

Accès et soins : rapports des organismes canadiens s'occupant de l'enseignement et des soins dentaires

• James L. Leake, DDS, MSc, FRCD(C) •

S o m m a i r e

Des représentants des facultés de médecine dentaire et des organismes qui travaillent en vue d'améliorer la santé buccodentaire des groupes ayant un accès restreint aux soins dentaires ont été invités au symposium sur l'accès aux soins tenu à Toronto en mai 2004. Avec réalisme, ils ont parlé des besoins parfois désespérés de leurs clients. Les réponses des organismes ont varié d'une simple documentation sur les besoins à l'expression d'un sentiment de frustration vis-à-vis des tendances actuelles et de l'évidente indifférence des décideurs, en passant par quelques réussites dans l'organisation d'autres modèles de prestation des soins. Les présentateurs ont constamment souligné la nécessité de changer les méthodes de financement de l'enseignement dentaire ainsi que le financement et les modèles de prestation des soins visant à répondre aux besoins de ceux qui ont un accès restreint aux soins buccodentaires.

Mots clés MeSH : *Canada; delivery of health care; dental care; health services accessibility*

© J Can Dent Assoc 2005; 71(7):469-71

En mai 2004, un symposium – Accès et soins : vers une stratégie nationale sur la santé buccodentaire – a eu lieu à Toronto. Les organisateurs ont invité comme conférenciers des représentants d'organismes qui forment des fournisseurs de soins dentaires pour répondre aux besoins des Canadiens et d'organismes qui cherchent à obtenir des soins dentaires pour leurs clients. Cet article résume leurs présentations. Pour plus de détails, veuillez consulter les présentations en PowerPoint à <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/> ou joindre l'auteur dont l'adresse figure à la fin de ce rapport.

Sommaire des rapports

Trois perspectives ont été présentées touchant les systèmes de prestation des soins buccodentaires actuels. Premièrement, Main et coll.¹ ont expliqué les résultats d'un sondage postal effectué en anglais auprès d'organismes qui, dans tout le Canada, cherchent à procurer des soins buccodentaires en particulier aux défavorisés. Bien que la plupart aient affirmé que les dentistes offrent des soins d'excellente qualité, plus de 70 % ont nié que leurs clients aient eu accès à des soins préventifs. De l'avis de plus de 93 % des répondants, pour les groupes ayant des besoins pressants, les soins dentaires de base devraient être inclus dans les régimes de santé provinciaux. Le rapport intégral doit être publié bientôt dans ce journal.

Deuxièmement, Valerie White a donné un aperçu général du Projet de santé buccodentaire des aînés de la Nouvelle-Écosse² qui a démontré le manque d'une infrastructure pour la prestation de soins buccodentaires aux aînés tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial. Entre autres problèmes, les chercheurs ont remarqué, «le caractère privé des soins buccodentaires au Canada donne lieu à des écarts profonds parmi plusieurs segments mal desservis de la population, y compris les adultes âgés». Pour plus d'information sur ce sujet, y compris les recommandations des chercheurs, consultez le site www.ahprc.dal.ca/oralhealth/.

Troisièmement, Lomotey et Hatzipantelis³ ont parlé d'un projet commandité par le gouvernement fédéral afin de déterminer si les politiques de santé dentaire actuelles incluent tout le monde en Ontario et rendent les services accessibles. D'après leurs recherches, bien qu'il existe quelques programmes d'aide provinciaux et locaux financés par le gouvernement, aucune politique dentaire cohérente n'est imposée en Ontario. Commentant l'indifférence du «système» actuel, l'une de leurs sources clés a déclaré : «pour le travailleur à faible salaire, pour les aînés, pour la collectivité en général, il n'y a aucune politique particulière – eh bien, je suppose qu'il y a une politique – celle de ne pas en avoir». Les chercheurs ont également appris que bon nombre de familles à faible revenu



Plus de 140 personnes venues du Canada et d'ailleurs ont assisté à ce tout premier symposium sur les politiques en matière de santé buccodentaire. Les participants ont entendu diverses présentations, puis se sont mis à la tâche pour aider à définir les mesures prioritaires. Pour la plupart d'entre eux, la collecte de données sur l'état de santé buccodentaire des Canadiens était le fondement essentiel à l'élaboration d'une politique sur la santé buccodentaire.

en Ontario n'ont pas accès à des soins dentaires. Comme l'a déclaré une source clé : «[Tout] se résume au facteur le plus considérable influant sur la santé buccodentaire [qui] est à notre avis la pauvreté.» Les résultats de leurs recherches sont reproduits plus intégralement à www.cfcchelps.ca (cliquez sur *Dental Scrapbook*).

Deux présentations ont porté sur des initiatives que des collectivités ont prises afin de répondre aux besoins de leurs membres au chapitre des soins buccodentaires. Les récits des besoins qui ont incité la création de l'une de ces initiatives ont été rapportés par Wallace⁴ qui cite un avocat :

Je suis d'avis que la [santé buccodentaire] est un besoin vital... On est surpris d'apprendre comment des gens vivent... sortant de chez eux avec bel et bien la puanteur d'une maladie infectieuse dans la bouche et empoisonnant leur organisme jour après jour, mois après mois, année après année, allant en empirant et étant incapables de parler aux gens.

Par ailleurs, Wallace a donné des exemples des choix que les démunis ont à faire. Ainsi, il cite une mère de 2 enfants –

«Le coût d'une visite chez le dentiste est le même que celui d'un mois de provisions. Que choisiriez-vous?» – et Ron à qui un bureau d'aide sociale a refusé plusieurs fois des traitements dentaires :

Je suis descendu et j'ai demandé à mon propriétaire s'il pouvait me prêter une paire de pince. Ma bouche faisait si mal, je ne pouvais pas manger. Il le fallait. Une fois ou deux, j'ai failli perdre connaissance. L'important quand tu arraches tes propres dents, c'est de ne pas manquer ton coup.

Un centre de santé communautaire des Premières Nations a découvert que le nombre des dentistes disponibles (et la couverture offerte en vertu du Programme des services de santé non assurés) n'était pas suffisant. Selon Saunderson⁵ :

Moins de 50 % des membres [d'une bande] voyaient un dentiste, et souvent ceux qui en voyaient un demandaient uniquement des soins d'urgence. La présence de 14 dentistes dans un rayon d'un mille du Centre de santé de Tsewultun ne s'est pas traduite par une accessibilité à des soins dentaires.

Par la suite, ces 2 collectivités ont créé des programmes de santé dentaire communautaires. Saunderson a fait remarquer que ces programmes présentent un avantage naturel en livrant des messages de promotion de la santé adaptés à la culture locale et en offrant des soins en s'associant avec d'autres programmes de santé offerts par le même centre.

Cependant, ce ne sont pas seulement les agences servant les sans-emploi ou les Premières Nations qui ont conçu d'autres méthodes de prestation des soins. À Toronto, la section locale 75 du Syndicat des employés des hôtels et des restaurants maintient depuis 1988 un service clinique offrant des soins à ses membres généralement à faible salaire et à leurs personnes à charge. Selon Iperifanou,⁶ le centre dentaire offre des soins complets et, sur rappel, des services de prévention au moins 2 fois par année. Les patients se disent très satisfaits même s'ils doivent se rendre au centre ou à l'un de ses cabinets satellites ou voir un dentiste accrédité.

De ces 5 rapports se dégage le sentiment que le modèle dominant pour offrir des soins doit être adapté aux circonstances spéciales de certains groupes, que ce soit la pauvreté, les différences culturelles, l'âge ou l'invalidité. Les 3 autres modèles de prestation ont pour principe commun que les services sont financés à l'aide d'un budget administré et que le personnel dentaire n'est pas tenu de produire un revenu suivant le principe de la rémunération à l'acte.

Le dernier rapport a été présenté par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto⁷ qui a fait observer un retrait des finances et du soutien publics pour les établissements de santé buccodentaire et pour le personnel dentaire dans les hôpitaux. Par conséquent, «il y a eu un déclin régulier dans la disponibilité des soins pour les populations vulnérables, comme les personnes défavorisées sur les plans médical, mental et physique, [et ce déclin] compromet également la formation des praticiens en santé buccodentaire à cause du manque de centres pour assurer la rotation des étudiants et à cause de la charge excessive de travail dans le peu qui restent.» Pour compenser les réductions dans leurs budgets, les facultés de la plupart des provinces ont dû augmenter les frais dans leurs cliniques au point que les services offerts sont devenus inaccessibles aux plus démunis et que bon nombre d'autres sont forcés de choisir le traitement le moins dispendieux et le moins idéal. En outre, depuis 10 ans, les frais de scolarité en médecine dentaire ont quintuplé, décourageant les demandes de la part des étudiants des niveaux socioéconomiques les plus défavorisés.

Conclusions

Ces rapports ont révélé que les besoins de certaines personnes en santé buccodentaire demeurent largement

insatisfaits et que le «système» semble indifférent à leur misère. Allant de pair avec cette indifférence, le soutien public pour l'éducation continue de s'effriter, privant tant les défavorisés d'une source de soins que les étudiants de l'occasion de servir ceux qui sont le plus dans le besoin. Des groupes ont conçu d'autres modèles de prestation des soins qui, dit-on, répondent plus efficacement aux besoins de leurs clients. D'autres demandent que les soins dentaires de base soient inclus dans le régime de santé national. ♦

Remerciements: L'auteur aimerait remercier les conférenciers au symposium sur l'accès aux soins pour leur aide avec la préparation de cet article : Mme Maria Hatzipantelis, Dre Evangelina Iperifanou, M. Jonathan Lomotey, Dre Patricia A. Main, Dr David Mock, Mme Sherry Saunderson, M. Bruce B. Wallace et Mme Valerie White.



Le Dr Leake est professeur, Faculté de médecine dentaire, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

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

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

La rédaction remercie Susan Deshmukh d'avoir permis la reproduction des photos.

Références

1. Main P, Leake JL, Burman D. Perceptions of oral health care in Canada — a view from the trenches. *J Can Dent Assoc* 2005. À l'impression.
2. Oral Health of Seniors Project: a collaborative research between the faculty of dentistry, Dalhousie University, and the Atlantic Health Promotion Research Centre. Halifax: AHPRC. Disponible à l'adresse URL: www.ahprc.dal.ca/oralhealth/.
3. Lomotey J, Hatzipantelis M. Family dental health scrapbook. Kitchener: Centre for Research and Education in Human Services, Wilfred Laurier University; 2004. Disponible à l'adresse URL: www.cfcchelps.ca/PDFs/Dental_Scrapbook.pdf.
4. Wallace BB. Victoria's community dental clinic: a local response to a national issue. Presented at Access and Care: Towards a National Oral Health Strategy, 13–15 May 2004, Toronto, Ont.
5. Saunderson S. A community based dental health program for aboriginal families. Presented at Access and Care: Towards a National Oral Health Strategy, 13–15 May 2004, Toronto, Ont. Disponible à l'adresse URL : <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/saunderson.html>.
6. Iperifanou E. Another view of dentistry: hotel employees and restaurant employees clinic. Presented at Access and Care: Towards a National Oral Health Strategy, 13–15 May 2004, Toronto, Ont.
7. Mock D. Faculties and hospitals. Presented at Access and Care: Towards a National Oral Health Strategy, 13–15 May 2004, Toronto, Ont. Disponible à l'adresse URL : <http://individual.utoronto.ca/accessandcare/mock.html>.