	77,69

TABLEAU 7

NOMBRE ET COUT DES SERVICES DENTAIRES SELON LE TYPE DE SERVICE,LA CATEGORIE ET LE GROUPE D'AGE DU BENEFICIAIRE,SEXE MASCULIN,1990

TYPE DE SERVICE ET CATEGORIE DE BENEFICIAIRES	0-11				12				13-15				0-15			
	NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT	
	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS																
Enfants p.s.r.	36 258	32,9	917 747	30,0	3 544	20,7	101 506	31,9	8 501	27,3	249 909	68,0	48 303	30,5	1 269 162	33,8
Enfants non p.s.r.	408 894	44,5	10 485 745	41,7	50 937	23,0	1 466 467	40,8	114 080	25,9	3 425 063	67,6	573 911	36,3	15 377 275	45,5
Ens.des bénéfic.	445 152	43,3	11 403 491	40,5	54 481	22,8	1 567 973	40,1	122 581	26,0	3 674 972	67,7	622 214	35,8	16 646 437	44,3
PREVENTION																
Enfants p.s.r.	871	0,8	3 521	0,1	7 709	45,0	31 199	9,8	21 761	69,9	88 195	24,0	30 341	19,1	122 914	3,3
Enfants non p.s.r.	8 614	0,9	34 797	0,1	113 313	51,1	458 181	12,7	314 984	71,4	1 274 044	25,2	436 911	27,6	1 767 022	5,2
Ens.des bénéfic.	9 485	0,9	38 318	0,1	121 022	50,6	489 380	12,5	336 745	71,3	1 362 238	25,1	467 252	26,9	1 889 936	5,0
RESTAURATION																
Enfants p.s.r.	56 978	51,6	1 826 261	59,6	4 990	29,1	159 011	49,9	728	2,3	23 296	6,3	62 696	39,5	2 008 567	53,6
Enfants non p.s.r.	393 605	42,8	12 651 339	50,4	45 973	20,7	1 453 994	40,4	9 950	2,3	312 569	6,2	449 528	28,4	14 417 902	42,7
Ens.des bénéfic.	450 583	43,8	14 477 600	51,4	50 963	21,3	1 613 005	41,2	10 678	2,3	335 865	6,2	512 224	29,4	16 426 469	43,8
ENDODONTIE																
Enfants p.s.r.	7 320	6,6	228 531	7,5	130	0,8	18 828	5,9	22	0,1	4 179	1,1	7 472	4,7	251 538	6,7
Enfants non p.s.r.	37 018	4,0	1 206 750	4,8	786	0,4	97 967	2,7	116	0,0	17 734	0,4	37 920	2,4	1 322 451	3,9
Ens.des bénéfic.	44 338	4,3	1 435 281	5,1	916	0,4	116 795	3,0	138	0,0	21 913	0,4	45 392	2,6	1 573 989	4,2
CHIRURGIE																
Enfants p.s.r.	8 839	8,0	87 227	2,8	760	4,4	8 116	2,5	106	0,3	1 925	0,5	9 705	6,1	97 268	2,6
Enfants non p.s.r.	70 056	7,6	741 854	3,0	10 826	4,9	117 662	3,3	1 868	0,4	33 543	0,7	82 750	5,2	893 060	2,6
Ens.des bénéfic.	78 895	7,7	829 082	2,9	11 586	4,8	125 778	3,2	1 974	0,4	35 468	0,7	92 455	5,3	990 328	2,6
AUTRES SERVICES																
Enfants p.s.r.	61	0,1	786	0,0	2	0,0	27	0,0	3	0,0	40	0,0	66	0,0	852	0,0
Enfants non p.s.r.	386	0,0	5 084	0,0	41	0,0	550	0,0	49	0,0	651	0,0	476	0,0	6 285	0,0
Ens.des bénéfic.	447	0,0	5 870	0,0	43	0,0	577	0,0	52	0,0	691	0,0	542	0,0	7 137	0,0
ENSEMBLE DES SERVICES																
Enfants p.s.r.	110 327	100,0	3 064 073	100,0	17 135	100,0	318 685	100,0	31 121	100,0	367 543	100,0	158 583	100,0	3 750 301	100,0
Enfants non p.s.r.	918 573	100,0	25 125 569	100,0	221 876	100,0	3 594 822	100,0	441 047	100,0	5 063 604	100,0	1 581 496	100,0	33 783 995	100,0
Ens.des bénéfic.	1 028 900	100,0	28 189 642	100,0	239 011	100,0	3 913 507	100,0	472 168	100,0	5 431 147	100,0	1 740 079	100,0	37 534 296	100,0

TABLEAU 8

NOMBRE ET COUT DES SERVICES DENTAIRES SELON LE TYPE DE SERVICE,LA CATEGORIE ET LE GROUPE D'AGE DU BENEFICIAIRE,SEXE FEMININ,1990

TYPE DE SERVICE ET CATEGORIE DE BENEFICIAIRES	0-11				12				13-15				0-15			
	NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT	
	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS																
Enfants p.s.r.	36 392	33,9	920 300	31,1	3 730	20,3	106 868	31,4	9 943	27,3	290 363	67,8	50 065	30,9	1 317 530	35,4
Enfants non p.s.r.	399 092	45,4	10 233 051	43,2	49 260	22,1	1 422 437	38,5	116 884	25,9	3 504 237	67,4	565 236	36,3	15 159 725	46,6
Ens.des bénéfic.	435 484	44,1	11 153 350	41,9	52 990	21,9	1 529 304	37,9	126 827	26,0	3 794 601	67,4	615 301	35,9	16 477 254	45,4
PREVENTION																
Enfants p.s.r.	909	0,6	3 689	0,0	8 242	44,9	33 329	9,7	25 129	69,3	101 728	23,6	34 280	21,1	138 747	3,6
Enfants non p.s.r.	8 690	0,9	35 085	0,0	110 492	49,8	446 839	12,0	320 437	71,1	1 296 213	24,8	439 619	28,2	1 778 137	5,4
Ens.des bénéfic.	9 599	0,9	38 774	0,0	118 734	49,3	480 168	11,8	345 566	70,9	1 397 941	24,8	473 899	27,5	1 916 881	5,1
RESTAURATION																
Enfants p.s.r.	54 580	50,9	1 736 177	58,7	5 581	30,3	176 161	51,9	935	2,4	29 625	6,8	61 096	37,6	1 941 962	52,1
Enfants non p.s.r.	363 939	41,2	11 553 393	48,7	51 056	22,8	1 591 893	43,1	10 767	2,3	335 422	6,3	425 762	27,1	13 480 707	41,3
Ens.des bénéfic.	418 519	42,1	13 289 570	49,8	56 637	23,3	1 768 053	43,8	11 702	2,3	365 045	6,4	486 858	28,1	15 422 668	42,5
ENDODONTIE																
Enfants p.s.r.	6 047	5,4	196 151	6,4	92	0,3	13 868	3,9	17	0,0	3 340	0,7	6 156	3,6	213 358	5,5
Enfants non p.s.r.	29 867	3,1	962 690	3,8	630	0,1	88 982	2,2	96	0,0	16 417	0,3	30 593	1,7	1 068 086	3,0
Ens.des bénéfic.	35 914	3,4	1 158 841	4,1	722	0,1	102 850	2,4	113	0,0	19 756	0,3	36 749	1,9	1 281 444	3,3
CHIRURGIE																
Enfants p.s.r.	8 877	8,0	89 442	2,9	662	3,3	8 075	2,1	120	0,1	2 648	0,3	9 570	5,7	96 736	2,4
Enfants non p.s.r.	75 700	8,3	797 236	3,1	10 170	4,4	123 049	3,0	1 531	0,2	37 125	0,5	87 401	5,3	957 411	2,7
Ens.des bénéfic.	84 500	8,3	883 651	3,0	10 820	4,3	130 724	2,9	1 651	0,2	39 771	0,3	96 971	5,4	1 054 147	2,6
AUTRES SERVICES																
Enfants p.s.r.	54	0,0	706	0,0	3	0,0	40	0,0	4	0,0	53	0,0	61	0,0	799	0,0
Enfants non p.s.r.	296	0,0	3 874	0,0	23	0,0	305	0,0	39	0,0	511	0,0	358	0,0	4 690	0,0
Ens.des bénéfic.	350	0,0	4 580	0,0	26	0,0	345	0,0	43	0,0	564	0,0	419	0,0	5 489	0,0
ENSEMBLE DES SERVICES																
Enfants p.s.r.	106 782	100,0	2 943 438	100,0	18 298	100,0	337 938	100,0	36 148	100,0	427 754	100,0	161 228	100,0	3 709 130	100,0
Enfants non p.s.r.	877 584	100,0	23 585 327	100,0	221 631	100,0	3 673 503	100,0	449 754	100,0	5 189 923	100,0	1 548 969	100,0	32 448 753	100,0
Ens.des bénéfic.	984 366	100,0	26 528 765	100,0	239 929	100,0	4 011 441	100,0	485 902	100,0	5 617 677	100,0	1 710 197	100,0	36 157 883	100,0

TABLEAU 9

NOMBRE ET COUT DES SERVICES DENTAIRES SELON LE TYPE DE SERVICE,LA CATEGORIE ET LE GROUPE D'AGE DU BENEFICIAIRE(13 A 15 ANS),SEXE MASCULIN,1990

TYPE DE SERVICE ET CATEGORIE DE BENEFICIAIRES	13				14				15				13-15			
	NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT	
	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS																
Enfants p.s.r.	3 050	25,9	89 710	59,6	2 776	27,9	81 884	73,7	2 675	28,5	78 316	74,0	8 501	27,3	249 909	68,0
Enfants non p.s.r.	41 345	24,8	1 236 101	60,3	36 646	26,6	1 101 898	72,6	36 089	26,4	1 087 064	72,6	114 080	25,9	3 425 063	67,6
Ens.des bénéfic.	44 395	24,9	1 325 811	60,3	39 422	26,7	1 183 782	72,7	38 764	26,6	1 165 380	72,7	122 581	26,0	3 674 972	67,7
PREVENTION																
Enfants p.s.r.	7 896	67,0	31 957	21,2	7 156	72,0	28 966	26,1	6 709	71,4	27 272	25,8	21 761	69,9	88 195	24,0
Enfants non p.s.r.	113 332	68,1	458 224	22,4	101 229	73,4	409 370	27,0	100 423	73,5	406 450	27,1	314 984	71,4	1 274 044	25,2
Ens.des bénéfic.	121 228	68,0	490 181	22,3	108 385	73,3	438 335	26,9	107 132	73,4	433 722	27,1	336 745	71,3	1 362 238	25,1
RESTAURATION																
Enfants p.s.r.	728	6,2	23 296	15,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	728	2,3	23 296	6,3
Enfants non p.s.r.	9 950	6,0	312 569	15,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9 950	2,3	312 569	6,2
Ens.des bénéfic.	10 678	6,0	335 865	15,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10 678	2,3	335 865	6,2
ENDODONTIE																
Enfants p.s.r.	22	0,2	4 179	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	22	0,1	4 179	1,1
Enfants non p.s.r.	116	0,1	17 843	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	116	0,0	17 734	0,4
Ens.des bénéfic.	138	0,1	21 913	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	138	0,0	21 913	0,4
CHIRURGIE																
Enfants p.s.r.	94	0,8	1 411	0,9	7	0,1	306	0,3	5	0,1	208	0,2	106	0,3	1 925	0,5
Enfants non p.s.r.	1 718	1,0	24 054	1,2	90	0,1	5 551	0,4	60	0,0	3 938	0,3	1 868	0,4	33 543	0,7
Ens.des bénéfic.	1 812	1,0	25 465	1,2	97	0,1	5 858	0,4	65	0,0	4 146	0,3	1 974	0,4	35 468	0,7
AUTRES SERVICES																
Enfants p.s.r.	2	0,0	27	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	13	0,0	3	0,0	40	0,0
Enfants non p.s.r.	24	0,0	320	0,0	15	0,0	199	0,0	10	0,0	133	0,0	49	0,0	651	0,0
Ens.des bénéfic.	26	0,0	347	0,0	15	0,0	199	0,0	11	0,0	146	0,0	52	0,0	691	0,0
ENSEMBLE DES SERVICES																
Enfants p.s.r.	11 792	100,0	150 578	100,0	9 939	100,0	111 155	100,0	9 390	100,0	105 809	100,0	31 121	100,0	367 543	100,0
Enfants non p.s.r.	144 485	100,0	2 049 002	100,0	137 980	100,0	1 517 018	100,0	136 582	100,0	1 497 584	100,0	441 047	100,0	5 063 604	100,0
Ens.des bénéfic.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	100,0	147 [illegible]	100,0	[illegible]	100,0	[illegible]	[illegible]	[illegible] 394	[illegible]	[illegible]	100,0	[illegible]	100,0

TABLEAU 10

NOMBRE ET COUT DES SERVICES DENTAIRES SELON LE TYPE DE SERVICE,LA CATEGORIE ET LE GROUPE D'AGE DU BENEFICIAIRE(13 A 15 ANS),SEXE FEMININ,1990

TYPE DE SERVICE ET CATEGORIE DE BENEFICIAIRES	13				14				15				13-15			
	NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT		NOMBRE		COUT	
	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%	N	%	$	%
EXAMENS ET CONSULTATIONS																
Enfants p.s.r.	3 284	25,4	96 558	58,2	3 227	28,4	94 235	73,7	3 432	28,6	99 569	73,7	9 943	27,3	290 363	67,8
Enfants non p.s.r.	41 315	24,7	1 235 240	59,6	37 150	26,5	1 114 683	72,5	38 419	26,5	1 154 315	72,6	116 884	25,9	3 504 237	67,4
Ens.des bénéfic.	44 599	24,8	1 331 798	59,4	40 377	26,8	1 208 917	72,6	41 851	26,6	1 253 885	72,7	126 827	26,0	3 794 601	67,4
PREVENTION																
Enfants p.s.r.	8 546	66,2	34 520	20,8	8 067	71,2	32 623	25,4	8 516	71,1	34 586	25,5	25 129	69,3	101 728	23,6
Enfants non p.s.r.	112 861	67,6	456 275	21,9	101 771	73,0	411 744	26,6	105 805	73,1	428 195	26,8	320 437	71,1	1 296 213	24,8
Ens.des bénéfic.	121 407	67,6	490 796	21,8	109 838	72,9	444 365	26,6	114 321	73,0	462 781	26,7	345 566	70,9	1 397 941	24,8
RESTAURATION																
Enfants p.s.r.	935	7,1	29 625	17,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	935	2,4	29 625	6,8
Enfants non p.s.r.	10 767	6,3	335 422	16,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10 767	2,3	335 422	6,3
Ens.des bénéfic.	11 702	6,4	365 045	16,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11 702	2,3	365 045	6,4
ENDODONTIE																
Enfants p.s.r.	17	0,1	3 340	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	0,0	3 340	0,7
Enfants non p.s.r.	96	0,0	16 417	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	0,0	16 417	0,3
Ens.des bénéfic.	113	0,0	19 756	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	113	0,0	19 756	0,3
CHIRURGIE																
Enfants p.s.r.	93	0,5	1 544	0,7	14	0,0	653	0,4	13	0,0	452	0,1	120	0,1	2 648	0,3
Enfants non p.s.r.	1 349	0,6	23 867	0,8	102	0,0	7 931	0,4	80	0,0	5 329	0,1	1 531	0,2	37 125	0,5
Ens.des bénéfic.	1 442	0,6	25 409	0,7	116	0,0	8 582	0,3	93	0,0	5 781	0,1	1 651	0,2	39 771	0,3
AUTRES SERVICES																
Enfants p.s.r.	1	0,0	13	0,0	1	0,0	13	0,0	2	0,0	27	0,0	4	0,0	53	0,0
Enfants non p.s.r.	11	0,0	146	0,0	13	0,0	167	0,0	15	0,0	199	0,0	39	0,0	511	0,0
Ens.des bénéfic.	12	0,0	159	0,0	14	0,0	180	0,0	17	0,0	225	0,0	43	0,0	564	0,0
ENSEMBLE DES SERVICES																
Enfants p.s.r.	12 876	100,0	165 597	100,0	11 309	100,0	127 522	100,0	11 963	100,0	134 634	100,0	36 148	100,0	427 754	100,0
Enfants non p.s.r.	166 399	100,0	2 067 366	100,0	139 036	100,0	1 534 521	100,0	144 319	100,0	1 588 036	100,0	449 754	100,0	5 189 923	100,0
Ens.des bénéfic.	179 275	100,0	2 232 963	100,0	150 345	100,0	1 662 043	100,0	156 282	100,0	1 722 671	100,0	485 902	100,0	5 617 677	100,0

ANNEXE II

MÉTHODOLOGIE

MÉTHODOLOGIE

Au chapitre portant sur l'accessibilité et la participation au programme de services dentaires pour les enfants, les données statistiques de la Régie sont présentes sur une période de cinq années, soit de 1986 à 1990. Quelques-unes sont également répertoriées sur une période de sept années, soit de 1983 à 1990. Pour la première fois, les données relatives à ce programme sont subdivisées selon que les enfants sont prestataires de la sécurité du revenu (p.s.r.) ou non p.s.r. Quelques données sont également ventilées pour la première fois selon le territoire de département de santé communautaire (D.S.C.). Par ailleurs, la présente analyse portant sur l'accessibilité et la participation est complétée par une revue de la documentation pertinente.

1. Données sur les groupes d'âge et les services assurés

L'âge des enfants a été établi au 1er juillet de l'année considérée. Les groupes d'âge ont été subdivisés pour tenir compte de la couverture des services assurés, à savoir:

0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur une dent permanente, chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.

Le groupe des 0-11 ans a été partagé en quatre sous-groupes (0-2 ans, 3-5 ans, 6-8 ans, et 9-11 ans) alors que celui des 13-15 ans a été répartie en trois (13, 14 et 15 ans.)

Ce sont les services assurés par la Régie et rémunérés à l'acte qui sont comptabilisés dans les tableaux présentés dans l'étude. Tous les autres services obtenus et défrayés par une tierce partie (régime d'assurance privée, parents, ...) ne peuvent pas être considérés, ces données n'étant pas disponibles à la Régie. Ces tableaux font donc état des services couverts par la Régie et obtenus par des jeunes résidents du Québec âgés de 15 ans et moins dans le cadre du programme de services dentaires s'adressant aux enfants et administré par la RAMQ. Les données portent sur les services rendus entre les 1er janvier et 31 décembre de chaque année.

2. Données sur la population: les dispensateurs et dispensatrices de services dentaires et les bénéficiaires du programme

Le nombre de dispensateurs et de dispensatrices de services dentaires n'inclut que ceux qui ont reçu des honoraires de la Régie pour des services rendus, au Québec, au cours de l'année considérée. Les dispensateurs et les dispensatrices de services dentaires considérés ici sont les dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale.

Les données sur la population sont tirées du fichier d'inscription des bénéficiaires de la Régie. Il s'agit du nombre de personnes admissibles au régime au 1er juillet de l'année considérée. Ces données démograhiques servent également au calcul des indices portant sur la participation relative au programme. Le taux de participation tient compte du nombre de bénéficiaires ayant obtenu au moins un service dentaire durant l'année considérée.

La population des prestataires de la sécurité du revenu (p.s.r.) est calculée par rapport au nombre de personnes admissibles au régime au 1er juillet de l'année considérée et ayant apparu au moins une fois, au cours de cette année, au fichier d'inscription des bénéficiaires de l'aide sociale (FIBAS).

Le taux de participation pour sa part considère le nombre des bénéficiaires p.s.r. qui ont obtenu au moins un service dentaire durant l'année par rapport aux bénéficiaires admissibles et inscrits au FIBAS.

3. Données sur la rémunération: les coûts du programme

Les données sur les sommes versées aux dispensateurs et dispensatrices de services dentaires et associées aux coûts du programme n'englobent pas celles qu'ils peuvent toucher de sources autres que la Régie. Par ailleurs, les montants affectés à la rémunération à l'acte représentent pour eux des revenus bruts et couvrent les frais qu'occasionne la dispensation de services assurés. En effet, les taux négociés pour ces services comprennent une compensation pour les coûts afférents à la prestation du service.

Divers modes de rémunération des dispensateurs et dispensatrices sont en vigueur dans les ententes actuelles. La rémunération à l'acte, qui constitue l'un de ceux-là, est largement utilisée dans le cas des services dentaires offerts aux enfants. Les coûts de ce programme pour les années 1986 à 1990 excluent les services rendus hors du Québec, les honoraires fixes (salariat) et à vacation ainsi que les montants forfaitaires.

Dans ce dernier cas cependant, et ce depuis 1989, les montants forfaitaires sont répartis entre les différents programmes de services dentaires afin de mieux montrer l'évolution de leur coût. Pour les autres montants, indiquons par exemple qu'en 1990, près de 111 millions de dollars étaient versés en rémunération à l'acte pour les trois programmes de services dentaires, dont près de 74 millions de dollars pour le programme s'adressant aux enfants. Par ailleurs, 101 728 $ étaient versés pour les services rendus hors du Québec et 5 329 879 $ pour les honoraires fixes et les vacations.

4. Les données régionales

Les données présentées sur une base régionale sont regroupées selon les régions socio-sanitaires définies par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles sont établies en fonction de la région dans laquelle le dispensateur ou la dispensatrice a gagné la plus grande part de ses revenus.

Ces données régionales sont subdivisées par territoire de département de santé communautaire (D.S.C.) dont on retrouve la liste ici:

Région 01: Bas-St-Laurent—Gaspésie
- DSC:
  - . Centre hospitalier de Rimouski,
  - . Hôtel-Dieu de Gaspé.

Région 02: Saguenay—Lac-St-Jean
- DSC:
  - . Hôpital de Chicoutimi,
  - . Hôtel-Dieu de Roberval.

Région 03: Québec
- DSC:
  - . Centre hospitalier régional de la Beauce,
  - . Centre hospitalier régional du Grand Portage,
  - . Hôpital de l'Enfant-Jésus,
  - . Hôtel-Dieu de Lévis,
  - . Centre hospitalier de l'Université Laval,
  - . Hôpital du Saint-Sacrement,
  - . Hôtel-Dieu de Montmagny.

Région 04: Trois-Rivières
- DSC:
  - . Hôpital régional de la Mauricie,
  - . Hôpital de Sainte-Croix,
  - . Centre hospitalier Ste-Marie.

Région 05: Estrie
- DSC:
  . Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Région 06: Montréal métropolitain
- DSC:
  . Hôpital général du Lakeshore,
  . Centre hospitalier de Verdun,
  . Hôpital Maisonneuve-Rosemont,
  . Hôpital Ste-Justine,
  . Hôpital général de Montréal,
  . Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal,
  . Hôpital St-Luc,
  . Cité de la Santé de Laval.

Région 16: Laurentides-Lanaudière
- DSC:
  . Hôtel-Dieu,
  . Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Région 26: Montérégie
- DSC:
  . Centre hospitalier de Valleyfield,
  . Centre hospitalier Honoré Mercier,
  . Hôpital Charles-Lemoyne,
  . Hôpital du Haut-Richelieu.

Région 07: Outaouais
- DSC:
  . Centre hospitalier régional de l'Outaouais.

Région 08: Abitibi-Témiscamingue
- DSC:
  . Centre hospitalier de Rouyn-Noranda.

Région 09: Côte-Nord et Nouveau-Québec
- DSC:
  . Centre hospitalier régional de Baie-Comeau.
  . Terr. du Nouveau-Québec, Baie d'Hudson, Ungava,
  . Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux.

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES POUR LES ENFANTS - R.A.M.Q. - ENTREVUE EFFECTUÉE

AVEC : _____

_____

_____

_____

LE : _____

À : _____

_____

DURÉE : _____

REMARQUES : _____

_____

_____

_____

_____

ACCEPTEZ-VOUS QUE VOTRE NOM APPARAISSE DANS LA LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES? _____

ACCEPTEZ-VOUS D'ÊTRE CITÉ DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE ÉVALUATIVE? _____

_____

_____

GUIDE D'ENTREVUE
Évaluation du programme de services dentaires pour les jeunes

Des entrevues auprès de 12 à 15 experts du domaine de la santé dentaire seront menées. Ces experts proviendront du domaine de la recherche, de la santé communautaire et de la pratique privée. Ces entrevues compléteront l'évaluation du programme de services dentaires s'adressant aux enfants. En obtenant l'avis de ces experts et en se basant sur l'analyse des données statistiques disponibles à la Régie ainsi que sur une revue de la documentation, nous tenterons d'atteindre les objectifs suivants :

- dégager les faits saillants de l'évolution de la santé dentaire des jeunes Québécois et Québécoises au cours des 20 dernières années;
- estimer le rôle joué par le programme administré par la R.A.M.Q. dans l'évolution de la santé dentaire des jeunes;
- tracer un portrait sommaire des principaux facteurs, autres que le programme de la Régie, influençant la santé dentaire des jeunes;
- déterminer les principales forces et faiblesses du programme de services dentaires pour les enfants;
- émettre des recommandations sur les améliorations et innovations à apporter au programme administré par la R.A.M.Q.

Quatre thèmes vont être abordés lors de ces entrevues :

Thème 1 : Évolution de la santé dentaire des enfants de moins de 16 ans au cours des 20 dernières années.

Thème 2 : L'apport du programme administré par la Régie sur cette évolution.

Thème 3 : Les facteurs contributifs à l'amélioration de la santé dentaire des enfants, autres que le programme administré par la Régie.

Thème 4 : Les modifications et innovations à apporter pour améliorer la santé dentaire des enfants québécois.

Thème 1 : Évolution de la santé dentaire des enfants de moins de 16 ans au cours des 20 dernières années

Au Québec, au cours des 20 dernières années, la santé dentaire des enfants s'est grandement améliorée. L'indice CAO, qui est de 3 depuis 1990 chez les enfants de 12 ans, l'a clairement démontré.

1. Pouvez-vous m'indiquer quelles sont, selon vous, les transformations que vous avez relevées :

   a) Au niveau des problèmes qui touchent directement la santé dentaire (relevés aujourd'hui par rapport à ce qu'ils étaient, il y a 20 ans)?

   b) Ensuite, pouvez-vous me parler des transformations que vous avez relevées au niveau de l'attitude du public face à la santé dentaire?

c) Également, quelles sont les transformations que vous avez remarquées par rapport à la pratique des dentistes (attitude face à la prévention, technologies utilisées,...)?

d) Enfin, pouvez-vous m'indiquer d'autres transformations que vous avez notées dans le domaine de la santé dentaire au cours des dernières années?

2. Les deux dernières enquêtes Santé dentaire (1983-1984 et 1989-1990) ont permis l'identification d'un groupe d'enfants plus vulnérables à la carie : grosso modo, le quart des jeunes possèdent les trois quarts des caries :

   a) Comment expliquez-vous ce phénomène où une minorité d'enfants disposent de la majorité des caries?

   b) Si non préciser à a): quelles sont les principales caractéristiques de ces jeunes?

c) **À votre connaissance, quelles seraient les mesures les plus efficaces pour rejoindre et traiter ces jeunes?**

3. Les jeunes du Québec disposent d'une moins bonne santé dentaire que leurs jeunes voisins ontariens et américains, même si la dernière enquête Santé dentaire révèle que les écarts se sont atténués.

   a) À votre avis, qu'est-ce qui explique cet écart entre la santé dentaire des jeunes d'ici et ceux qui les environnent?

   b) Entrevoyez-vous la possibilité que les jeunes du Québec rejoignent leurs jeunes voisins, dans un avenir rapproché, en ce qui a trait à la santé dentaire?

Thème 2 : L'apport du programme administré par la Régie sur l'évolution de la santé dentaire des jeunes Québécois et Québécoises

Nous allons maintenant aborder le programme de services dentaires administré par la Régie. Celui-ci s'adressait, jusqu'en mai dernier, aux jeunes de 15 ans et moins. Depuis la mi-mai, il touche les jeunes de 9 ans et moins.

1. À votre avis, le programme de la Régie a-t-il joué un rôle dans l'évolution de la santé dentaire des jeunes au Québec? Lequel?

2. Comment qualifieriez-vous ce rôle du programme administré par la Régie face à l'évolution de la santé dentaire au Québec,par exemple si vous aviez à lui attribuer une cote sur une échelle de 1 à 10 ?

3. Selon vous, le programme de la Régie a-t-il entraîné d'autres modifications <u>à part</u> celles touchant la santé dentaire des jeunes (pratique des dentistes, attitude du public, habitude d'hygiène dentaire,...)?

4. Comment qualifieriez-vous le rôle du programme de la Régie face à ces autres modifications que vous venez de mentionner?

5. N'eut été du programme de la Régie, croyez-vous que la santé dentaire des jeunes du Québec aurait connu la même évolution? Précisez.

6. À votre avis, y a-t-il un ou des problèmes reliés à la santé dentaire des jeunes que le programme de la Régie n'a pas corrigé?

7. Pouvez-vous me commenter l'affirmation suivante qui traite des programmes publics : «La valeur des programmes actuels est remise en cause... : ils sont à la fois dispendieux, en raison de leur universalité, et peu efficaces puisqu'ils rejoignent à peine les enfants les plus sévèrement atteints...»? (SOURCE : Centre de Recherche sur les Services Communautaires, Dépistage précoce des enfants à risque élevé de caries. Revue de littérature, 1990).

8. Selon vous, est-ce que toute la population est bien informée de la couverture des services assurés dans ce programme de la Régie? Précisez.

«La valeur des programmes actuels est remise en cause... : ils sont à la fois dispendieux, en raison de leur universalité, et peu efficaces puisqu'ils rejoignent à peine les enfants les plus sévèrement atteints...».

9. Dans le cadre de l'étude évaluative, j'ai examiné les données statistiques disponibles à la Régie. Entre autres chose, on constate que les jeunes de la région de Montréal métropolitain présentent un des taux de participation les plus bas par rapport aux jeunes des autres régions. Comment expliquez-vous ce phénomène?

10. Selon vous, le programme a-t-il produit des effets négatifs? Précisez (fluorose, plus grande inégalité sociale, diminution des revenus due à une meilleure santé dentaire,...).

TAUX DE PARTICIPATION,NOMBRE DE SERVICES DENTAIRES ET LEUR COUT PAR PARTICIPANT SELON LA RÉGION SOCIO-SANITAIRE ET LA CATÉGORIE DE BÉNÉFICIAIRES ,1990

RÉGION	ENFANTS PSR			ENFANTS NON PSR			ENSEMBLE DES BÉNÉFIC.		
	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût	TAUX %	SERV.PAR PARTIC. Nombre	SERV.PAR PARTIC. Coût
Bas-St-Laur.--Gaspésie	41.0	4.3	92.59	65.4	3.6	76.69	61.5	3.7	78.45
Saguenay --Lac-St-Jean	50.6	4.5	102.51	72.1	3.9	86.44	69.8	4.0	87.63
Québec	49.3	4.6	105.04	72.4	3.3	80.87	70.4	3.9	82.35
Trois-Rivières	48.4	4.5	102.92	71.2	3.9	82.29	68.4	3.9	84.10
Estrie	45.7	4.5	103.27	68.5	3.7	75.59	65.9	3.8	78.12
Montréal métropol.	42.2	4.3	103.34	60.6	3.6	75.72	57.8	3.7	78.75
Laurentides-Lanaud.	42.6	4.4	102.82	66.4	3.6	76.05	64.1	3.6	77.73
Montérégie	42.8	4.3	101.23	67.3	3.5	73.17	65.2	3.5	74.74
Outaouais	38.0	4.2	98.33	59.1	3.3	68.39	56.2	3.3	71.01
Abitibi-Témiscamingue	37.6	4.3	98.19	61.4	3.6	77.63	58.9	3.7	78.95
Côte-Nord	38.3	4.9	115.44	58.7	4.1	90.87	55.9	4.2	93.16
Total	42.6	4.4	102.55	64.8	3.7	77.32	62.2	3.7	79.29

Source: L'accessibilité et la participation au programme de services dentaires pour les enfants, R.A.M.Q., août 1992.

Thème 3 : Les facteurs contributifs à l'amélioration à la santé dentaire des enfants, autres que le programme administré par la Régie

Le programme administré par la Régie n'est certainement pas le seul facteur contributif à l'amélioration de la santé dentaire des enfants.

1. À votre avis, quels sont les autres facteurs qui ont contribué à cette amélioration? Précisez.

2. Pouvez-vous m'estimer le degré d'importance que vous accordez à chacun des facteurs que vous venez de mentionner vis-à-vis la santé dentaire des jeunes?

3. **Où situez-vous le programme administré par la Régie dans ce classement des facteurs contributifs à l'amélioration de la santé dentaire des jeunes?**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Thème 4 : Les améliorations et innovations à apporter

Afin de favoriser une amélioration de la santé dentaire, des modifications et des innovations pourraient possiblement être apportées tant au programme de la Régie qu'à divers facteurs contributifs à la santé dentaire.

1. Selon vous, quelles seraient <u>les mesures les plus efficaces pour améliorer le programme actuel</u> administré par la Régie et qui s'adresse au moins de 10 ans?

2. Quelles <u>autres mesures</u> pourraient être prises au Québec pour améliorer davantage la santé dentaire des enfants?

3. **Ces mesures devraient-elles viser l'ensemble des enfants ou ceux qui sont les plus vulnérables?**

4. **Croyez-vous que les mesures que vous venez de mentionner sont réalisables à court terme? De quelles façons?**

5. À votre avis, la désassurance des services dentaires effectuée en mai dernier et qui concerne les jeunes de 10 ans et plus influencera-elle l'évolution de la santé dentaire de ces jeunes? Si oui, dans quel sens?

6. Selon vous, quelles seraient les conséquences d'une complète désassurance du programme de services dentaires administré par la R.A.M.Q.?

7. **Quelles solutions de rechange pourraient être envisagées dans l'éventualité d'une complète désassurance du programme administré par la Régie?**

8. **En terminant, y a-t-il des questions ou des aspects qui n'ont pas été abordés au cours de notre rencontre et qui, selon vous, pour une raison ou une autre, devraient être mentionnés?**

ANNEXE IV

TEXTE INTÉGRAL PORTANT SUR LES RESTAURATIONS PRÉVENTIVES EN RÉSINE COMPOSITE, LES SCELLEMENTS DES PUITS ET SILLONS, LES MALOCCLUSIONS HANDICAPANTES ET LA FLUOROSE DENTAIRE

LES RESTAURATIONS PRÉVENTIVES EN RÉSINE COMPOSITE

La résine composite fut développée comme matériau obturateur en médecine dentaire à la lumière des travaux de la NASA. C'est une substance qui adhère à la dent par un moyen physico-chimique qu'on appelle le «mordançage». On déminéralise à l'acide les parois et les surfaces avoisinant une cavité; on place une résine liquide sur les surfaces ainsi déminéralisées, qui va pénétrer dans l'émail ainsi traité et qu'on durcit ensuite en l'exposant à une source lumineuse. Il existe aussi des résines autopolymérisantes qui peuvent servir d'adhésif. Sur cette couche bien ancrée, on ajoute selon la couleur de la dent, une autre résine qui va se souder très solidement à l'adhésif et permettre de restaurer la dent dans sa forme originale.

Jusqu'à maintenant, dans la couverture des soins dentaires, les seules obturations considérées comme services assurés sur les faces occlusales des dents postérieures, sont des obturations en amalgame. C'est le matériau de choix d'une façon usuelle. Cependant, à la lumière des données actuelles de la science dentaire, il a été démontré que les restaurations préventives en résine composite sont avantageuses en certaines circonstances et à plusieurs égards.

En 1985, R.J. Simonsen[1], définissait trois types de cavités pouvant être traitées avec des restaurations préventives en résine composite. Il avait auparavant, publié à ce sujet des études cliniques en 1977, 1980 et 1984. La première restauration préventive en résine composite (R.P.R.C.) est purement la situation de puits et fissures. Il faut distinguer ici, comme le mentionnait Denis Robert[2], avec celle de fosses et sillons. Les puits et fissures sont ceux qui sont difficiles à nettoyer avec la brosse à dent alors que les fosses et sillons ont une morphologie qui permet

---

[1]Simonsen, R.J.,"Conservative Cavity Preparation Design. Posterior Composite Resin Dental Restoration Materials", Minnesota Mining+Mfg., Co. 1985: 421-427.

[2]Denis, R., Journal dentaire du Québec, avril 1991, vol. 28: 187.

presque l'auto-nettoyage. La deuxième R.P.R.C. est celle où la carie atteint légèrement la dentine. La carie est alors enlevée avec la fraise la plus petite et ensuite la restauration en résine composite est faite sur la dent sans autre forme de cavité. La troisième R.P.R.C. diffère peu de la deuxième sauf qu'une couche de scellant est ajoutée et devient partie intégrante de la restauration; ce scellant s'étend d'ailleurs sur les fissures adjacentes à celle-ci. Donc en 1955, quand Buonocore[3] avait décrit la technique du mordançage, il ne pensait sans doute pas alors qu'elle révolutionnerait la dentisterie à ce point. En effet, c'est ainsi que le principe de Black qui prône «l'extension pour la prévention» ne s'applique plus pour les restaurations préventives en résine composite. Depuis, il faut savoir que cette technique de restauration préventive en résine composite, est enseignée aux Facultés de médecine dentaire des Universités de Montréal, Laval et McGill.

Dans l'enseignement, ces restaurations sont réservées aux molaires permanentes et aux prémolaires. On est unanime à préconiser, tout comme Simonsen[4], que la toute première expérience à la carie sur les faces occlusales des molaires permanentes et les prémolaires, devrait être traitée par la restauration préventive en résine composite parce que cette technique «respecte la structure de la dent». En effet, on est obligé de tailler une saine structure de la dent pour se plier aux exigences techniques d'un amalgame, ce qui devient maintenant une «déficience» pour ce matériau obturateur, sachant que Mertz Fainhurst[5] , a publié une statistique tragique en 1989, en découvrant que 95% de toutes les caries des enfants des États-Unis sont aujourd'hui sur les faces occlusales;

---

[3]Buonocore, M.G., "A Simple Method of increasing the adhesion of Acrylic Filling Materials to Enamel Surfaces", J.Dent.Res.,1955, 24: 849-853.

[4]Simonsen, R.J., "Criteria for Placement and Pit and Fissure Sealant and Preventive Resin Restauration.Quality Evaluation of Dental Restorations", Quintessence Publishing Co., 1989: 255-272.

[5] Mertz Fairhurst, "Pit and Fissures Sealants: A Global Lack of Science Transfer?", J.Dent.Res., august 1982.

il est impératif de penser comme Charland et Prévost[6] et de préconiser la R.P.R.C. pour les avantages suivants: vitalité pulpaire sauvegardée par un fraisage réduit, obturation non métallique, esthétique, approche non traumatisante pour le patient et coût biologique minime. D'autre part, les conclusion de l'étude de Houpt et ses cochercheurs[7] démontrent que la préparation conservatrice d'une cavité est une voie de succès dans le traitement des petites et moyennes caries. Ils les recommandent quand les lésions n'ont pas encore envahi tous les puits et fissures et quand la structure de la dent peut être conservée: ce qui va donner une «dent restaurée plus forte».

Récemment, il y a un nouveau matériau mis à la disposition de la profession dentaire; il s'agit de verre ionomère auquel, des particules d'argent sont ajoutées. Du coup, on évite le mercure et on obtient un matériau très solide. Cependant, les études les plus récentes le réservent aux restaurations des molaires primaires. Karl F. Leinfelder[8] a fait des études cliniques avec les critères (USPHS) retenus par le Service de Santé Publique des États-Unis. Ces critères sont mesurables et permettent aussi de faire des observations cliniques. Par ailleurs, l'usure n'est pas facilement mesurable cliniquement mais par des moyens très complexes, on peut faire une certaine observation. C'est ainsi qu'il a trouvé qu'un composite hybride à petites particules, l'Herculite, sur une étude de sept ans, quant à la résistance à l'usure, avait une perte de 13.2 microns par année, alors que l'amalgame avait 15.2. Il est sur ce point semblable à l'amalgame; cependant, on sait que l'amalgame après sept ans est toujours constant, alors qu'on ignore encore pour l'hybride à petites particules.

---

[6]Charland et Prévost, "Restauration conservatrice en résine composite", Journal dentaire du Québec, août 1990, 361-364.

[7]Houpt, M., Fuks, A., Endelman, E., Shez, Z., "Composite/Sealant Restoration", Oral Health, January 1990: 21-23.

[8]Lienfelder, K.F., "Criteria for Clinical Evaluation of Composite Resin Restorations", Quintessence Publishing Co., 1989: 139-149.

De fait, la plupart des études faites aujourd'hui démontrent la valeur de la restauration préventive en résine composite pour la première expérience à la carie sur les molaires permanentes et les prémolaires. Il convient donc de parler maintenant pour ces cas,« de scellement pour la prévention plutôt que d'extension pour la prévention ». C'est ainsi qu'en 1993, il serait à propos de couvrir dans un régime public de services dentaires pour les enfants, les restaurations préventives en résine composite dans certaines circonstances, plutôt que d'imposer aux dentistes de faire dans ces cas, des amalgames sachant que le patient entre dans le processus de faire et de refaire des obturations en amalgame de plus en plus grosses, couvrant de plus en plus de surfaces de la dent. Le dentiste aurait alors une alternative.

Depuis 20 ans que le régime de soins dentaires pour les enfants existe, il n'y a pas eu de changement important dans les services assurés. C'est un euphémisme que de dire qu'aujourd'hui, «on pense mieux et on fait mieux parce que nous avons de meilleures techniques et de meilleurs matériaux»; il serait tout à fait normal que ça transcende dans des décisions politiques.

Bertrand Lemieux, d.d.s.
Dentiste-conseil,
R.A.M.Q.

MAI 1993

LES SCELLEMENTS DES PUITS ET SILLONS

(Revue de littérature)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

La problématique de la santé bucco-dentaire des Québécois peut se diviser en deux grandes classes. D'abord les adultes, affectés sévèrement par la carie dentaire et l'édentation avec tout son lot de problèmes gastro-intestinaux et de surconsommation de médicaments. Ensuite, les jeunes chez qui il y a eu une amélioration très sentie de la santé dentaire, mais qui demeurent nettement défavorisés par rapport aux jeunes Américains et Ontariens, et davantage dans les milieux socio-économiquement faibles.

Le gouvernement, dans sa politique de la Santé et du Bien-Être 1992, s'est donné comme objectif (no 15), de réduire d'ici l'an 2002, le C.A.O. moyen chez les 6-12 ans de 50% et d'abaisser le taux d'absence dentaire de 5% chez les 35-44 ans[1]. On y parviendra par l'éducation et la prévention. En prévention, la voie royale devrait être celle de la fluoruration des eaux et la distribution de fluor au reste de la population non atteinte par cette mesure. La deuxième avenue est celle des scellements des puits et sillons[2] (Chapitre qui fait l'objet de cette revue de littérature). En 1993, on ne peut plus parler de prévention sans s'y référer.

DÉFINITION

"Le scellant est un plastique transparent ou coloré comme la dent, que le dentiste applique sur la surface (à sillon) des molaires et prémolaires, c'est-à-dire, là où la plupart des caries se manifestent. Il constitue une couche protectrice qui empêche les particules d'aliments de se loger dans les fissures et les cavités profondes, que la brosse à dents et la soie dentaire ne peuvent atteindre"[3].

HISTORIQUE

Dès le 18e siècle, Hunter pensait qu'en bloquant les sillons, on pourrait retarder ou prévenir la carie dentaire et en 1895, Wilson a documenté le scellement avec du ciment. C'est Hyatt en 1923, considéré comme le père des scellements, qui pense à obturer les sillons susceptibles avec un amalgame, alors qu'en 1926, Bodecker en propose l'éradication. 1942 verra les échecs de Klein et Knutson et Ast et al. qui essaient de traiter les sillons avec différents produits chimiques. Il faudra attendre en 1955, avant que Buonocore n'applique la technique d'acide liant et n'obtienne enfin, quelques années plus tard, des résultats éclatants.

De tous les matériaux obturateurs testés, c'est la résine Bis-GMA* qui s'avérera le meilleur scellant, et en 1976, l'American Dental Association accepta les scellements des puits et sillons. Au début des années 80 (et encore maintenant), on commença cependant à s'interroger sur la sous-utilisation de ce remarquable outil[4-5].

LA TECHNIQUE

La technique d'application est simple, mais d'une importance capitale, car les bénéfices sont directement reliés à la rétention du scellant et cette dernière, à la qualité de l'application. Il faut d'abord, avec une pierre ponce et une brosse rotative ou un système de polissage à air, débarrasser la dent de toute substance organique pour pouvoir obtenir un gravage de l'émail uniforme et non contaminé.

* Monomère dimethacrylate qui est un produit de réaction d'un biphenol A et d'un glycidyl metacrylate

Après avoir soigneusement isolé la dent de la salive, on doit la rincer et l'assécher. Un acide phosphorique de 30 à 50% de concentration, en gel ou en solution, est appliqué sur la dent pendant une minute (1½ à 2 pour les primaires), confiné au plan incliné des cuspides.

L'action de l'acide créera des microporosités d'environ 50 microns dans l'émail, qui serviront de rétention pour la résine.

Il faut ensuite rincer cette surface vigoureusement avec de l'eau pendant 30 secondes en aspirant les débris. La dent ne doit plus être contaminée et il faut l'assécher complètement avec un jet d'air, libre de trace d'huile et d'humidité, pour obtenir la rétention maximale.

Selon une très récente étude américaine s'étalant sur 2 ans, pour les régions dentaires techniquement vulnérables à l'humidité, l'ajout d'un agent liant dentinaire hydrophile entre l'émail gravé et contaminé et le scellant, assurerait une excellente rétention[34].

La résine est ensuite déposée à l'aide d'un pinceau ou d'un applicateur spécial; une fois polymérisée, elle est soigneusement examinée pour correction si nécessaire, avant que la salive ne vienne en contact avec elle[6].

Quant au matériau lui-même, la résine autopolymérisante ou durcie à la lumière, donne des résultats comparables mais il peut y avoir certaines différences reliées aux manufacturiers. Cette résine liquide s'infiltre donc dans les microporosités et s'agrippe mécaniquement sur "...la dent avec laquelle elle a aussi des affinités chimiques. Cette mesure protectrice qui vise les dents les plus sensibles à la carie, "imperméabilise" très efficacement, durant quelques années, contre l'attaque des bactéries[7]".

Mais, est-ce dommageable?

SÉCURITÉ

5.1 Bactéries

Les bactéries emprisonnées dans le fond des sillons sont-elles une menace pour la dent? Et qu'arrive-t-il si on scelle une carie débutante? Aucune étude n'a révélé une progression de carie, mais on a constaté qu'une petite carie sous un scellant, devient inactive. "Il n'y a plus d'activité destructrice tant que les substrats fermentables ne sont pas disponibles"[8].

Les bactéries sont isolées des nutriments salivaires et la carie est inactivée. Il y a d'ailleurs une chute marquée du nombre de bactéries dans la dentine cariée après 1 semaine, 6 mois et 2 ans où on en dénombre 2,000 fois moins. Le risque est donc minime, même s'il persiste un petit nombre d'organismes avec une viabilité diminuée. "Sous un scellant, la carie ne semble pas évoluer même si la dentine est atteinte"[8].

5.2 Maturation de l'émail

Le scellement semble également n'avoir que très peu d'effet sur la maturation de l'émail. Ce phénomène produit par les échanges ioniques entre la salive et l'émail, et accéléré en présence de fluor, semble procurer une certaine immunité à la dent, car l'attaque de la carie diminue 2 à 4 ans après l'éruption.

5.3 Susceptibilité à la carie

L'émail qui a été traité à l'acide est-il plus susceptible à la carie en cas de perte du scellement? Non, car il demeure quand même de la résine dans les micropores, même après la perte du bloc visible, et l'effet protecteur perdure un certain temps. Quant à la déminéralisation, elle est corrigée après quelques heures par le contact des ions salivaires.

Il pourrait y avoir un certain danger si un scellant décollé restait en place, car l'infiltration de bactéries se produirait sous cette couche de résine; cependant, les mauvais scellements sont en fait perdus, ne causant donc pas de dommage et ne rendant pas la dent plus susceptible à la carie.

5.4 Autres risques

Il n'y a pas non plus d'effets systémiques, toxiques ou carcinogéniques connus et cette technique ne cause pas de problème à la pulpe dentaire, ni n'est à risque pour l'opérateur[9].

EFFICACITÉ

6.1 Sa durée vs celle d'amalgame

Les recherches ont fermement établi la base scientifique du scellement. Les changements dans l'évolution de la carie vers les surfaces à sillons, ciblent le scellement comme le moyen préventif de choix[10]. La méthode est bien diffusée et standardisée[9]. Dès 1967, Buonocore et Cueto pouvaient affirmer qu'une fissure est pleinement contrôlée, tant que dure le scellement et en 84, Mertz-Fairhurst[11] soutenait qu'après 7 ans, la plupart des traitements étaient intacts, ce qui en faisait l'agent de prévention le plus durable et le plus efficace, car c'est un mythe de croire que les amalgames durent de 15 à 20 ans. Il est raisonnable de comparer ces deux matériaux, ceux-ci étant le choix pratique à faire.

L'amalgame n'est en effet pas permanent. Une étude canadienne révèle que la moyenne des dentistes remplacent 6.6 amalgames par jour. Une autre étude comparant deux sortes d'amalgames a trouvé qu'après 5 ans, 47% et 49% de ceux-ci étaient acceptables et seulement 16% après 10 ans. Deux recherches britanniques ont établi que 50% des amalgames sont remplacés entre 5 et 10 ans, et une autre arrive à 20% après 5 ans.

Dans la Marine américaine, la vie moyenne d'une restauration est de 4.25 ans. Il faut cependant être conscient que les résultats auraient été meilleurs si on avait considéré seulement l'occlusal. Après 4 ans d'étude, Dennison et Straffon établissent, en comparant l'amalgame et le scellement, qu'on consacre 29% moins de temps pour le traitement préventif, avec un taux de prévention de 100% et un organe intact[5].

On sait maintenant que la protection par le scellement est à 100% tant qu'il est bien en place et hermétique, que l'efficacité est augmentée quand il y a rappel pour réparer les scellants perdus ou brisés et qu'il n'y a pas de différence quand l'application est faite par un dentiste, une hygiéniste ou une assistante, s'ils ont reçu un bon entraînement et s'ils ont de l'expérience dans la manipulation de cette technique[9-5].

Les plus nombreuses pertes du scellant se font dans les 6 premiers mois et une réapplication en augmente l'efficacité, tout comme une application tôt après l'éruption de la dent[12] car plus tard, il y aura une espèce de scellement naturel qui se fera par la minéralisation de la plaque dans les sillons. On sait également que les scellements durent plus longtemps sur les prémolaires que sur les molaires[13] et plus longtemps sur les dents inférieures que sur les supérieures.

6.2 Résultats d'études

Pointons maintenant les résultats de quelques études pour illustrer cette efficacité: sur une période de 10 ans et pour une application unique, la carie s'est développée sur 21.7% des dents traitées, contre 68.3% sur les dents témoins, soit 3 fois moins. Après une simple application, on sauve de la restauration, 4.7 surfaces de dents par enfant; avec une réapplication, ce chiffre passe à 6.8[4].

A l'Ile-du-Prince-Edouard, aussi sur 10 ans, des 8,340 traitements effectués sur les dents d'enfants d'âge scolaire, 89% étaient intactes après 1 an et 60% entre 7 et 9 ans plus tard[7]. En 85, après 11 mois, on obtenait 91 à 94% de rétention selon le fabricant[14]. En 84, déjà on pouvait affirmer que la rétention durait 5 ans et plus[9]. Mentionnons enfin une dernière étude sur la première molaire permanente; 15 ans après un scellement, les dents témoins eurent 7.5 fois plus de caries ou traitements que les dents scellées[11].

SITUATION DE LA CARIE

En 1979-80 aux Etats-Unis, 16% des caries chez les 5-17 ans se présentaient sur les surfaces lisses et 84% sur les surfaces à sillons[9]. Qu'en est-il maintenant de la situation de la carie? Observons quelques données fournies par différentes études.

7.1 Constatations de différentes études

Horowitz[15] à la fin des années 70, notait que si les surfaces occlusales comptent pour 20%, elles subissent de 45 à 60% des attaques carieuses et en 73, Gwinnet[6] constatait que l'occlusal comptait 10% des surfaces à risque et 50% des caries. En 83[10], on observe que la carie se déplace vers les puits et sillons et qu'en maintenant le fluor et en ajoutant les scellements, on réduit la carie de 85%. Entre 2 enquêtes américaines[15] de 71-74 et 79-80, on a constaté une diminution de la carie de 50% sur les faces proximales et de 26% sur les faces à puits et sillons; on recommande donc de protéger ces dernières car elles ont jusqu'à 94% des caries chez certaines populations d'enfants à risque.

De plus, "les caries occlusales sur les molaires permanentes arrivent plusieurs années avant les proximales"[16], qui elles, sont en déclin. On peut donc maintenant, envisager de contrôler toute la carie[5]. Des données d'une étude au Michigan dans une population sans eau fluorurée, chez les 9-10 ans, révèlent que 48.9% des premières molaires étaient saines et que les caries se distribuaient ainsi: 28.4% à l'occlusal seulement, 15.1% à l'occlusal plus le buccal ou le lingual, 5.5% au puits buccal et seulement 2.1% aux proximaux.

En 86, selon Loe et Carlos[17], 50% des Américains de 18-65 ans n'ont pas perdu plus d'une dent et 4% seulement sont édentés, ce qui augmente le nombre de dents à risque. Eklund et Ismaël en 86, calculent que 50% des molaires ont une carie occlusale mais sont saines proximalement[16].

Notons que seulement 10% des prémolaires sont dans cette situation. En 87, les enfants américains ont 95% de leurs caries sur les surfaces à puits et sillons[17], et on affirme ailleurs, qu'en plus de la diminution de la carie et de son déplacement vers les puits et sillons, elle pénètre moins vite vers la pulpe et que le 25% de la population à risque, reçoit 60% des soins[12].

Au Québec, les données de l'Enquête Santé dentaire 1989-1990 que nous avons vues dans un chapitre précédent, nous indiquent les mêmes tendances.

SITUATION DES SCELLEMENTS DES PUITS ET SILLONS

Mais quelle est la situation des scellements des puits et sillons et qu'est-ce qui en ralentit l'emploi? "L'adoption extrêmement lente des scellements comme procédure routinière de prévention de la carie chez les enfants et les adolescents, requiert une étude approfondie, une évaluation et une interprétation, pour qu'une action appropriée soit prise pour corriger la situation"[17].

8.1 Statut à l'extérieur

Il est en effet curieux de constater son faible taux d'application, malgré une littérature abondante et favorable à la mesure et sa disponibilité depuis 1970.

En 1974, seulement 10% des dentistes y croyaient, 17% n'en connaissaient pas la valeur et 62% ne le faisaient pas. En 1982, 58% ne l'utilisaient toujours pas[18].

Une étude américaine en 1986-87, révèle que moins de 8% des 5-17 ans ont des scellants, quand on a vu que 95% de leurs caries étaient sur les puits et sillons. Pourtant, 29 états avaient des programmes de scellement, 8 en avaient terminé un depuis 2 ans, 48 autorisaient l'hygiéniste et 15 l'assistante, à procéder au scellement[19]. Récemment, chez 306 étudiants de 2e année en Caroline du Nord, on dénombrait 21.6% des enfants avec des scellants et 31% qui en auraient eu besoin.

Au Japon, la mesure du scellement a été adoptée. Le Gross National Insurance System n'inclut pas la prévention, mais considère le scellant comme matériel obturateur pour les caries débutantes. Avec cette approbation du gouvernement, la mesure est maintenant perçue comme efficace[17].

Les données du N.H.I.S. américain de 1989 dénotent que 10% des enfants de 5 à 8 ans ont au moins un scellement, 18% des 9-11 ans et 15% des 12-14 ans et 15-17 ans[20].

8.2 Statut au Québec

A Montréal, dans une étude étalée de 1990 à 1992 et portant sur les premières molaires permanentes d'enfants de 6-9 ans, sur 4,398 surfaces, 11.62% étaient scellées en début d'étude et 10.9% le furent pendant les 2 années du suivi[21].

Une autre étude établit que 19.6% de ces enfants ont des scellements, qu'il y a à l'occlusal un nombre à peu près égal de scellants et d'obturations, et que le scellement est plus utilisé quand les parents ont une formation universitaire[22].

Au niveau provincial, selon les données de l'Enquête Santé Dentaire 1989-1990[23], la moyenne par enfant varie de 0.06 à 0.34 selon l'âge, et de 0.18 à 0.33 selon le niveau scolaire. Seulement 8% des enfants en 2e année et en secondaire II ont des dents scellées et 10% en 6e année, contre 5% en secondaire V.

La plus faible prévalence des scellements se retrouve chez les enfants à risque, ceux dont les parents occupent un emploi non spécialisé ou ont une faible scolarité ou un revenu de moins de 20 000$, et enfin, chez les enfants sans visite au dentiste depuis 1 an ou sans traitement préventif s'ils s'y sont rendus.

Enfin, l'utilisation des scellements et l'attitude des dentistes québécois vis-à-vis la mesure sont bien documentés par une recherche de Dufour L., Albert G. et Gagnon P.F. en 1989. Ils en fournissent un résumé des résultats qui est disponible en annexe[33].

LES RÉSISTANCES

Bien qu'ils eussent pu être évités, oublions les surtraitements des lésions incipientes et réversibles, situation bien réelle, selon ce que rapporte Levy[24] et examinons différentes opinions sur les facteurs provoquant cette lenteur à s'imposer des scellements des puits et sillons. "Malgré une littérature évidente, après presque 30 ans, cet agent anticarie est encore ignoré par la profession"[17].

9.1 Perception

Au début, il y eut des faillites causées tant par les matériaux que par la technique d'application, ce qui a peut-être laissé un lourd héritage. En 1974, les raisons invoquées par les dentistes sont le manque de recherche, le peu de durabilité et la crainte de sceller des caries.

On préfère également utiliser une obturation occlusale, car le patient ne veut pas payer ce scellement dont il ne peut évaluer la valeur. Et, au début des années 80, si 90% des bureaux fournissent des services de conseils sur la nutrition, de contrôle de la plaque et d'application de fluor et 42% des services de scellement, on surestime la valeur de l'hygiène dans le contrôle de la carie, au détriment des scellements[18].

9.2 Assureurs

Aux États-Unis, à l'arrivée des scellements, les assureurs ne couvrent pas ce traitement, car ils doutent de la capacité des dentistes de l'appliquer parcimonieusement, et doutent aussi de son coût- efficacité. En plus, les clients ne le réclament pas. Ils prétendent aussi qu'au moment de récolter les bénéfices de la mesure, le client ne sera plus un assuré à cause du roulement du personnel. Ils craignent que le scellement soit mal fait et les oblige à payer quand même une obturation plus tard et que cette mesure aide simplement les finances d'un bureau sous-utilisé, sans bénéfices pour les usagers. Enfin, 37% des demandes seraient frauduleuses[4-5].

Mertz-Fairhurst[17] souligne en plus, que les écoles dentaires ont tardé à établir cette procédure, que les clients n'exigent pas cette couverture, étant mal informés ou s'ils le sont, qu'ils préfèrent choisir une alternative (l'obturation), qui elle est couverte par l'assureur. Il y a aussi l'attitude négative de certains dentistes qui semblent discréditer la mesure, craignant le manque d'ouvrage devant la très grande efficacité des scellements.

9.3 Attitudes

On rapporte aussi que l'effet est seulement temporaire car on le perdra lorsqu'il faudra traiter les caries interproximales et qu'il y a beaucoup de ces caries dans les régions non pourvues d'eau fluorurée. On sait pourtant maintenant que même dans ces régions ce pourcentage de carie est faible et que le scellement reste indiqué. Comme chaque traitement est individuel, il est plus dispendieux que les procédures préventives habituelles[25].

On peut ajouter à la difficulté d'expliquer la rationnelle aux patients et à la croyance qu'un amalgame est meilleur et plus économique, que les informations pour le personnel sont insuffisantes et que le public connaît mal les méthodes et les bénéfices[9].

Enfin, la mesure semble limitée aux enfants qui visitent leur dentiste ou qui sont pris en charge par un programme public ou scolaire avec services professionnels[20].

Mais effectivement, avec la diminution de la carie et la disponibilité du fluor, les scellements sont-ils vraiment nécessaires et rentables comme mesure préventive? Des analyses de coût, de coût-bénéfice et de coût-efficacité ont été faites pour tenter d'éclaircir cet état de fait.

LE COÛT

10.1 Coût-bénéfice

Le coût-bénéfice est la relation qui existe entre les montants d'argent à débourser pour poser une action et le montant des bénéfices comme résultat de cette action[26].

On convertit en dollars les coûts et les bénéfices, ce qui en restreint l'application. On choisira le ratio coût-bénéfice le plus bas ou le ratio bénéfice-coût le plus haut. Cette analyse aidera le décideur à choisir entre différents programmes. Donc, ce type d'analyse laisse de côté les bénéfices indirects et intangibles qui ne se convertissent pas en dollars.

10.2 Coût-efficacité

Le coût-efficacité lui, établit la comparaison des coûts d'un ou de plusieurs programmes quant à leur objectif et quant à la nature de leur résultat. Cette analyse est utile quand on ne peut exprimer une résultante en dollars. Ici, elle évaluera une alternative au scellant, l'amalgame, en reliant les coûts et les effets. Le coût-efficacité implique que les économies reliées à une action sont plus grandes que le coût relié à la non action[13].

Soulignons d'abord, que les auteurs ne font pas toujours une nette distinction entre ces notions, ce qui rend parfois l'interprétation de leurs données un peu compliquée et, voyons maintenant les différentes variables qui peuvent influencer ces ratios avant de prendre connaissance de quelques données d'ordre monétaire.

10.3 Les variables

Houpt et Shey[13] en 1983, énumèrent parmi ces variables, la prévalence des caries. Seules les dents cariées seront traitées, alors que la prévention traite tous les puits et sillons susceptibles, parmi lesquels on estime que de 45% à 78%, après trois ans, seraient effectivement devenus cariés.

Donc, plus une population est à risque, plus la valeur du coût-efficacité augmente, puisque le scellant est reconnu efficace pour prévenir la carie.

La deuxième variable, en ordre d'importance, serait la longévité du matériel. On sait que la protection dure tant que le scellant couvre la dent, de même qu'on sait que l'amalgame, l'alternative au scellant, aura aussi besoin d'être changé aux 5-10 ans.

Smith[27] estime qu'environ le tiers du temps d'un dentiste est passé à remplacer des restaurations défectueuses. Les faiblesses de ce traitement sont le phénomène de la corrosion, quoique les matériaux à haute teneur en Cu d'aujourd'hui ont bien amélioré cet aspect. Mais il demeure, selon lui, des préparations de cavités et des insertions déficientes de même que des problèmes esthétiques reliés au relâchement des ions.

Il y a aussi le nombre de dents traitées par séance. L'installation et la préparation du patient exigent un facteur temps qui sera diminué, si on augmente le nombre de traitements par séance.

Le temps requis pour une procédure est une autre variable. Fait en même temps qu'une application topique de fluorure, on calcule que le temps d'intervention pour un scellement est de cinq minutes, alors qu'une obturation d'amalgame prendra 15 minutes. Donc, sur la variable temps, on pourrait placer trois fois un scellement sur une même dent, avant que la procédure n'ait un coût-efficacité moindre que l'amalgame.

L'opérateur est aussi un facteur important. Le coût du temps de l'opérateur est évidemment moins élevé lorsque la procédure est appliquée par le personnel auxiliaire et les résultats seront aussi meilleurs si l'exécution est complétée routinièrement, plutôt qu'occasionnellement par un opérateur.

Ce coût est estimé à la moitié de celui d'un amalgame, si le traitement est fait par un dentiste et dans un programme public, à un sixième (1/6) si le scellant est placé par une auxiliaire[28].

Le coût du matériau est moins important, mais pour un programme public il pourrait y avoir économie en utilisant une résine autopolymérisante plutôt qu'une photopolymérisante.

Une autre variable est la distribution de la carie sur les dents. Le ratio coût-efficacité sera plus favorable lorsqu'on aura le moins de carie proximale possible. Cet état sera favorisé par des programmes de distribution de fluor, mais où devra-t-on s'arrêter quand une communauté aura atteint un C.A.O. très faible[26]?

En prévention, l'eau fluorurée jouit du meilleur ratio coût-bénéfice et coût-efficacité[29], mais en plus de maintenir ce programme, il faut ajouter le scellement pour une plus grande prévention des caries.

Cette mesure n'est pas une alternative à l'amalgame, mais "une technique efficace et pratique de prévenir la taille de dents". Stamm[10] suggère que dans un programme public, l'emploi devrait probablement être concentré sur les enfants à risque.

10.4 Bénéfices

Il y a des bénéfices indirects, autres que la conservation de l'intégrité de la dent, à considérer dans l'établissement du coût-efficacité. On peut songer au traitement qui se fait sans douleur ni stress, à l'acceptation sociale d'un traitement sans incidence esthétique, à une perte de temps moins grande au travail et à l'école pour ses traitements dentaires, au bien-être psychologique et fonctionnel d'avoir une denture intacte, enfin à la diminution d'actes iatrogènes possibles, comme les expositions pulpaires et la provocation de problèmes péridentaires par de mauvaises obturations[4] et encore, les restaurations plus extensives subséquentes.

A l'administration qui aura tendance à ne considérer que les coûts, l'évaluation en contre-poids, devra signaler les effets bénéfiques: la prévention est de longue durée et conservatrice.

10.5 Des analyses

En 1984, Niessen[29] faisait l'analyse du bénéfice-coût et du coût-efficacité de 4 programmes de prévention. C'est la fluoruration de l'eau qui obtenait les meilleurs chiffres avec un ratio bénéfice-coût après 20 ans, de 8.22, c'est-à-dire, que chaque dollar investi a sauvé 8,22$ et un ratio coût-efficacité de 1.22.

Pour le programme des scellements, ces valeurs étaient de .85, donc négatives pour le bénéfice-coût, mais de 11.79 pour le coût-efficacité.

Simonsen[4] en 1989, sur la base des coûts moyens, aux Etats-Unis, de 13,73$ pour un scellement et de 25,86$ pour un amalgame d'une surface, établit que le coût des scellants et d'obturations sur un groupe d'enfants est de 11,10$ annuellement par enfant, et de 17,67$ sur le groupe contrôle sans scellement.

Si on avait fait un nouveau scellant à demi-prix, le coût aurait été de 11,22$ et de 16,93$ pour un nouveau scellant à plein prix. Le ratio serait donc demeuré positif.

Les coûts d'un programme de scellement du Kentucky, posé par un hygiéniste, furent estimés à 1,20$-1,59$ par dent. Dans un projet de Saskatchewan, le matériel et la main-d'oeuvre sont évalués à 3,63$ par dent[28].

En 1984, selon trois études, il est raisonnable de considérer le prix d'un scellement à la moitié du prix d'un amalgamme classe I[25]. Newbrun, en 1992, rapporte que sur une période de 10 ans, chez des enfants de 5 à 10 ans, une application d'un scellement et une réapplication à toutes les régions où il en manque, coûtent 66% du coût des restaurations du groupe témoin[12].

Mais, selon nos échelles de valeurs, sommes-nous prêts à payer le prix de cette prévention?

Le dentiste est favorable à la prévention totale. Les assureurs eux, craignent un puits sans fonds, alors que les consommateurs vont préférer payer plutôt pour des services comme l'orthodontie[5]. On ne sait pas si la prévention ne fera que différer la maladie de quelques années ou si ce sera pour toujours.

PRÉ-REQUIS

Face à ces données de faits, quels pré-requis pourraient aider tous les acteurs à s'orienter vers cette mesure préventive?

Selon le Council on Dental Research, il faut que l'attitude du dentiste et du public change. Il faut briser l'impasse et définir des standards pour que la profession, les payeurs et les utilisateurs acceptent l'utilisation des scellements[5].

Il faut reconnaître que l'efficience du scellement dépend d'abord de l'opérateur usant d'une technique rigoureuse et d'un matériau moderne et efficace, ensuite d'une sélection appropriée des dents à protéger et enfin, du taux de remplacement des scellants.

Pour ce qui est de la sélection des dents, il faut réserver la mesure jusqu'à deux ou quatre ans après l'éruption de la dent, car on sait que la carie diminue 2 à 4 ans après l'éruption. On pourrait accepter de les sceller à demi-prix après cette période, si on a d'autres scellements à faire dans cette région.

Les prémolaires, quoiqu'ayant un meilleur taux de rétention, sont moins vulnérables que les molaires. Avec une carie proximale, on recommande de ne pas sceller l'occlusal d'une dent.

Quant au remplacement, la perte des scellements se faisant dans la plupart des cas dans les 6 mois qui suivent l'application, on suggère de payer une reprise à demi tarif après 9 à 12 mois, mais de n'effectuer aucun remboursement pendant les 3 années suivant cette reprise[5].

LES INDICATIONS

Les indications ont pour objectif de protéger les surfaces fissurées où le fluor agit moins bien. Quoiqu'on puisse envisager le scellement comme une alternative au traitement d'une carie débutante, tout comme la vitrification expérimentale de l'émail par laser, sa vocation première en est une de prévention de la carie.

Les conditions d'aujourd'hui demandent que la prévention de masse doive devenir une prévention individuelle, la carie étant maintenant largement une maladie occlusale. Il faut cibler ceux qui ont le plus grand besoin et le meilleur potentiel pour le plus grand bénéfice[25]. Il faut considérer l'âge, l'hygiène, et l'historique de l'individu, sa diète, la forme de ses dents et le statut du fluor où il réside.

Dès 1978, un groupe de travail suggère de sceller les premières et deuxièmes molaires permanentes dès l'éruption, d'assurer le suivi aux six mois aux âges de 6-7 ans et 12-13 ans, et annuellement pour les autres[30]. Ceci permet de retraiter les dents ayant perdu leur scellement et de traiter celles qui n'étaient pas encore en place à la première visite. On peut ajouter l'âge 3-4 ans pour les molaires primaires dans les familles à risque.

On devrait éliminer la clientèle possédant des dents saines et un bon pronostic, mais sceller les dents des groupes sains ayant un pronostic douteux. Enfin, pour les groupes atteints par la carie et classés dans une catégorie à pronostic pauvre, on devrait s'orienter plutôt vers le traitement par restauration[31].

Les dents avec des caries présentes ou passées, sont évidemment plus susceptibles comme celles avec des cuspides très inclinées et des fissures plus profondes[25]. Le fluor, en protégeant les surfaces lisses, augmentera la valeur du coût-efficacité du scellement des surfaces fissurées.

Les priorités devraient donc être d'abord de sceller les premières molaires des enfants de 6 à 8 ans et ensuite, les deuxièmes molaires de 11 à 13 ans. On pourrait enfin sceller les prémolaires chez les enfants à risque, de même que leurs molaires primaires[9].

RECOMMANDATIONS

Le scellement des puits et sillons est une mesure qui doit s'intégrer à la fluoruration systémique et topique, aux instructions d'hygiène et aux conseils diététiques et enfin, aux examens périodiques du patient. La mesure standardisée doit être diffusée par des moyens audio-visuels et des imprimés; un effort d'information vigoureux doit être entrepris par le gouvernement et les organismes professionnels.

En recherche, il faudrait tenter de développer des résines plus hydrophiles et à dégagement de fluor ou de nouveaux matériaux obturateurs à adhésion chimique sans l'aide d'acide. Il faudrait aussi obtenir des données plus utiles sur le coût-efficacité dans les programmes communautaires et développer et utiliser des méthodes de tamisage peu coûteuses, pour identifier les enfants à risque pour les surfaces dentaires fissurées[9].

La profession a besoin d'apprendre à facturer pour la prévention plutôt que de le faire seulement pour le curatif. Les patients bien éduqués par les vidéos, les dépliants et le personnel auxiliaire, acceptera ces déboursés[17].

"La participation des agents payeurs comme la R.A.M.Q. et les assureurs privés, est évidemment essentielle. Tout traitement préventif démontrant une efficacité devrait être reconnu et rémunéré adéquatement, pour que le dentiste en pratique privée puisse développer une véritable approche préventive". Levy[24].

Rappelons enfin, la troisième recommandation du rapport d'Enquête Santé Dentaire Québec 1989-1990, en page 50[23]. "Pour les enfants moins vulnérables à la carie, l'amélioration de leur condition bucco-dentaire ou à tout le moins le maintien des acquis, ne pourrait se faire qu'en agissant sur leur accessibilité aux fluorures systémiques et au scellement des puits et fissures.

La moyenne des faces cao et CAO par enfant en 2e année et en 6e année dans les groupes non vulnérables, (environ 2 faces seulement) et le fait que cette prévalence de la carie dans ces groupes favorisés se localise à près de 85% sur les faces avec sillons, nous stimulent à recommander la conceptualisation et la réalisation d'une campagne de promotion de la mesure préventive "scellement de puits et fissures" auprès des familles des écoliers du Québec.

Cette campagne devrait être organisée et financée par le M.S.S.S., en concertation avec ses partenaires du réseau de santé publique et les corporations professionnelles".

CONCLUSION

Nous conclurons en rappelant une partie de la déclaration que faisait l'Association Américaine pour la Santé Publique en 1984, mais toujours actuelle.

On y réaffirmait que la santé buccale est une composante vitale de la santé et la carie dentaire est une des maladies les plus répandues de l'enfance, entraînant douleur, infection, perte de dents, besoin de traitements coûteux et absence scolaire. La carie peut-être prévenue et cette prévention est préférable au traitement; elle est un élément important pour contenir les coûts des programmes de santé publique.

Elle reconnaissait que les fluorures, mesure de prévention de la carie des surfaces lisses la plus efficace, sont moins performants dans les puits et sillons. La plupart des caries se développent dans ces puits et sillons et les scellements évalués depuis plus de quinze ans, sont sécuritaires et efficaces pour diminuer l'incidence de la carie sur ces surfaces.

L'Association supportait donc fortement et encourageait l'utilisation des scellements occlusaux et des fluorures dans les programmes de prévention et elle supportait l'inclusion des scellements comme mesure préventive remboursable dans les programmes d'assurance dentaire privés et publics et surtout dans les programmes étatiques[32].

Roch Caron, d.d.s.
Dentiste-conseil
Service de l'expertise et des profils
dentaires, optométriques et pharmaceutiques
R.A.M.Q.

BIBLIOGRAPHIE

1. MSSS du Québec. Politique de la Santé et du Bien-Être 1992: 103-106.

2. Mandel I.D. Forty years of research - its impact on dental practice. Inter. Dent. J. 1989; 39: 7 - 12.

3. Hirshorn S. La santé dentaire des jeunes. Revue Protégez-vous 1991 Oct: 34 - 40.

4. Simonsen R.J. Cost-effectiveness of pit and fissure sealant at 10 years. Quint. Int. 1989; 20: 75 - 82.

5. Council on Dental Research. Cost-effectiveness of sealants in private practice and standards for use in prepaid dental care. J. Am. Dent. Assoc. 1985 Jan.; 110: 103 - 107.

6. Gwinnet A.J. Scientific rationale for sealant use and technical aspects of application. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 56-59.

7. Forand C. La nouvelle dentisterie. Québec Science 1989 mars: 26-30.

8. Going R.E. Sealant effect on incipient caries, enamel maturation, and future caries susceptibility. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 35-41.

9. National Institutes of health consensus development conference statement. Dental Sealants in the prevention of tooth decay. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 126-131.

10. Stamm J.W. The use of fissure sealants in public health programs: a reactor's comments. J. Public Health Dent. 1983; 43 (3): 243- 246.

11. Mertz-Fairhurst E.J. Current Status of sealant retention and caries prevention. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 18-26.

12. Newbrun E. Preventing dental caries: current and prospective strategies. J. Am. Dent. Assoc. 92 may; 123: 68-73.

13. Houpt M.I., Shey Z. Cost-effectiveness of fissure sealants. J. Dent. Children. 1983 May-June: 210-212.

14. Brooks J.D. et al. A comparative study of two pit and fissure sealants: three-year results in Augusta, Ga. J. Am. Dent. Assoc. 1979 July; 99: 42-46.

15. Horowitz H.S. Pit and fissure sealants in private practice and public health programmes analysis of cost-effectiveness; 30 (2) : 117-126.

16. Eklund S.A., Ismail A.I. Time of development of occlusal and proximal lesions: Implications for fissure sealants. J. Public Health Dent. 1986; 46 (2) : 114-121.

17. Mertz-Fairhurst E.J. Pit and fissure sealants: a global lack of science transfer? Oral Health 1993 Jan: 9-12.

18. Gift H.C., Frew R.A. Sealants: changing patterns. J. Am. Dent. Assoc. 1986 Mar 112: 391-92.

19. Cohen L., Horowitz H.S. Community sealant programs in the United States. J. Dent. Res. 1992; A.A.D.R. Abstracts: 268.

20. Brown L.F., Landis S.E., Rozier R.G. Factors associated with need for and presence of dental sealants. J. Dent. Res. 1992; A.A.D.R. Abstracts: 268.

21. Brodeur J.M., Gagnon P., Olivier M. Ismail A.I. Sealant decisions in children: A two-year follow-up. J. Dent. Res. 1992; I.A.D.R. Abstracts: 612.

22. Ismail A.I., Brodeur J.M., Gagnon P. Payette M. et al. Prevalence of non-cavitated and cavitated carius lesions in a random sample of 7-9 year-old schoolchildren in Montreal, Québec. Community Dent. Oral Epidemiol. 1992; 20: 250-5.

23. Payette M., Brodeur J.M., Lepage Y., Plante R. Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans. Enquête Santé-dentaire Québec 1989-1990 Septembre 1991.

24. Lévy M. L'amélioration de la qualité des soins: nouvelle perspective. Can. Dent. Assoc. J. 1989; 55 (3): 217-19.

25. Bohannan H.M. et al. Indications for sealant use in a community-based preventive dentistry program. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 45-55.

26. Burt B.A. Fissure sealants: clinical and economic factors. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 96-102.

27. Smith D.C. The appropriateness of comparing sealants with restaurations. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 103-106.

28. Mitchell L. Murray J.J. Fissure sealants: a critique of their cost-effectiveness. Community Dent. Oral Epidemiol. 1989; 17: 19-23.

29. Niessen L.C. Theoretical considerations in applying benefit-cost and cost-effectiveness analyses to preventive dental programs. J. Public Health Dent. 1984; 44 (4-Fall): 156-168.

30. Working Group on oral hygiene procedure and fissure sealants at the Michigan workshop. 1978.

31. Simonsen R.J. Pit and fissure sealant in individual patient care programs. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 42-44.

32. Allukian M. Jr. Presentation of the American Public Health Association. J. Dental Educ. 1984; 48 (2) Supplement: 119-120.

33. Dufour L., Albert G., Gagnon P.F. Recherche sur l'utilisation au Québec des scellants de puits et sillons. J. Dent. Qué. Juin 1990; 27: 273-79

34. Feigal R.J., Hitt J., Splieth C. Letaining sealant on salivary contaminated enamel. J. Am. Dent. Ass. March 93; 124: 88-97

MALOCCLUSIONS HANDICAPANTES

"Aucun programme de services assurés n'a, jusqu'à ce jour, englobé le traitement onéreux des personnes affligées de malocclusions handicapantes très sévères. À cette barrière financière se greffe l'obstacle de répartition des spécialistes: En 1983 on ne comptait que 83 orthodontistes et ils étaient établis quasi exclusivement à Montréal et à Québec."

Le même document ajoute: "Mesure préconisée: Afin d'améliorer l'accessibilité aux traitements dentaires pour les personnes handicapées par suite d'infirmité maxilo-faciale sévère le M.A.S. généralisera le programme de service dentaire subventionné et administré par des C.H. désignés."

Ces citations, tirées de la politique Québecoise de santé dentaire de mars 1984, conservent toute leur acuité et leur sens dix ans plus tard. À une seule exception cependant, car il y a maintenant 109 orthodontistes qu'on retrouve à peu près partout en province.

Ce qui change très peu depuis 1983 c'est le nombre et le pourcentage de patients atteints de malocclusions handicapantes. On n'a qu'à consulter le document: Enquête santé dentaire, Québec 1989-1990 pour s'en convaincre.

En effet, entre les âges de 7 à 17 ans un minimum de 10% des enfants évalués auraient eu besoin de traitements orthodontiques "urgents" (figure 24 page 23).

À cette population d'enfants il convient d'ajouter un nombre important de citoyens qui, faute de moyens, ne peuvent accéder à des corrections de malocclusions sévères, qu'ils soient prestataires de la sécurité du revenu ou non.

Enfin, et encore, il y a toujours toute cette population d'handicapés physiques, pour qui l'atteinte d'une hygiène dentaire convenable devient quasi impossible d'une part à cause de leur handicap physique, et souvent, par suite des malocclusions très sérieuses ou très sévères qui s'y ajoutent.

Quoique nous sachions que la population touchée par les malocclusions handicapantes est importante, les indicateurs pour en évaluer la gravité ou la sévérité manquent.

En effet, la classification d'Angle, quoique encore largement utilisée, est de plus en plus contestée. (1) (2) (3) (4).

Un certain nombre d'indices diagnostiques ont été mis de l'avant par certains orthodontistes, à savoir:

Index of orthodontic treatment need (I.O.T.N.)
Treatment Priority Index (T.P.I.)
Occlusal Index (O.I.)

afin d'évaluer la sévérité des malocclusions. Cependant la plupart de ces méthodes n'ont dépassé l'étape de la recherche ou des essais cliniques. Il va de soi qu'aucun consensus ne s'est non plus dégagé quant à la méthode à privilégier pour évaluer cette condition. On parle même de la venue prochaine d'un système informatique "expert" qui pourrait résoudre certains problèmes d'objectivité des évaluateurs. (5) (6) (7) (8) (9) (10).

De ce manque actuel et évident d'un consensus entre les intervenants surgit la nécessité de former un comité d'experts, comité qui évaluerait et coordonnerait les traitements qui seront éventuellement acceptés.

Le facteur économique étant particulièrement aigu depuis quelques années, il apparait peu probable que des argents neufs soient dégagés pour être investis dans les malocclusions handicapantes.

Cependant, il apparait très clairement que si on appliquait maintenant un programme de fluoruration de l'eau potable, déjà préconisée fortement en 1984, les économies ainsi générées par la diminution des traitements curatifs pourraient être facilement affectées à l'initiation d'un programme de traitement des malocclusions handicapantes.

BIBLIOGRAPHIE

1- **Rinchuse et Rinchuse:** Angle orthodontist. Vol. 59, no 4.

2- **Angle E.-H.:** Classification of maloclusion. Dental Cosmos, 41: 248-264, 1899.

3- **Angle E.-H.:** The upper first molar as a basis of diagnosis in orthodontics. Dental Items of interest. 28: 421-426, 1906.

4- **KATZ, Sinkford, et Saunders:** The 100 year dilemna: what is a normal occlusion and how is maloclusion classified? Quintessence International vol. 21, no 5, 1990.

5- **Shaw, Richmond, O'Brien et Brook:** Indices of treatment need and treatment standards. British Dental Journal, February 9, 1991, pp 107-112.

6- **J. Ghafari - S.-A. Locke et J. Marvin Bentley:** Longitudinal evaluation of the treatment of Priority Index (T.P.I) American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedic, volume 96, no 5, Novembre 1989.

7- **Grainger, R.-M.:** The orthodontic treatment Priority Index (T.P.I.) National Public Health Publication no 1000, series 2, no 25.

8- **Summers, C.-J.:** A system for identifying and scoring occlusal disorders. The occlusal Index (O.I.) Ph.D. Thesis An Harbor Michigan 1966.

9- **Summers, C.-J.:** Test for validity for indices of occlusion. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedic 1972; 62 (4): 428-429.

10- **N. Mackin, J.-H. Sims Williams et C.-D. Stephen:** Artificial intelligence in Dental Surgery: An orthodontic Expert System, a Dental Tool of tomorrow. Dental update, Octobre 1991, pp 341-343.

PIERRE MARCHAND, d.d.s.

Avril 1993

LA FLUOROSE DENTAIRE

1. INTRODUCTION

La distribution du fluor par différents véhicules a permis, avec un grand succès, de diminuer la prévalence et l'incidence de la carie dentaire de façon économique. Parallèlement à cette campagne des mieux réussies dans le domaine de la santé, est apparue une augmentation de la fluorose dentaire, phénomène que nous tenterons de définir, de situer, et, après considération de certains risques, de voir comment il est possible de nous en prémunir.

2. HISTORIQUE

Quand la ville de Grand Rapids Michigan fluorura son eau en 1945, seulement 1.7% des américains avaient accès à l'eau fluorurée au taux optimal de 1 ppm ou 1 mg/kg. Aujourd'hui, 130 millions en bénéficient et la carie a diminué de 75% mais la fluorose, surtout sous sa forme légère, a augmenté[1].

C'est en 1888 qu'on en retrace la première description probable dans la région de Mexico. Elle fut ensuite décrite aux États-Unis, en 1901, chez des immigrants de Naples et en 1916, chez des communautés particulières.

En 1934, Dean établit la relation entre la fluorose dentaire et la concentration de fluor dans l'eau de consommation et développa un système de classification, basé sur la présence et la sévérité de la fluorose. En 1942, il modifia son système encore utilisé aujourd'hui: la moyenne des résultats des individus égalait l'indice de la communauté étudiée.

Pour donner plus de sensibilité à l'indice de Dean, Thylstrup et Fejerskov proposèrent, en 1978, un système à 10 échelons selon l'apparence physique en relation avec l'histologie et en 1984, Horowitz développa le T.S.I.F. (Tooth Surface Index of Fluorosis)[2].

3. DÉFINITION

Horowitz[2] définit la fluorose dentaire comme "une hypoplasie ou une hypominéralisation de l'émail ou de la dentine de la dent, produite par l'ingestion chronique de quantité excessive de fluorures, pendant la période où se développent les dents".

L'Association dentaire canadienne, dans un feuillet à l'intention des patients, la définit comme "une intoxication qui se manifeste par des tachetures ou des marbrures sur les dents". Il faudrait aussi ajouter comme dans la définition précédente "pendant la période de développement de la dent[2]".

Pour Wagener, elle est une hypominéralisation de l'émail qui apparaît comme de petits flocons blancs ou des taches, jusqu'à de petits puits séparés ou confluents et des taches brunes. Elle arrive, quand, avant 6 ans, les enfants ingèrent plus de fluor que recommandé[4].

3.1 Apparence

Sévèrement atteinte, la dent a une apparence corrodée, causée par ces puits confluents sur fond taché brun ou noir, avec une perte presque complète d'une grande partie de l'émail. Elle peut être sujette à des fractures d'émail non supporté.

Sous sa forme légère, elle pourra être caractérisée par une délicate accentuation des périkymatas et par de légères striations blanches, sur une petite portion de l'émail[5].

L'incisif ou le bout des cuspides pourra apparaître comme givré. Histologiquement, cette apparence s'explique par la présence d'une zone d'hypominéralisation sous une couche d'émail bien minéralisée[6].

3.2 Diagnostic

Il faut savoir différencier la fluorose dentaire des opacités de l'émail non reliées au fluor. On la retrouvera habituellement sur les bouts des cuspides et à l'incisif des dents. La couleur sera blanchâtre (jaune dans les cas plus prononcés). Elle se présentera comme un treillis de lignes et de taches diffuses, sans contour précis. Elle affectera surtout les dents qui se calcifient lentement. Elle sera rare sur les incisives inférieures et très rare sur les dents primaires.

On la retrouvera souvent de façon symétrique et bilatérale, sur 6 ou 8 dents homologues. La surface de l'émail sera lisse et on ne pourra pas la voir sous un éclairage puissant. Il faudra plutôt la détecter avec une lumière faible et selon une ligne tangentielle, en bougeant pour changer cet angle.

Les autres opacités, de forme souvent ronde ou ovale, avec des contours plus distincts, situées sur une face lisse, de couleur crème à jaunâtre et visibles à l'éruption, pourront affecter n'importe quelle dent. Elles seront fréquentes au buccal des incisives inférieures, pourront se présenter isolées ou sur une à trois dents et sur les dents primaires. L'émail pourra sembler crayeux et rude. On les verra bien sous un fort éclairage et à angle droit[2-3].

3.3 Mesures

Selon les buts de la recherche, on la mesurera par différents indices. En épidémiologie, pour corriger les faiblesses de l'indice de Dean, on utilise maintenant le T.S.I.F. (Tooth Surface Index of Fluorosis), qui attribue un pointage pour les surfaces non restaurées: B et L sur les antérieures et B, L et O sur les postérieures[7].
Les 7 stades se distinguent comme ceci:

0- Pas de fluorose.
1- Visible à l'incisif ou couvrant moins du tiers de la surface.
2- Treillis blanc se dispersant sur 1/3 à 2/3 de la surface.
3- Treillis blanc se dispersant sur 2/3 et plus de la surface.
4- À un des niveaux précédents, s'ajoute une tache (de pâle à très sombre).
5- Il y a de petits cratères isolés.
6- Il y a des cratères et des taches.
7- Les cratères sont confluents et habituellement tachés.

et le pointage le plus élevé affectant une surface complètement éruptée lui est accordé. On distingue avec cet outil, la fluorose débutante et la plus avancée.

Dans des études analytiques, pour éviter les biais d'autres facteurs, on a développé le F.R.I. (Fluorosis risk index) désigné pour permettre d'identifier de façon plus pointue, le développement de la fluorose, associé avec l'âge spécifique des expositions aux différentes sources de fluorure.

Les dents permanentes y sont séparées en deux classes:

La première où les faces ont commencé à se former la première année de vie (incisif 21- 31- 32- 26- 36) et la deuxième, du deuxième anniversaire au sixième (collet 21- 22- 31- 32, 1/3 moyen 23- 33 et 2/3 occlusal des prémolaires et 2e molaires)[8].

Cet indice permettra de connaître les périodes à risque et donc de mieux protéger les enfants pendant ces périodes.

4. SITUATION

Comme le sel, les vitamines et autres minéraux, en trop grande quantité, le fluor est toxique. Il faut cependant continuer de fluorurer l'eau, tout en protégeant l'enfant d'un surplus de fluor car la fluorose, qui n'affecte pas les adultes, **n'est pas une maladie.**

Malgré les rapprochements avec des termes comme tuberculose, arthrose, scoliose etc..., la fluorose est considérée par tous comme une **affectation bénigne** représentant au pire, un problème cosmétique pour certains mais non un problème de santé publique qui elle, de son côté, doit plutôt veiller à ne pas dépasser la quantité optimale de fluor[9].

Comme 95% des cas sont bénins, les gens ne la remarquent pas et elle est détectée par le professionnel; elle est sans impact, sauf parfois pour l'esthétique sur lequel il n'y a pas d'étude. On peut la voir comme une alternative à la carie qui elle, **est une maladie** pouvant causer un plus grand problème esthétique.

Si les études statuent que la plupart des augmentations de la fluorose sont légères et sans impact, peut-on y voir une tendance à minimiser le phénomène pour ne pas contrecarrer la promotion du fluor? Ripa constate que "puisque la fluorose est un trouble de développement, elle devrait être évitée". Et Horowitz ajoute qu'"elle peut l'être"[10]. Le fluor à 1 ppm procure une prévention maximale et ne produit pas de fluorose notable[2-3-5-6-11-12].

4.1 Distribution

Si toutes les dents sont susceptibles à la fluorose pendant leur minéralisation, on note une atteinte beaucoup plus marquée sur les dents permanentes que sur les primaires[5]. A toute concentration du fluor, pour la face labiale des antérieures supérieures, le pourcentage d'atteinte est plus élevé que le pourcentage pour toutes les dents et la différence est plus prononcée avec une concentration élevée. On note aussi que les enfants plus jeunes en ont plus, à cause d'abord du phénomène d'attrition (chez les plus âgés) et ensuite, l'ingestion de fluor sous toutes ses formes qui augmente[7].

4.2 Prévalence

L'augmentation de la fluorose dentaire a coïncidé avec le déclin de la carie. Dean, au début des années 40 estimait à 10% les enfants atteints, vivant où le fluor était à .7 - 1.2 ppm de concentration, alors que les récentes enquêtes y établissent la fluorose légère et modérée à 22%[4].

En 1984, une enquête en Illinois confirme le lien fait il y a 50 ans, entre la concentration de fluor et la fluorose qui augmente en prévalence et en sévérité avec l'augmentation de la concentration[2-6]. Dans une région avec une concentration optimale, chez 807 enfants de 8 à 16 ans, 79% des surfaces étaient saines contre seulement 15.8% avec une concentration quatre fois plus importante; des taches ou des puits ou les deux, se retrouvaient à 1% au taux optimal, à 8% pour deux fois le taux, à 19% pour trois fois et à 38% pour quatre fois[7].

La fluorose, dans ses formes légères, augmente plus chez les populations non fluorurées où elle passe de .9% à 6.4% de 1940 à 1980; chez les communautés fluorurées pour les mêmes périodes, elle passe de 12- 14% à 13.6- 22.2% selon les études[9].

Aux États-Unis, la prévalence est estimée par Brunelle en 1986-87 à 23%, parmi la population fluorurée optimalement et à 12% où la concentration est déficiente[10]. Chez les enfants, la prévalence, de modérée à sévère, est estimée à 1.3%[13].

Dans le sud ouest de ce pays, où la concentration est plus qu'optimale, on retrouve une prévalence plus élevée et un plus haut pourcentage de fluorose modérée à sévère, alors qu'avec une concentration sous-optimale, cette condition est absente ou très rare[11].

Il peut y avoir des problèmes régionaux soumis à d'autres facteurs. En Afrique du Sud, on a examiné 262 enfants de 6 à 18 ans dans deux communautés, l'une avec 8.9- 9.4 ppm de fluor et l'autre avec 0.6- 1.6 ppm. Avec la haute concentration, 92% sont sans carie et 65% affectés d'une fluorose modérée à sévère alors qu'avec la basse, 74% sont sans carie et 80% affectés d'une fluorose très légère à légère. La fluorose atteint plus de 80% pour les deux communautés, peu importe l'âge[14].

Dans une population américaine avec eau fluorurée, 19% présentent une fluorose et 14% sont atteints sévèrement[10]. Au Canada, la population fluorurée est atteinte de 35 à 60% par la fluorose, contre 20 à 45% chez les non fluorurés. Cette augmentation se retrouve surtout dans les catégories légères et très légères, mais il y en a aussi dans les catégories modérées et sévères[12].

L'Enquête Santé Dentaire Québec 1989-90[15], donne une prévalence variant de 22% à 35.6% de 7 à 13 ans sur les antérieures supérieures. L'indice augmente de 7 à 13 ans et diminue ensuite jusqu'à 17 ans. Pour les antérieures inférieures, elle s'étend de 7.2% à 13.2%.

Ismaïl, Brodeur et al. ont trouvé en 1990, une prévalence de 58% à Trois-Rivières (fluorée) et 30% à Sherbrooke (non fluorée) où par contre, 64% des jeunes prenaient des suppléments de fluor, contre un nombre négligeable à Trois-Rivières.

5. RISQUE

On l'a vu, la cause est vraiment une trop grande absorption de fluor, plus grande que la quantité nécessaire pour prévenir la carie. D'ailleurs, des parents croyant que plus de fluor est meilleur, peuvent doubler la dose, surtout chez les gens plus riches, eux qui surveillent leur santé de plus près[13-15].

5.1 Sources de fluor

Cette surconsommation provient de différentes sources. Outre les concentrations de fluor trop élevées parfois présentes dans l'eau, l'enfant pourra en ingérer à partir des suppléments, des dentifrices, des rince-bouche fluorurés, des auto-applications de gel et des applications topiques professionnelles, des aliments et des breuvages préparés à partir d'eau fluorurée.

Horowitz soutient que la plupart des fluoroses non désirables cliniquement, proviennent d'une haute concentration de fluor dans l'eau[7]. D'autres voient les suppléments comme une source importante alors que Clark soutient que peu de gens y ont recours régulièrement, mais qu'on a trouvé une association avec la fluorose pour les formules pour nourrisson et pour les dentifrices.

L'ingestion, via les pâtes dentifrices chez les moins de 6 ans est significative, alors que sous 3 ans elle est de 0.18 à 0.33 mg par brossage; à deux brossages par jour, elle fournit à elle seule, la quantité optimale[12]. En 1989, Simard P. et al. calculent que l'enfant de 2 ans avale 60% du dentifrice et 34% à 5 ans. Chaque brossage ajoute 0.17 à 0.76 mg de fluor ingéré, ingestion qui dépend aussi de la quantité de pâte sur la brosse et du rinçage qui peut la diminuer de moitié[17].

Pour Ripa, un dentifrice à 1000 ppm utilisé deux fois par jour, donne .268 mg d'ingestion de fluor, ce qui est plus que la recommandation quotidienne pour un enfant de moins de 2 ans, dans une population non fluorurée[10]. En 1988, au Canada, 82% des enfants avec une fluorose légère avaient été exposés au dentifrice fluoruré entre 6 mois et 2 ans, alors que le groupe témoin était à 27%[13]

Pendrys rapporte qu'il y a une équivoque sur ce sujet: deux études établissent une association entre les dentifrices et la fluorose, mais huit autres ne démontrent rien[6]. Acceptant que l'ingestion de 0.5 mg/jour, jusqu'à 3 ans, cause une fluorose et qu'à 6 ans, 2 mg/jour en doses divisées n'augmente pas le risque, Ripa conclut que le dentifrice ne semble pas être le principal responsable des formes légères, mais qu'il faut être prudent car il contribue à une ingestion notable quand la dent permanente est vulnérable à la fluorose[11].

Notons enfin, que si la diète n'est pas une source de fluorure importante pour les jeunes, il peut y avoir des surprises. Ainsi, dans une étude américaine portant sur 43 jus, on en découvrit 42% avec un niveau dépassant la dose optimale (.7 - 1.2 ppm) dont un avec 6.8 ppm: des résidus d'insecticides étaient en cause pour certains jus de raisin trop fluorurés[13].

5.2 Facteur influençant

Face aux fluorures, il y a des variations dans la sensibilité des individus. Des études ont aussi démontré une plus grande susceptibilité chez des gens vivant à haute altitude. Enfin, le statut nutritionnel, la physiologie et le métabolisme peuvent affecter la rétention du fluor dans l'organisme[5].

Les troubles de l'équilibre acide-base altèrent les caractéristiques métaboliques du fluor. L'acidose augmente le fluor dans les tissus durs et mous et l'alkalose le diminue. Avec moins de fluor, des rats acidotiques ont deux fois plus de fluor dans le plasma et l'émail et présentent aussi des défauts de surface des dents. Un supplément de phosphate de Ca empire les défauts de minéralisation.

Une diète acide, les drogues, les désordres métaboliques et respiratoires, l'altitude de la résidence et l'activité physique affectent cet équilibre. La diète est le facteur le plus important; une haute valeur en protéines provoque l'acidose, tandis que le végétarisme produit l'alkalose.

D'autres facteurs vont faire varier la consommation de l'eau, donc, l'ingestion de fluor. Nommons la température, l'air climatisé, les breuvages autres que ceux provenant de l'eau d'aqueduc et les maladies comme le diabète insipide et toutes ces pathologies rénales qui affectent au-delà d'un million de jeunes américains[18].

Pour les rince-bouche, l'ingestion de fluor dépendra des facteurs comme la concentration du produit, la fréquence d'utilisation, le temps de rinçage, le volume utilisé et l'expérience et l'âge de l'enfant[11]. Pour l'eau, il y aura la consistance de la concentration et les différentes saisons.

5.3 Mécanisme d'action

Pour Evans et Stamm, la fluorose est un phénomène de maturation de l'émail. A 16 mois, le tiers incisif des dents 11 et 21 est formé, mais l'émail est encore immature. Avec le temps se fait la maturation d'émail et sa densité de minéraux augmente. Trop de fluor peut cependant interférer à ce stade, laissant l'émail dans un état hypominéralisé[19].

Les recherches de Larsen et al. suggèrent que les effets du fluorure sur les tissus durs sont reliés au métabolisme du Ca. En effet, sur des bébés rats en croissance rapide, une grande disponibilité de Ca et de phosphate peut protéger contre l'assimilation de quantité élevée de fluorure et un mécanisme similaire pourrait opérer durant la formation de la dent du bébé[20]. On croit que les changements de l'émail sont provoqués plus pendant une longue période de maturation pré-éruptive que par un dérangement de la sécrétion protéinique de l'émail[21].

5.4 Période à risque

Horowitz, en 1986, écrit qu'à 5 ans, sauf pour la 3e molaire, la plupart des dents permanentes sont minéralisées. Quand elles le sont complètement, l'ingestion excessive de fluor ne les affecte plus, pas plus qu'une fluorose ne pourra être amoindrie par une diminution de l'ingestion de fluor. Il y a aussi moins de fluorose sur les dents primaires qui se minéralisent avant la naissance, car le placenta forme une barrière et la formation d'émail est plus courte[2].

La phase de transition et de première maturation (3e à 6e mois pour la plupart des permanentes) est la période la plus à risque, affirme Pendrys[6]. Cependant, l'étude d'Evans et Stamm en 1991 établit que pour les dents 11 et 21, le risque est minime les 18 premiers mois mais très élevé entre le 22e et le 26e mois[19]. Pour Larsen, la période susceptible est sous l'âge auquel toutes les couronnes sont radiologiquement détectables, avant la minéralisation finale[21]. Parlant des suppléments de fluor, Clark pense qu'avant 3 ans, les enfants en bénéficient peu mais peuvent être à plus grand risque de fluorose[12].

6. RECOMMANDATIONS

Selon le Colloque de 1992, sous l'égide de l'A.D.C., "La fluorose n'est pas un problème de santé et(...), la profession prend actuellement des mesures pour modifier ses directives et ses pratiques, de façon à tenir compte de la multiplicité des sources de fluor auxquelles on peut avoir accès". Il faut protéger l'enfant en surveillant la quantité globale de fluor absorbée.

6.1 Les suppléments

Au niveau des suppléments de fluor, on suggère de n'en prescrire selon plusieurs groupes de chercheurs, qu'aux patients qui ne boivent pas d'eau fluorurée. On recommande de prévenir les médecins qui en prescrivent, de ne pas en procurer aux jeunes de moins de trois ans et enfin, il faudrait tenir compte du fluor venant d'ailleurs.

Les professionnels de la santé devraient connaître la concentration en fluor des eaux de consommation des patients (aqueduc, bouteilles commerciales, puits), surveiller les préparations de lait si mélangées avec de l'eau fluorurée et prescrire un supplément pour les enfants et adolescents s'il y a moins de 0.7 ppm, le dosage variant selon l'âge et la concentration[1-9-13].

Par contre, en ce qui concerne les moins de trois ans, l'Association des Dentistes Spécialistes pour Enfants du Québec recommande pour les 0-2 ans: 0.25 mg/jr, pour les 2-3 ans: 0.50 mg/jr et pour les 3-12 ans: 1.00 mg/jr, dans les régions où l'eau n'est pas fluorurée[3].

On suggère maintenant un dosage par le poids plutôt que par l'âge et une réduction du dosage entre 3 et 6 ans, période où la fluorose présente un plus grand risque de survenir[6].

6.2 Les dentifrices

Pour les dentifrices qui contiennent de 1000 à 1500 ppm, on recommande:

Premièrement: une diminution de la teneur en fluor pour les moins de 5-6 ans, malgré une diminution de la protection contre la carie, avec une pâte à 250 ppm.

Deuxièmement: la surveillance du brossage chez les moins de 6 ans.

Troisièmement: l'utilisation d'un volume de la grosseur d'un pois sur une petite brosse format junior.

Finalement: le rinçage.

À 2 ans, l'enfant peut avaler 0.5 mg/jour, ce qui égale la quantité fournie par la diète. Ripa suggère aussi de reconsidérer les saveurs, de diminuer l'ouverture des tubes, de fournir une pompe à dose unique et d'éviter les pâtes à 1500 ppm pour les moins de 6 ans[6-9-11-12-13].

6.3 Les rince-bouche

Pour le Colloque de l'A.D.C., les rince-bouche fluorurés devraient être réservés aux enfants à risque élevé de carie, de 6 ans et plus. Même si l'association avec la fluorose n'est pas unanime, on recommande à la maternelle, de diminuer le volume de 10ml à 5 ml et le temps de rinçage de 60 à 30 secondes, mais à l'âge scolaire, les antérieures ne risquent plus la fluorose.

6.4 Les gels

Le principal rôle des fluorures étant la reminéralisation qui est un phénomène post éruptif, on suggère pour l'emploi des topiques, la période allant de l'éruption à l'établissement des contacts et de la pleine occlusion[11-12]. L'application topique devrait être sélective et tenir compte des risques particuliers du patient. La technique recommandée est d'asseoir le patient en position verticale, d'utiliser une gouttière avec revêtement absorbant et de ne pas dispenser plus de 2.5 ml de gel.

Le fait d'aspirer la salive pendant et de bien cracher après l'application topique, éliminera une trop grande ingestion de fluor. Cette ingestion cause d'ailleurs nausée et vomissement mais pas de séquelle chronique.

On recommande l'application topique surtout en cas de radiothérapie et de perte de salive causée soit par une maladie, un médicament ou une chirurgie. Il n'est plus nécessaire de faire une prophylaxie préalable, mais si elle est exécutée, ne pas utiliser de pâte fluorurée pour les moins de 6 ans.

Pour l'auto-application, réservée aux patients très à risque, ne pas l'utiliser en bas de 6 ans, à moins d'une forte indication et employer une solution neutre de 1000 à 5000 ppm au lieu des 9000 ppm des solutions professionnelles[11-12-17].

6.5 La diète et filtration

Le Colloque national de 1992 sur l'utilisation de fluor recommande que le gouvernement oblige les manufacturiers à inscrire la teneur en fluor de leurs produits, aliments ou breuvages. On devrait aussi diminuer les concentrations trop élevées.

Pour les sources d'eau trop concentrées, la filtration de l'eau par distillation ou osmose inversée, enlève jusqu'à 99% du fluor[13-17].

7. CONCLUSION

L'apparent déclin continu de la carie, suggère entre autres, que l'exposition au fluor et son ingestion sont en augmentation et que l'augmentation de la fluorose peut ainsi se poursuivre et devenir plus sévère dans les années 1990.

En surveillant l'ingestion de quantité optimale de fluor, prévenons la fluorose dès maintenant pour éviter que cette **affectation bénigne** ne devienne un problème de santé publique.

Roch Caron, d.d.s.
Dentiste-conseil
Service de l'expertise et des profils
dentaires, optométriques et pharmaceutiques
RAMQ

RC/ss
12 mai 1993

ANNEXE

RECHERCHE SUR L'UTILISATION AU QUÉBEC DES SCELLANTS DE PUITS ET SILLONS

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Ecole de médecine dentaire
Université Laval

RECHERCHE SUR L'UTILISATION AU QUEBEC DES SCELLANTS DE PUITS ET SILLONS

Résumé des résultats

Pierre F. Gagnon
Gérald Albert
Laurent Dufour

Septembre 1989

Tableau 1 Taux de retour des questionnaires selon la région administrative de l'O.D.Q.

Région	Questionnaires			
	envoyés	retournés	% de retour	exclus*
Bas St-Laurent, Gaspésie Cote Nord	41	39	95,1	1
Saguenay, Lac St-Jean	45	28	62,2	2
Québec	190	111	58,4	14
Mauricie	72	47	65,3	3
Estrie	40	38	95,0	1
Montréal	758	334	44,1	64
St-Jean-Beauharnois	53	19	35,9	1
Granby-St-Hyacinthe-Richelieu	42	33	78,6	1
Lanaudière-Laurentides	97	58	59,8	1
Outaouais	46	28	60,9	2
Nord-Ouest Québécois-Nouveau-Québec	25	18	72,0	2
Région non spécifiée	--	5	--	3
Total	1409	758	53,8	95

* sont exclus de l'étude, les spécialistes autres que pédodontistes, les dentistes qui ne pratiquent pas ou qui ne traitent aucun enfant.

Tableau 2 Pourcentage d'utilisateurs des scellants de puits et sillons selon la région.

Région	Utilisateurs	Non- utilisateurs	
		déjà essayé	jamais essayé
	%	%	%
Bas St-Laurent, Gaspésie Cote Nord	42	21	37
Saguenay, Lac St-Jean	58	31	11
Québec	69	19	12
Mauricie	71	11	18
Estrie	62	19	19
Montréal	80	9	11
St-Jean-Beauharnois	67	17	16
Granby-St-Hyacinthe-Richelieu	69	19	12
Lanaudière-Laurentides	79	11	10
Outaouais	81	15	4
Nord-Ouest Québécois-Nouveau-Québec	94	0	6
Ensemble des régions	72,9	13,7	13,4

Tableau 3 **Pourcentage d'utilisateurs selon le nombre d'années depuis leur graduation**

	Utilisateurs	Non- utilisateurs	
		déjà essayé	jamais essayé
	%	%	%
5 ans ou moins	86	9	5
6 à 10 ans	77	13	10
11 à 15 ans	70	15	15
16 à 25 ans	59	17	24
plus de 25 ans	51	18	31

$\chi^2 = 51{,}897 \quad P < .001$

Tableau 4 **Pourcentage d'utilisateurs selon le bassin de population environnant**

Population	Utilisateurs	Non- utilisateurs	
		déjà essayé	jamais essayé
	%	%	%
moins de 3 000	81	15	4
de 3 000 à 9 999	71	14	15
de 10 000 à 49 999	67	17	16
de 50 000 à 1 million	76	13	11
plus de 1 million	76	8	16

$\chi^2 = 10{,}159 \qquad P = .254$

Tableau 5 **Pourcentage d'utilisateurs selon le sexe et le mode de pratique du dentiste.**

	Utilisateurs	Non- utilisateurs	
		déjà essayé	jamais essayé
	%	%	%
Masculin	68,1	15,2	16,7
Féminin	89,6	6,9	3,5

$\chi^2 = 27{,}064 \quad P < ,001$

	Utilisateurs	Non- utilisateurs	
		déjà essayé	jamais essayé
	%	%	%
Solo	67,4	16,9	14,7
Groupe	76,1	11,4	12,2

$\chi^2 = 5{,}821 \qquad P = ,054$

Tableau 6 **Pourcentage d'utilisateurs selon la proportion d'enfants dans la clientèle du dentiste ou le caractère spécialisé (pédodontiste) de la pratique.**

Proportion d'enfants dans la clientèle	Nombre de dentistes	Utilisateurs %	Non-utilisateurs déjà essayé %	Non-utilisateurs jamais essayé %
moins de 50 % *	414	73	12	15
à peu près 50 %	176	69	16	14
plus de 50 %	38	71	18	11
100 % ou presque	28	100	0	0

$\chi^2 = 13.539$ P = ,035

* Les dentistes traitant " 0 % ou très peu" d'enfants ont été exclus de l'analyse

Spécialité	Nombre de dentistes	Utilisateurs %	Non-utilisateurs déjà essayé %	Non-utilisateurs jamais essayé %
Généraliste	627	72	14	14
Pédodontiste	30	90	7	3

Test statistiques non valides

Tableau 7 **Fréquence d'utilisation des scellants par les dentistes utilisateurs.**

	N	%
Rarement	159	33
Occasionnellement	173	36
Régulièrement	99	21
Souvent	47	10

Tableau 8 **Période d'utilisation des scellants par les dentistes utilisateurs selon le nombre d'années depuis leur graduation**

	Utilisateurs	Utilisent les scellants depuis			
Gradué depuis	N	- de 1 an N	1 à 5 N	5 à 10 N	+ de 10 N
5 ans ou moins	168	30	138	–	–
6 à 10 ans	132	19	89	24	–
11 à 15 ans	74	8	55	10	1
16 à 25 ans	74	4	49	15	6
plus de 25 ans	28	2	15	6	5
Total	476	63	346	55	12

Tableau 9 **Importance accordée par les dentistes aux facteurs de décisions pour la mise en place d'un scellant.**

Facteur	Moyenne *
Profondeur des sillons	1,86
Expérience passée de carie	1,45
Bonne hygiène	1,29
Parents motivés	1,28
Dent nouvellement éruptée	1,26
Fluorures systémiques	0,64

* Importance selon l'échelle 0 à 2
0 = importance nulle
2 = importance extrême

Tableau 10 **Importance des sources d'information sur les scellants selon le nombre de fois qu'elles ont été citées parmi les trois premiers choix des dentistes utilisateurs.**

Source	Nombre de citations
1. Cours à l'Université	235
2. Un article dans un journal dentaire	183
3. Cours d'éducation continue	117
4. Un congrès scientifique, provincial, national ou international	101
5. Un confrère/consoeur qui les utilisait	74
6. Un représentant de compagnie dentaire	39
7. Une recontre locale, société dentaire régionale, cercle d'étude	31
8. Un patient/parent	26
9. Autre source	22
10. Une annonce dans un journal dentaire	18

Tableau 11 La source d'information principale selon le nombre d'années depuis la graduation du dentiste.

Gradué depuis	Première source d'information			
	Cours à l'université %	Article scientifique %	Cours d'éduc. cont. %	Autre %
moins de 5 ans	80	0	3	17
6 à 10 ans	39	15	11	35
11 à 15 ans	8	19	24	49
16 à 25 ans	5	23	12	60
plus de 25 ans	0	11	14	75

Tableau 12 Les principaux obstacles à d'adoption des scellants selon que le dentiste utilise, ait déjà ou jamais essayé cette technique.

		% des dentistes qui l'ont cité comme 1er choix
Chez les utilisateurs		
1er obstacle:	Ne sont pas couverts par la RAMQ	60
2ème obstacle:	Leur valeur n'est pas reconnue par les patients/parents	13
3ème obstacle:	Difficilement rentables pour le dentiste	8
Chez ceux qui l'ont déjà essayée		
1er obstacle:	Ne sont pas couverts par la RAMQ	24
2ème obstacle:	Je préfère placer un amalgame occlusal	21
3ème obstacle:	Ne restent pas assez longtemps en bouche	17
Chez ceux qui ne l'ont jamais essayée		
1er obstacle:	Je préfère placer un amalgame occlusal	26
2ème obstacle:	Difficile à vendre	19
3ème obstacle:	Manque d'information à ce sujet	14

Tableau 13 Opinions exprimées par les dentistes concernant les scellants de puits et sillons

	% des dentistes qui sont		
	d'accord	+ ou - d'accord	pas d'accord
Les scellants peuvent être dangereux à cause du risque de sceller une carie.	20	36	44
Les scellants sont très efficaces pour réduire la carie dentaire.	71	21	8
Les nouveaux matériaux utilisés comme scellants ont une meilleure rétention que les matériaux précédents.	58	30	13
Les scellants ne sont pas rentables pour le patient car un amalgame est plus économique à long terme.	11	24	65
L'utilisation appropriée des scellants permet d'affirmer le souci de notre profession pour la santé des patients et augmente la confiance du public à notre endroit.	69	22	9
La perte d'un scellant est généralement attribuable à un problème au moment de l'application.	65	27	8
Les molaires permanentes qui viennent de faire éruption récemment sont les meilleures candidates aux scellants.	78	15	8
La valeur des scellants est facile à démontrer aux patiens/parents.	42	41	17

Tableau 14 **Pourcentage d'utilisateurs selon l'opinion du dentiste en regard du danger de sceller une lésion carieuse.**

	Les scellants peuvent être dangereux à cause du risque de sceller une carie	
	d'accord	pas d'accord
Utilisateurs (%)	20	80
Déjà essayé (%)	52	48
Jamais essayé (%)	62	38

$\chi^2 = 56{,}760$ $P < ,001$

Tableau 15 **Association entre certaines variables secondaires (caractéristiques du dentiste et de son mode de pratique)**

Association entre	Association	χ^2	ν	P
Graduation récente et sexe féminin	++	64,578	4	<,001
Graduation récente et pratique de groupe	++	37,600	4	<,001
Graduation récente et proportion plus grande d'enfants dans la clientèle	+	30,741	12	=,002
Pratique de groupe et sexe féminin	++	15,581	1	<,001

École de médecine dentaire
Université Laval

RECHERCHE SUR L'UTILISATION DES SCELLANTS DE PUITS ET FISSURES

NE RIEN INSCRIRE DANS LES ESPACES OMBRAGÉS

1. Dans quelle région administrative de l'O.D.Q. pratiquez-vous? (1–4)

- ☐ A) Bas St-Laurent, Gaspésie — Côte-Nord
- ☐ B) Saguenay, Lac St-Jean (5–6)
- ☐ C) Québec
- ☐ D) Mauricie
- ☐ E) Estrie
- ☐ F) Montréal
- ☐ G) St-Jean-Beauharnois
- ☐ H) Granby — St-Hyacinthe — Richelieu
- ☐ I) Lanaudière — Laurentides
- ☐ J) Outaouais
- ☐ K) Nord-Ouest Québécois — Nouveau-Québec

2. Depuis combien d'années avez-vous obtenu votre DMD/DDS? (7)

- 5 ans ou moins ☐
- 6 à 10 ans ☐
- 11 à 15 ans ☐
- 16 à 25 ans ☐
- plus de 25 ans ☐

3. Sexe Masculin ☐ (8)
Féminin ☐

4. Quel est votre mode pratique? (9)

- solo ☐
- groupe (2 dentistes ou +) ☐

5. Population approximative de la ville où vous exercez. (10)

(— Si plus d'un bureau, indiquez la ville la plus populeuse).
(— S'il s'agit de plusieurs municipalités directement voisines, considérez l'ensemble de l'agglomération).

- moins de 3 000 ☐
- de 3 000 à 9 999 ☐
- de 10 000 à 49 999 ☐
- de 50 000 à 1 million ☐
- plus de 1 million ☐

6. Êtes-vous spécialiste? (11)

- non ☐
- pédodontiste ☐
- autre spécialité ☐

7. Quelle proportion de votre clientèle est constituée d'enfants et d'adolescents? (12)

- 0% ou très peu ☐ (passez à la question 13)
- moins de 50% ☐
- à peu près 50% ☐
- plus de 50% ☐
- 100% ou presqu'exclusivement ☐

8. Utilisez-vous présentement les scellants de puits et fissures comme mesure préventive chez vos jeunes patients? (13)

- oui ☐
- déjà essayé mais abandonné ☐ (passez à la question 14)
- jamais essayé ☐ (passez à la question 14)

9. Chez vos jeunes patients, enfants et adolescents, dans quelle proportion utilisez-vous les scellants? (14)

- rarement (moins de 10%) ☐
- occasionnellement (10 à 25%) ☐
- régulièrement (26 à 60%) ☐
- souvent (plus de 60%) ☐

10. Depuis combien de temps les utilisez-vous? (15)

- moins d'un an ☐
- de 1 à 5 ans ☐
- de 5 à 10 ans ☐
- plus de 10 ans ☐

11. Quelle importance accordez-vous aux facteurs suivants lorsque vous décidez de placer un scellant?

	Importance forte	moyenne	faible	
— profondeur des sillons	☐	☐	☐	(16)
— dent nouvellement éruptée	☐	☐	☐	(17)
— expérience passée de carie	☐	☐	☐	(18)
— bonne hygiène	☐	☐	☐	(19)
— fluorures systémiques	☐	☐	☐	(20)
— parents motivés	☐	☐	☐	(21)
— autre (spécifier) _____	☐	☐	☐	(22)

12. Parmi les sources d'information suivantes, indiquez lesquelles vous ont le plus influencé pour adopter les scellants. (Si plus d'une source, indiquez leur ordre d'importance en utilisant les chiffres 1, 2, 3. . . , 1 étant le plus important).

- — cours à l'université ___ (23)
- — cours d'éducation continue ___ (24)
- — un confrère/consoeur qui les utilisait ___ (25)
- — un congrès scientifique, provincial, national ou international ___ (26)
- — une rencontre locale, société dentaire régionale, cercle d'étude ___ (27)
- — un article dans un journal dentaire ___ (28)
- — une annonce dans un journal dentaire ___ (29)
- — un représentant de compagnie dentaire ___ (30)
- — un patient/parent ___ (31)
- — AUTREMENT (spécifier) _____ ___ (32)

13. Quels sont, selon vous, les obstacles qui nuisent le plus à l'adoption des scellants par les dentistes? (Si plus d'un, indiquez l'ordre d'importance en utilisant les chiffres 1, 2, 3.... 1 étant le plus important).

- technique trop complexe ___ [33]
- ne sont pas couverts par la RAMQ ___ [34]
- leur valeur n'est par reconnue par les patients/parents ___ [35]
- difficilement rentables pour le dentiste ___ [36]
- manque d'information des dentistes à ce sujet ___ [37]
- ne restent pas assez longtemps en bouche ___ [38]
- autre (spécifier) _____ ___ [39]

La prochaine question s'adresse aux non-utilisateurs, vous pouvez donc passer directement à la question 15.

14. Pourquoi avez-vous décidé de ne pas utiliser ou d'abandonner l'usage des scellants? (Si plus d'une raison, indiquez l'ordre d'importance en utilisant les chiffres 1, 2, 3.... 1 étant le plus important).

- jamais entendu parler ___ [40]
- manque d'information à ce sujet ___ [41]
- je préfère placer un amalgame occlusal ___ [42]
- pas assez de patients enfants pour que ça vaille la peine ___ [43]
- difficiles à vendre ___ [44]
- technique trop complexe ___ [45]
- ne sont pas couverts par la RAMQ ___ [46]
- ne sont pas rentables financièrement pour le dentiste ___ [47]
- ne restent pas assez longtemps en bouche ___ [48]
- autre (spécifier) _____ ___ [49]

15. Indiquez pour chaque énoncé, si vous êtes d'accord, plus ou moins d'accord ou en désaccord.

	d'accord	+ ou — d'accord	pas d'accord	
Les scellants peuvent être dangereux à cause du risque de sceller une carie.	☐	☐	☐	[50]
Les scellants sont très efficaces pour réduire la carie dentaire.	☐	☐	☐	[51]
Les nouveaux matériaux utilisés comme scellants ont une meilleure rétention que les matériaux précédents.	☐	☐	☐	[52]
Les scellants ne sont pas rentables pour le patient car un amalgame est plus économique à long terme.	☐	☐	☐	[53]
L'utilisation appropriée des scellants permet d'affirmer le souci de notre profession pour la santé des patients et augmente la confiance du public à notre endroit.	☐	☐	☐	[54]
La perte d'un scellant est généralement attribuable à un problème au moment de l'application.	☐	☐	☐	[55]
Les molaires permanentes qui viennent de faire éruption récemment sont les meilleures candidates aux scellants.	☐	☐	☐	[56]
La valeur des scellants est facile à démontrer aux patients/parents.	☐	☐	☐	[57]

COMMENTAIRES: _____

S.V.P.: retourner sans tarder dans l'enveloppe préadressée ci-jointe. Merci!

AVEZ-VOUS RETOURNÉ VOTRE QUESTIONNAIRE SUR LES SCELLANTS?

SI OUI, ignorez cet avis.

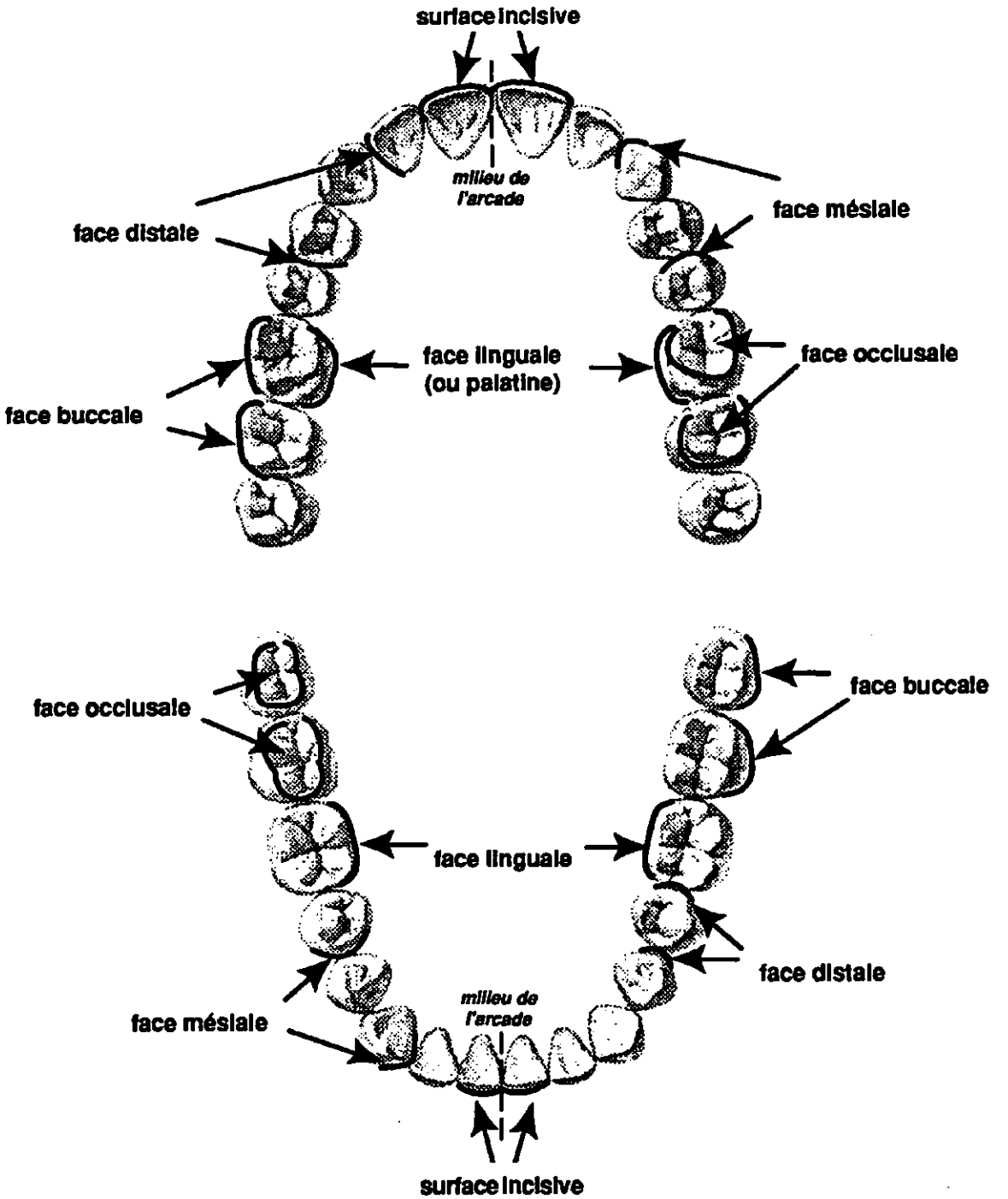
Il y a un mois, nous avons expédié un questionnaire portant sur l'usage des scellants de puits et fissures à un nombre limité de dentistes. Votre nom a été tiré au hasard pour représenter l'opinion des dentistes de votre région. Il est très important que vous nous retourniez le questionnaire complété afin d'assurer la validité de cette enquête.

S'il vous plaît, prenez quelques instants pour compléter et retourner le questionnaire, cela ne devrait pas prendre plus de quelques minutes.

Merci de votre coopération.

Note: Si vous n'avez pas reçu ou si vous avez égaré le questionnaire, vous pouvez en obtenir une nouvelle copie en appelant Madame Louise Vézina (418) 656-5570.

Les faces de la dent



---

face mésiale : face la plus rapprochée du milieu de l'arcade.

face distale : face opposée à la face mésiale.

face linguale (ou **palatine** s'il s'agit du maxillaire supérieur) : face qui regarde la cavité buccale.

face buccale : face de la dent en rapport avec la joue ou les lèvres.
(Pour les incisives et les canines, on l'appelle aussi **face labiale.**)

face (ou surface) occlusale : face triturante qui vient en contact avec celle de la dent correspondante de l'autre maxillaire lors de la mastication.

surface incisive : partie tranchante des dents antérieures.

Lacroix, Diane
AUTEUR RAMQ

Evaluation du programme de services dentaires pour les enfants, administré par la régie de l'assurance-maladie du Québec

DATE	NUMÉRO DU LECTEUR	DATE	NUMÉRO DU LECTEUR