

Historique des programmes dentaires pour les aînés

• James L. Leake, DDS, DDPH, M.Sc., FRCD(C) •

S o m m a i r e

Les aînés ont moins accès aux services de soins bucco-dentaires et un état de santé bucco-dentaire moins satisfaisant que les autres groupes d'âge. La majorité des provinces n'a pas de programmes publics pour pallier cette injustice, et les efforts bénévoles des professionnels, de même que les programmes hospitaliers, ont eu peu d'effets. En Ontario, deux comités d'experts ont réclamé l'instauration de programmes pour les aînés qui seraient exécutés par les services de santé publique et dotés d'un important volet de promotion communautaire. Non seulement ces recommandations sont-elles restées lettres mortes, mais, pire encore, plusieurs programmes de santé publique n'arrivent plus à dispenser les mêmes services préventifs qu'autrefois. Plusieurs facteurs entravent la mise sur pied d'une politique publique qui tiendrait compte des soins à prodiguer aux aînés : la définition étroite des problèmes de santé publique, l'hésitation de la profession dentaire à faire pression pour obtenir des fonds publics, le favoritisme à l'égard des groupes plus jeunes et la persistance d'un «programme de fonds publics inversé» en vertu duquel des citoyens salariés et plus à l'aise bénéficient de soins dentaires non imposés tandis que d'autres, à savoir les personnes âgées, retraitées et à plus faibles revenus, paient ces mêmes soins en dollars après impôt.

Mots clés MeSH : Canada; dental care for aged; dental health services

© J Can Dent Assoc 2000; 66:316-9

Au Canada, les barrières économiques et autres nuisent au respect des besoins de santé dentaires des aînés. En 1994, seulement 34 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus ont indiqué avoir consulté un dentiste au cours de l'année précédente. En revanche, 87,5 % d'entre eux ont vu un médecin de premier recours — soit deux fois et demi de plus¹. En Alberta, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, les programmes dentaires pour les aînés font partie des programmes de soins de santé universels, ce qui n'est pas le cas en Ontario et dans huit autres provinces.

Au Canada, l'intérêt de la profession dentaire pour les besoins particuliers des aînés apparaît pour la première fois avec la publication, vers la fin des années 60, des rapports du Conseil sur la santé publique²⁻⁴. L'un des premiers documents de référence décrivait les besoins bucco-dentaires des aînés du Centre gériatrique Baycrest⁵. À la suite de quoi paraissent de multiples études régionales, ainsi qu'une étude provinciale (au Québec), qui démontrent que de plus en plus d'aînés conservent leurs dents naturelles et que nombreux sont ceux qui continuent à consulter leur dentiste⁶. Avec l'allongement de la durée de vie, la tendance vers des besoins de plus en plus importants et des visites de plus en plus nombreuses présente autant de défis à relever pour les dirigeants et les praticiens en dentisterie.

Récapitulation des programmes dentaires

Les programmes fédéraux

Le ministère des Anciens Combattants offre aux vétérans des services de soins bucco-dentaires depuis 1944. Ceux-ci prenant de l'âge, le programme s'est étendu à tous les aînés. Par ailleurs, le gouvernement fédéral paie les soins des autochtones en vertu du Programme des Services de santé non assurés (SSNA). Ce programme ne s'applique pas précisément aux aînés, mais ceux-ci y sont admissibles⁷.

Les programmes provinciaux et territoriaux

En 1973, l'Alberta instaure un programme pour les aînés et pour les personnes à leur charge qui, à partir de 1983, s'étend aux veuves à faibles revenus et aux personnes à leur charge. Au début, le taux d'utilisation de ce programme varie de 25,5 à 27,5 %. Après 1980, il atteint 30 à 36 %⁷. Examinant plus en détail ce programme, Lewis et Thompson⁸⁻¹⁰ ont depuis évalué que, en 1991-1992, la proportion de personnes admissibles qui utilisaient ce programme était d'environ 45 %.

Les gouvernements du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest offrent aux aînés deux programmes dentaires de «dernier ressort» qui, à ce titre, paient les soins des personnes n'ayant pas d'assurance privée ou n'étant pas admissibles aux SSNA. Au Yukon, ce programme s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et

plus et à leurs conjoints âgés de 60 ans et plus. Dans les T.N.-O., ce programme, administré par la Croix bleue de l'Alberta, s'adresse aux résidents âgés de 60 ans et plus. On estime que 25 % des aînés admissibles utilisent ce programme.

Quant au ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard, il offre aux aînés des services de dépistage, de référence et de prévention dans l'établissement de soins prolongés de la province¹¹.

Le point sur l'Ontario

Les recommandations du Comité des experts

En 1980, le Conseil consultatif sur les citoyens âgés de l'Ontario¹² publie un exposé de principes sur les besoins bucco-dentaires des aînés de l'Ontario. Selon les auteurs du rapport, six aînés sur dix vivant de façon autonome ont besoin de soins bucco-dentaires, et les besoins des aînés qui vivent dans des établissements sont encore plus criants. Le conseil recommande que les unités de santé publique offrent aux aînés des programmes de promotion de santé bucco-dentaire ainsi que des services de dépistage, de référence et de suivi aussi bien dans la collectivité que dans les établissements. En outre, il insiste sur l'importance d'installer des cliniques dentaires, avec le personnel nécessaire, dans les établissements de soins prolongés et d'améliorer la diffusion des informations sur les dentistes acceptant de traiter des aînés.

En avril 1989, le comité consultatif du ministre de la Santé de l'Ontario¹³ présente son rapport sur un projet provincial visant à offrir des soins bucco-dentaires aux aînés et en arrive aux conclusions suivantes : beaucoup d'aînés ont d'énormes besoins qui ne sont pas pris en compte, les aînés sont de plus en plus nombreux à conserver leurs dents naturelles et s'attendent à avoir une bonne santé dentaire jusqu'à la fin de leurs jours, beaucoup n'ont pas les moyens de payer leurs soins dentaires, ceux qui vivent dans des établissements et ceux qui vivent chez eux ont du mal à avoir accès aux services, et les soins dentaires organisés ne rejoignent qu'une fraction de cette population.

Le comité consultatif recommande l'élaboration d'un programme communautaire de promotion de la santé et d'un programme de traitement dentaire ciblé. Le premier, qui doit être pris en charge par le personnel des unités locales de soins de santé publique, comprend les services de dépistage et de référence si nécessaire, la mise en place de mesures préventives appropriées et la tenue de présentations annuelles sur place à l'intention des pourvoyeurs de soins personnels aux résidents. Le second propose toute une liste de traitements devant être réalisés par les dentistes et denturologistes. Pour surmonter les barrières qui visiblement empêchent les aînés d'utiliser même des «soins gratuits», comme en Alberta, le comité recommande d'adopter un processus d'inscription encourageant plus précisément les personnes n'ayant pas recours aux services à utiliser ce programme.

Des directives pour les programmes de santé publique

En Ontario, les programmes publics de santé dentaire répondent jusqu'en 1974 aux besoins locaux qui sont constatés. Il n'existe aucune directive à l'échelle provinciale. En 1974, le Groupe de travail sur les services dentaires communautaires¹⁴ recommande la prestation de services plus complets à certains groupes d'adultes précis, dont les personnes avec des handicaps et les personnes âgées. En 1982, un projet révisé de directives, sous le

régime de la loi alors proposée pour réglementer la protection et la promotion de la santé, est diffusé pour commentaires¹⁵. Ce projet prévoit de confier aux unités de santé la responsabilité des services de dépistage, de référence et de suivi ainsi que la prévention clinique, l'éducation en santé bucco-dentaire et un système de consultation à l'intention des établissements et de tous les aînés. En fait, il s'agit essentiellement d'un programme universel de services préventifs. Toutefois, les directives une fois publiées¹⁶, on découvre que leur champ d'application a été très réduit, se limitant aux aînés vivant dans des centres collectifs (maisons pour personnes âgées, hôpitaux pour malades chroniques, centres hospitaliers à lits pour malades chroniques, etc.). Selon Johnson et Deber¹⁵, le programme final semble surtout être une réponse politique symbolique, qui ne risque guère d'avoir un impact important soit sur l'efficacité, soit sur l'effet pratique dans la collectivité.

La dernière révision de ces directives a été publiée en décembre 1997¹⁷. Malgré une solide argumentation en faveur des besoins des aînés et de l'efficacité de la prévention, les services de soins bucco-dentaires préventifs aux aînés n'y ont pas été intégrés. On y trouve néanmoins un plaidoyer en faveur de la réduction de l'usage du tabac et de l'alcool qui devrait avoir un effet positif sur la santé parodontale et la prévention du cancer de la bouche. Ainsi, en Ontario, la prestation des services bucco-dentaires publics et préventifs aux aînés n'est plus autorisée, ce qui signifie la disparition des services préventifs communautaires autrefois offerts par les programmes de santé.

Les initiatives de la profession

En 1973, l'Association dentaire de l'Ontario (ADO) a soumis au gouvernement provincial un projet de programme de soins dentaires publics ciblant dans un premier temps les jeunes enfants et les personnes de 65 ans et plus¹⁸. À nouveau, en juillet 1987, l'ADO a proposé un programme de soins dentaires prévoyant une protection universelle pour les personnes assurées par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, à partir de 65 ans¹⁹.

Du début au milieu des années 80, l'ADO a également incité les sociétés dentaires locales à créer dans les centres d'habitation collectifs de leur région des programmes de bénévolat et à assurer leur fonctionnement²⁰. Toutefois, cette approche n'a pas eu le succès escompté²¹, ce qui n'est pas surprenant dans la mesure où d'autres démarches du genre²² avaient déjà démontré le peu d'intérêt de beaucoup de dentistes à s'occuper de la population gériatrique vivant dans des établissements, leur manque d'empressement à desservir bénévolement ce type de clientèle étant relié à la faiblesse des revenus anticipés²³.

Les efforts locaux menés en Ontario

La santé publique

En 1982²⁴, 23 unités locales de santé sur 43 offrent des programmes communautaires aux aînés. Cependant, en 1987²⁵, puis en 1993-1994²⁶, le nombre d'unités indiquant offrir de tels services tombe à 16. Bien que ces unités offrent surtout des services minimaux, l'Unité de santé du comté de Simcoe et l'ancienne Ville de Toronto²⁸ proposent des services gratuits de dépistage, de référence et de suivi ainsi que des services de prévention clinique à toutes les personnes vivant dans des centres collectifs. À Toronto, les aînés peuvent aussi être traités dans l'une des cinq cliniques communautaires.

Les centres hospitaliers et institutionnels

Peu d'établissements ontariens offrent aux aînés qui y résident des soins dentaires sur place. Les deux qui le font sont l'Hôpital pour malades chroniques Parkwood, à London, et le Centre gériatrique Baycrest. À ce dernier, le programme prévoit aussi la prestation de soins aux résidents des *Toronto Homes for the Aged*. Un troisième programme, géré par une fondation appuyée par des cercles d'entraide et des organismes de service, se poursuit à l'Hôpital St. Peter, à Hamilton²⁹.

Conclusion

Quatre problèmes persistants préviennent l'implantation de programmes de soins bucco-dentaires pour les aînés. À titre d'observateur averti de la scène ontarienne et de participant à l'élaboration d'une politique de soins bucco-dentaires en Ontario et ailleurs depuis plus de 30 ans, je vais les énumérer sans détour et les exposer de façon extrême afin de mettre en relief mon point de vue.

Le premier problème, prouvé par le processus d'élaboration des directives du programme ontarien de santé publique en 1997, est la définition de plus en plus réductrice de la politique de soins de santé, qui tend à être vue surtout comme un système de prestation de soins, réservés aux malades, financé à même les fonds publics. Disons-le carrément, les gens pensent que si l'État n'injecte pas d'argent pour traiter un problème, c'est que celui-ci n'existe pas vraiment et que la société n'a donc pas besoin de bâtir une stratégie pour le régler. En contre-preuve, il est évident que la comptabilité nationale ne fait pas de distinction entre les soins de santé payés directement et ceux qui sont payés par le biais d'un système d'impôt progressif. Il semble que bien des dirigeants aient laissé échappé le fait que les maladies bucco-dentaires occupent le troisième rang pour ce qui est des coûts pour l'économie, venant après les maladies cardiovasculaires et les maladies mentales, mais avant toutes les catégories de cancers³⁰.

Deuzio, ainsi qu'en témoigne mon expérience avec le comité consultatif du ministre de la Santé de l'Ontario, la profession dentaire estime généralement que les besoins de la population sont le mieux (seulement?) comblés à condition de respecter le libre choix de chacun à consulter le dentiste en pratique privée qui lui convient, ce dernier ne pouvant être payé que selon la formule de rémunération à l'acte. La profession s'est opposée à la recommandation de deux comités consultatifs supérieurs suggérant des efforts concertés en vue d'accroître l'utilisation des services proposés pour les aînés³¹. Cette réaction a abouti à une impasse et nuit à la possibilité d'obtenir des ressources favorisant la prise en compte des besoins bucco-dentaires des aînés. Au moment de prendre une décision, la profession redoutait que des fonds publics soient alloués à des soins aux aînés, craignant que ceux-ci ne soient contrôlés ou attribués de façon inhabituelle. Ainsi, aucune pression publique n'a été (et n'est) exercée pour que des fonds publics soient alloués à des soins dentaires pour les aînés²⁹.

Tertio, le rendement du capital investi dans des soins dentaires pour les personnes âgées n'a pas été prouvé. En revanche, la démonstration a été amplement faite que les investissements consacrés à des programmes de nutrition pour les jeunes enfants se traduisaient par une meilleure croissance, de meilleurs résultats scolaires, des emplois mieux rémunérés et, en bout de ligne, une contribution financière nette aux programmes sociaux passant par le paiement de nouveaux impôts³²⁻³³. En conséquence, de nouvelles subventions pour ces programmes (meilleure nutrition

dans les gardes de jour, repas à l'école, etc.) peuvent parfois être arrachées à des ministres des finances récalcitrants car ce sont là des investissements sociaux prudents; malheureusement, cet argument ne tient pas dans le cas des soins aux aînés. Bien entendu, pareille démarche de «rentabilité» nie le principe voulant que l'accès aux soins de santé soit un droit fondamental qui s'étend à tous, pas seulement à ceux qui seraient les plus à même de contribuer à l'économie de la société.

Quarto, la majorité de ceux qui décident que les soins bucco-dentaires ne sont pas assez importants, ou sont trop chers, pour faire partie des programmes de santé publics, profitent de soins dentaires non imposés dans la mesure où ils bénéficient du régime de leur employeur. Leurs décisions assurent le maintien d'une politique que l'on pourrait qualifier de «programme de financement public inversé», où des citoyens salariés et plus à l'aise profitent de soins dentaires non imposés et où les taxes manquantes sont absorbées par l'ensemble de la société (dont les pauvres et les aînés). Si une société peut offrir des soins dentaires à des citoyens qui ont un emploi et qui sont plus à l'aise que les autres en absorbant des milliards de dollars de dépenses fiscales, il est évident qu'elle peut aussi trouver de l'argent pour rétablir l'égalité avec ceux qui sont trop âgés pour travailler et qui ont des revenus plus faibles. Bien qu'il soit encore trop tôt pour dire si la nouvelle disposition fiscale visant à déduire les primes d'assurance aura un effet, le fait que les personnes âgées et les travailleurs les plus pauvres doivent payer leurs soins dentaires en dollars après impôt ne correspond pas à l'image d'un gouvernement chargé de redistribuer les avantages d'une société canadienne à ceux qui en ont le plus besoin. ♦

Le Dr Leake est professeur et directeur de la dentisterie communautaire au Département des sciences biologiques et diagnostiques, à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto. Il est aussi conseiller au ministère de la santé publique à Toronto. Enfin, il a siégé au comité consultatif du ministre de la Santé de l'Ontario, au chapitre des soins dentaires aux aînés dans le besoin.

Écrire au : Dr James L. Leake, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, 124, rue Edward, Toronto, ON, Canada M5G 1G6; courriel : james.leake@utoronto.ca

Cet article s'inspire d'une présentation donnée lors du premier colloque annuel sur la dentisterie gériatrique, intitulé «Considerations for the Future» (Réflexions sur l'avenir), au Centre Baycrest à Toronto (Ontario), en octobre 1998.

Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Sabbah W. Utilization of dental care services: an analysis of the Canada Health Survey, 1994 [dissertation]. Toronto (ON): University of Toronto; 1998.
2. Canadian Dental Association. Report of the Council on Public Health. In: Transactions of the Canadian Dental Association. Ottawa (ON): 1967. p. 158.
3. Canadian Dental Association. Report of the Council on Public Health. In: Transactions of the Canadian Dental Association. Ottawa (ON): 1968. p. 181.
4. Canadian Dental Association. Report of the Council on Public Health. In: Transactions of the Canadian Dental Association. Ottawa (ON): 1969. p. 114.
5. Lightman I, Thompson GW, Grainger RM. Denture needs of a group of Toronto aged. *J Can Dent Assoc* 1969; 35:40-4.

6. Leake JL. A review of regional studies on the dental health of older Canadians. *Gerodontology* 1988; 7:11-9.
7. Stamm J, Waller M, Lewis DW, Stoddart GL. Dental care programs in Canada: historical development, current status, and future directions — A report prepared on contract for the Department of National Health and Welfare, Canada. Ottawa (ON): Canadian Government Publishing Centre; 1986.
8. Thompson GW, Lewis DW. Changes in utilization of dental services of Alberta's universal dental plan for the elderly. *J Can Dent Assoc* 1994; 60:403-6.
9. Lewis DW, Thompson GW. Continuity of dental treatment by users of Alberta's universal dental plan for the elderly. *J Can Dent Assoc* 1994; 60:419-22.
10. Lewis DW, Thompson GW. Alberta universal dental plan for the elderly: differences in use over 6 years by two cohorts. *Am J Public Health* 1995; 85:1408-11.
11. Maze B. Prince Edward Island dental program. *Can J Community Dent* 1995; 10:43.
12. Ontario Advisory Council on Senior Citizens. Position paper on dental care needs of Ontario's seniors. Toronto (ON): 1980.
13. Ontario Ministry of Health. The report of the Advisory Committee on Dental Care for Seniors in Need. Toronto (ON): 1989.
14. Ontario Ministry of Health. Task Force on Community Dental Services: Report. Toronto (ON): 1974.
15. Johnson PM, Deber RB. Assessment of Ontario's geriatric preventive dentistry program. *Can J Public Health* 1989; 80:136-41.
16. Ontario Ministry of Health. Guidelines (Phase I) for the provision of mandatory health programs and services under the Health Protection and Promotion Act, 1983. Toronto (ON): June 1984.
17. Ontario Ministry of Health. Mandatory health programs and service guidelines pursuant to section 7 of the Health Protection and Promotion Act, 1983, C.10. Toronto (ON): 1997.
18. Ontario Dental Association. A dental care program proposed to the Ontario Government by the Ontario Dental Association. *Ont Dent* 1973; 50:8-11.
19. Ontario Dental Association. Dentists in the spotlight: the ODA proposes free dental care for seniors. *ODA News* 1987; Sep. p. 1.
20. Shosenberg JW, Main PA. Metropolitan Toronto committee provides dental care to geriatric patients. *Ont Dent* 1987; 64:34-6.
21. Mahn WM. Seniors' program insufficient says concerned dentist [letter]. *Ont Dent* 1985; 62:2.
22. MacEntee MI, Weiss RT, Waxler-Morrison NE, Morrison BJ. Opinions of dentists on the treatment of elderly patients in long-term care facilities. *J Public Health Dent* 1992; 52:233-44.
23. Weiss RT, Morrison BJ, MacEntee MI, Waxler-Morrison NE. The influence of social, economic, and professional considerations on services offered by dentists to long-term care residents. *J Public Health Dent* 1993; 53:70-5.
24. Ontario Ministry of Health. 1982 survey Ontario health units dental department. Toronto (ON): 1985.
25. Ontario Ministry of Health. 1987 survey Ontario health units dental department. Toronto (ON): 1988.
26. East York Health Unit. Survey of Ontario health unit dental programs — 1995. Toronto (ON): Jan 1996.
27. Bowes D, Hicks TW. Provision of dental services to collective living centres: the Simcoe County experience. *Healthbeat*. Summer 1990. p. 14-7.
28. Lee J. The City of Toronto's geriatric dental program. *J Can Dent Assoc* 1990; 56:877-8.
29. Morreale JP. The forgotten discipline of dentistry. *J Can Dent Assoc* 1998; 64:195-9.
30. Leake JL, Porter JL, Lewis DW. A macroeconomic review of dentistry in the 1980s. *J Can Dent Assoc* 1993; 59:281-4, 287.
31. Balfour M. Seniors deserve better care: who will provide the quality dental care seniors deserve? *Ont Dent* 1989; 66:8-9.
32. Werner EE, Smith RS. Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw-Hill; 1982.

33. Schweinhart LJ, Rerrueta-Clement JR, Barnett WS, Epstein AS, Weikhat DD. Effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19: a summary. *Top Early Childhood Spec Educ Q* 1985; 5:26-35.

LE CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'ADC

Pour plus de documentation sur les soins dentaires aux aînés ou les problèmes de santé qui les touchent, communiquez avec le Centre de documentation de l'ADC au **1-800-267-6354** ou au **(613) 523-1770**, poste 2223; téléc. : **(613) 523-6574**; courriel : **info@cda-adc.ca**.

CENTRE DE DOCUMENTATION DE L'ADC

Les services suivants sont offerts aux membres de l'ADC :

recherches documentaires
livres et vidéos (prêts)
table des matières
dossiers de documentation
services de référence
articles de périodiques dentaires
accès à un réseau d'information

Aubaine de l'été : De juin à septembre, les dossiers de documentation suivants sont offerts à **moitié prix** (5 \$) aux membres de l'ADC!

- Les soins dentaires aux patients affaiblis par la maladie
- Les déchets d'amalgame
- Les conduites d'eau des unités dentaires
- Les piqûres accidentelles
- Partenariats et associations à salaire/à pourcentage
- Vente et achat d'un cabinet dentaire
- Le stress et l'épuisement au cabinet dentaire
- Les problèmes temporo-mandibulaires — diagnostic et traitement
- Les maladies parodontales et cardiovasculaires

Pour commander un ou plusieurs de ces dossiers de documentation, ou en savoir plus sur nos services et frais, communiquez avec le Centre de documentation de l'ADC, tél. : 1-800-267-6354 ou (613) 523-1770, poste 2223; téléc. : (613) 523-6574; courriel : info@cda-adc.ca.