

COÛTS LIÉS À L'UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR LES SOINS BUCCODENTAIRES AU QUÉBEC

MAUDE LABERGE
ADISSA BANKOLÉ
PASCALINE KENGNE TALLA



Les rapports de projet sont destinés plus spécifiquement aux partenaires et à un public informé. Ils ne sont ni écrits à des fins de publication dans des revues scientifiques ni destinés à un public spécialisé, mais constituent un médium d'échange entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.

Project Reports are specifically targeted to our partners and an informed readership. They are not intended for publication in academic journals nor aimed at a specialized readership, but are rather conceived as a medium of exchange between the research and practice worlds.

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du gouvernement du Québec, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Quebec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the government of Quebec, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO – CIRANO Partners

Partenaires Corporatifs - Corporate Partners

Autorité des marchés financiers
Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Nationale du Canada
Bell Canada
BMO Groupe financier
La Caisse
Énergir
Hydro-Québec
Intact Corporation Financière
Mouvement Desjardins
Power Corporation du Canada
Pratt & Whitney Canada
VIA Rail Canada

Partenaires gouvernementaux - Governmental partners

Ministère des Finances du Québec
Ministère de l'Économie, de l'Innovation et de l'Énergie
Innovation, Sciences et Développement Économique Canada
Ville de Montréal

Partenaires universitaires - University Partners

École de technologie supérieure
École nationale d'administration publique
HEC Montréal
Institut national de la recherche scientifique
Polytechnique Montréal
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval
Université McGill

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.
CIRANO collaborates with many centres and university research chairs; list available on its website.

© Février 2026. Maude Laberge, Adissa Bankolé, Pascaline Kengne Talla. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©. *Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source.*

Les idées et les opinions émises dans cette publication sont sous l'unique responsabilité des auteurs et ne représentent pas les positions du CIRANO ou de ses partenaires. *The observations and viewpoints expressed in this publication are the sole responsibility of the authors; they do not represent the positions of CIRANO or its partners.*

ISSN 1499-8629 (version en ligne)

Coûts liés à l'utilisation des services médicaux et hospitaliers pour les soins buccodentaires au Québec

Maude Laberge*, Adissa Bankolé†, Pascaline Kengne Talla‡

Résumé/Abstract

La santé buccodentaire est une composante essentielle de la santé globale d'un individu. Cependant, des barrières financières, culturelles, linguistiques, géographiques ou autres peuvent limiter l'accès aux soins et services en matière de santé buccodentaire, y compris ceux couverts par les régimes d'assurance publics universels des provinces canadiennes. Cela conduit à un recours à d'autres services de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins en soins buccodentaires.

Cette étude porte sur l'utilisation des services médicaux et hospitaliers pour les soins buccodentaires au Québec, un sujet très peu exploré. Les auteurs documentent de façon approfondie la tendance croissante à se tourner vers les médecins pour les soins buccodentaires à travers les différentes régions sociosanitaires du Québec et examinent les facteurs démographiques influençant cette tendance. L'étude souligne le besoin urgent de soins buccodentaires abordables et accessibles, notamment pour les groupes vulnérables, comme les enfants, les adultes à faible revenu et les personnes âgées.

Oral health is an essential component of an individual's overall health. However, various barriers, such as financial, cultural, linguistic or geographical factors can limit access to oral health care and services, including those covered by universal public insurance plans in Canadian provinces. This leads to reliance on other health and social services to meet oral health care needs.

This study examines the use of medical and hospital services for oral health care in Quebec, a topic that has been little explored. The authors provide an in-depth documentation of the growing trend of turning to physicians for oral health care across various socio-health regions of Quebec and analyze the demographic factors influencing this trend. The study underscores the urgent need for affordable and accessible dental care, particularly for vulnerable groups such as children, low-income adults and the elderly.

Mots-clés/Keywords : Soins bucco-dentaires, Coûts des soins, Accès aux soins, Pertinence des soins/oral health care, cost of care, access to care, appropriateness of care

Pour citer ce document / To quote this document

Laberge, M., Bankolé, A. & Kengne Talla, P. (2026). Coûts liés à l'utilisation des services médicaux et hospitaliers pour les soins buccodentaires au Québec (2026RP-03, Rapports de projets, CIRANO.) <https://doi.org/10.54932/XVFP1551>

* Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, CIRANO

† Assistant de recherche

‡ Professeure adjointe, Faculté de médecine dentaire et des sciences de la santé bucco-dentaire de l'Université McGill

Tables des matières

RÉSUMÉ.....	IV
ABSTRACT	V
LISTE DES TABLEAUX	VIII
ACRONYMES	IX
INTRODUCTION.....	1
PROBLÉMATIQUE	4
1. REVUE DE LITTÉRATURE	5
1.1 SANTÉ BUCCODENTAIRE	5
1.1.1 Définition de la santé buccodentaire	5
1.1.2 État de la santé buccodentaire au Canada	6
1.1.3 État de la santé buccodentaire au Québec	7
1.2 COUVERTURE ASSURANTIELLE AU QUÉBEC.....	9
1.3 ACCÈS AUX SOINS BUCCODENTAIRES ET PORTRAIT DES VISITES EN MILIEU HOSPITALIER/MÉDICAL POUR LES SOINS BUCCODENTAIRES	14
1.4 COÛTS ET FARDEAU DES MALADIES BUCCODENTAIRES	20
1.4.1 Coûts des maladies buccodentaires	20
1.4.2 Fardeau des maladies buccodentaires.....	22
2. MÉTHODOLOGIE.....	25
2.1 CONCEPTION DE L'ÉTUDE.....	25
2.2 SOURCE DES DONNÉES	25
2.3 VARIABLES.....	26
2.4 APPROCHE ANALYTIQUE	28
3. RÉSULTATS	31
3.1 CARACTÉRISTIQUES ET TENDANCES	31
3.1.1 Répartition des dentistes par région administrative.....	31
3.1.2 Indice de densité relative de peuplement dentaire pour chaque région administrative	35
3.2 UTILISATION DES CABINETS MÉDICAUX ET DU SERVICE DES URGENCES POUR DES SOINS BUCCODENTAIRES	38
3.2.1 Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins dentaires en milieu médical	38
3.2.2 Profil d'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires	39
3.2.3 Évolution annuelle du montant moyen payé selon les caractéristiques sociodémographiques.....	42
3.2.4 Utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire ..	44
3.3 UTILISATION DU SERVICE DES URGENCES POUR DES SOINS BUCCODENTAIRES EN MILIEU HOSPITALIER	46

3.3.1 Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins buccodentaires en milieu hospitalier.....	46
3.3.2 Statistiques des consultations pour des soins buccodentaires en milieu hospitalier : visites et dépenses totales, Québec, 2014-2020	47
3.3.3 Différences selon les caractéristiques sociodémographiques.....	47
3.3.4 Visites et dépenses liées aux soins buccodentaires en milieu hospitalier, par année (2014–2020)	49
3.3.5 Répartition des consultations en milieu hospitalier pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire	50
3.4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RÉGRESSION	52
3.4.1 Modèle d'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires.....	52
3.4.2 Modèle d'utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires	55
4. DISCUSSION	59
5.1 FORCES	66
5.2 LIMITES.....	67
5.3 IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES DE SANTÉ	68
CONCLUSION	69
RÉFÉRENCES.....	70

Liste des tableaux

Tableau 1 : Évolution du programme de chirurgie buccale au Québec de 1974 à 1996.....	10
Tableau 2 : Évolution du programme destiné aux enfants au Québec de 1974 à 1996	10
Tableau 3 : Évolution du programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes à leur charge au Québec	11
Tableau 4 : Services couverts et non couverts en milieu hospitalier/clinique dentaire	12
Tableau 5 : Services couverts pour les prestataires d'un programme d'aide financière	13
Tableau 6. Ratio dentistes/population par région administrative, Québec, 2018-2022.....	32
Tableau 7: Indice de densité relative de peuplement dentaire par RSS, Québec, 2018-2022.....	37
Tableau 8a. Répartition par groupe d'âge	40
Tableau 9a. Évolution annuelle du nombre moyen de visites et des montants payés pour des soins buccodentaires en cabinet médical au Québec, de 2010 à 2020	43
Tableau 10. Montant moyen payé selon les régions sociosanitaires, Québec, 2010-2020	45
Tableau 11. Statistiques des consultations pour des soins buccodentaires au service des urgences : visites et dépenses totales, Québec, 2014–2020	47
Tableau 12. Répartition selon le sexe et l'âge	48
Tableau 13. Répartition par quintile de défavorisation sociale (DS) et matérielle (DM)	49
Tableau 14. Visites et dépenses liées aux soins buccodentaires effectués au service des urgences, par année (2014–2020).....	50
Tableau 15. Répartition des consultations au service des urgences pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire, Québec, 2014–2020	51
Tableau 16. Résultats de la régression logistique pour les soins dentaires en cabinet médical	53
Tableau 17. Résultats de la régression logistique pour les soins buccodentaires en milieu hospitalier	57

Acronymes

AIC : Akaike information criterion

CPE : carie de la petite enfance

CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision

ECMS : Enquête canadienne sur les mesures de santé

ESCC : Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

EQSP : Enquête québécoise sur la santé de la population

FDI : Fédération dentaire internationale

FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé

IDMS : indice de défavorisation matérielle et sociale

ISQ : Institut de la statistique du Québec

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

NIRRU : niveau d'intensité relative des ressources utilisées

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

ODQ : Ordre des dentistes du Québec

OHIP: Ontario Health Insurance Plan (Assurance-santé de l'Ontario)

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RSS : Région sociosanitaire

Introduction

La santé buccodentaire est une composante essentielle de la santé globale, mais elle est souvent négligée jusqu'à ce qu'une urgence survienne (1). La question relative à l'accès aux soins buccodentaires occupe une place de plus en plus importante dans les politiques de santé au Canada et à l'échelle internationale (2). L'analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a révélé qu'en 2022, près du quart (24 %) des Canadiens ont déclaré avoir évité de consulter un professionnel des soins buccodentaires au cours des douze mois précédents en raison du coût (3). Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la couverture publique des soins buccodentaires est généralement limitée, avec moins d'un tiers des frais pris en charge par les régimes publics ou par l'assurance maladie obligatoire (4). Seuls le Japon, l'Allemagne et la France offrent une couverture supérieure à 50 %, tandis que des pays comme la Grèce, l'Espagne et Israël ont une couverture très faible (4).

Au Canada, les soins buccodentaires, régis par les provinces, sont couverts par un système mixte d'assurances publiques et privées et sont principalement fournis par environ 16 000 cabinets dentaires privés (5). Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), créée en 1970, a progressivement intégré des soins buccodentaires dans sa couverture, ciblant des groupes précis. Cependant, la couverture publique demeure limitée. En 2018, environ 15 % de la population québécoise bénéficiait de cette couverture (6). Les personnes qui n'ont pas accès aux soins buccodentaires dispensés par des dentistes au moment opportun se tournent vers les cabinets médicaux et les hôpitaux. Ce phénomène n'a pas encore été très documenté au Québec. En Ontario, 136 012 visites annuelles à l'hôpital ou en cabinet médical entre 2001 et 2015 étaient associées à des soins buccodentaires qui auraient pu être dispensés par des dentistes (7). Cette situation soulève des questions importantes sur l'accessibilité aux soins buccodentaires dans toutes les provinces en général et sur l'ampleur de la situation au Québec en particulier.

L'utilisation de ressources médicales et hospitalières pour des soins dentaires pose deux problèmes principaux. Premièrement, les médecins, souvent non spécialisés en dentisterie, tendent à fournir des soins de base (soulagement des symptômes) plutôt qu'à traiter les causes

sous-jacentes des problèmes buccodentaires. Deuxièmement, l'utilisation accrue des services médicaux et d'urgence pour des soins buccodentaires peut contribuer à l'engorgement de ces services, potentiellement au détriment de patients ayant des besoins médicaux prioritaires ou appropriés à ces services.

La littérature existante suggère que les problèmes buccodentaires sont traités de manière inefficace par les professionnels de santé non spécialisés en soins dentaires. Les patients qui consultent un médecin dans son cabinet ou au service des urgences reçoivent généralement des médicaments, notamment des analgésiques, des opioïdes et des antibiotiques, qui ne traitent malheureusement pas la cause du problème (8). Les médecins ne reçoivent généralement pas de formation approfondie sur les maladies et affections buccodentaires. Par conséquent, une telle utilisation d'un système de soins de santé est sans doute une utilisation inefficace des fonds publics (7). Cela constitue un coût d'opportunité, surtout dans un contexte où les médecins de famille sont rares et où les consultations pour des problèmes buccodentaires occupent le temps dédié à d'autres soins médicaux.

À ce jour, aucune donnée ne permet de quantifier l'ampleur des soins buccodentaires dispensés par des médecins dans les hôpitaux et cabinets médicaux au Québec. Cette étude a quatre objectifs :

- 1) Faire une revue de la littérature sur le coût des soins dentaires dispensés en cabinet médical et en milieu hospitalier par des médecins et le fardeau économique qui y est associé;
- 2) Déterminer les tendances en matière de volume et de coût des soins dentaires offerts par des médecins en milieu hospitalier au Québec ainsi que leur répartition dans les 18 régions sociosanitaires;
- 3) Déterminer les tendances en matière de volume et de coûts des soins dentaires offerts en cabinet médical au Québec ainsi que leur répartition dans les 18 régions sociosanitaires;
- 4) Construire des modèles afin d'estimer l'effet des caractéristiques individuelles, et notamment le statut socioéconomique, sur la probabilité de recevoir des soins dentaires en cabinet médical ou en milieu hospitalier.

Pour ce faire, nous utilisons des données de 2010 à 2020. En fournissant des données probantes sur le fardeau économique et les profils d'utilisation, ce projet contribuera à orienter les politiques publiques et à améliorer l'accès équitable à des soins buccodentaires de qualité. Un meilleur accès aux soins buccodentaires pourrait réduire les consultations médicales et en optimiser l'allocation des ressources dans le réseau de la santé.

Problématique

Créée en 1970, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) offrait initialement une couverture pour les soins médicaux et hospitaliers. En 1974, le gouvernement a intégré des services dentaires pour certains groupes, notamment les enfants de moins de 10 ans, et a étendu ce programme en 1979 aux bénéficiaires de l'aide financière de dernier recours (6). En 2018, près de 15 % de la population québécoise bénéficiait de la couverture publique de la RAMQ, financée par les impôts et taxes, pour des soins dentaires. Au Canada, la majorité des soins buccodentaires restent non couverts par le système de santé, avec seulement 6 % des dépenses dentaires prises en charge par le régime public et 40 % directement par les individus (9–11). Les coûts associés aux soins buccodentaires varient largement dans le monde et au Canada, où ils ne sont généralement pas couverts par le régime public d'assurance maladie (2). En 2022, les Canadiens ont dépensé environ 17,7 milliards de dollars en soins buccodentaires privés, avec des coûts pour un implant dentaire unique allant de 2 000\$ à 4 000\$. Au Québec, la couverture publique est principalement limitée aux enfants et aux bénéficiaires de l'aide sociale (2,12).

Environ 22,4 % des Canadiens, soit 6,8 millions de personnes, ont renoncé à consulter un professionnel de la santé buccodentaire pour des raisons financières en 2018 (13). Le financement des soins buccodentaires au Canada peut se faire de différentes manières, notamment : 1) une assurance dentaire privée offerte par l'employeur; 2) une assurance dentaire privée individuelle; 3) le paiement direct par le patient; 4) un programme public d'assurance subventionné par l'État (9). Ce modèle d'assurances mixte et de payeurs multiples entraîne des difficultés d'accès et des inégalités dans l'obtention des soins buccodentaires (14) notamment à cause de barrières financières (paiements exigés des patients).

Dans les cabinets médicaux et les hôpitaux, certains soins buccodentaires sont pris en charge, comme la chirurgie des kystes, le drainage d'abcès, la réduction de fractures, la réparation de déchirures des tissus mous, le traitement de l'inflammation osseuse ou les soins de l'articulation temporo-mandibulaire et des glandes salivaires (15). Cependant, les extractions de dents ou de racines résiduelles restent à la charge du patient (16).

Les traitements dentaires effectués dans un cabinet médical ou un service des urgences ne ciblent pas toujours la cause des problèmes buccodentaires, et ces lieux ne sont pas considérés comme appropriés pour des soins et services non liés à des traumatismes (1). Bien que l'accès aux dentistes soit généralement possible dans les zones urbaines, une part significative de la population canadienne (32 % selon l'enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007 à 2009) n'a pas d'assurance dentaire, limitant leur accès aux soins (17). Cette situation peut conduire cette population à recourir aux services médicaux et hospitaliers, particulièrement en cas d'urgence, et à négliger les soins préventifs, augmentant les risques de détérioration de leur santé buccodentaire (18). L'absence d'assurance couvrant les soins buccodentaires peut entraîner une utilisation inadéquate des services médicaux et hospitaliers et générer des coûts médicaux évitables (19,20). Dans un contexte où l'accès aux soins médicaux est déjà limité, avec un temps d'attente prolongé au service des urgences et un accès restreint aux cabinets de médecins généralistes, l'offre de soins buccodentaires dans ces lieux plutôt qu'en cabinet dentaire représente un coût d'opportunité réduisant conséquemment l'accès à d'autres soins médicaux.

1. Revue de littérature

L'interaction entre le milieu médical, hospitalier et le domaine buccodentaire, surtout dans le contexte canadien, présente une dynamique complexe qui mérite une exploration approfondie. Avant de plonger dans les spécificités de cette interaction, il est essentiel de dresser un portrait global de la santé buccodentaire au Canada et, plus précisément, au Québec. Cette démarche nous permettra de mieux comprendre les enjeux de la couverture assurantielle québécoise et des visites en cabinet médical et en milieu hospitalier pour les affections buccodentaires. La présente revue de littérature a pour ambition de synthétiser ces connaissances pour élaborer un modèle théorique robuste qui guidera notre étude.

1.1 Santé buccodentaire

1.1.1 Définition de la santé buccodentaire

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé buccodentaire fait partie intégrante de la santé générale et du bien-être. Elle englobe la capacité à parler, sourire,

goûter, mâcher, avaler et exprimer ses émotions sans douleur, inconfort ou affection liée aux structures cranio-faciales (21). En 2019, environ 3,5 milliards de personnes dans le monde étaient touchées par des maladies buccodentaires, soulignant l'ampleur de cet enjeu de santé publique mondiale (9,21).

1.1.2 État de la santé buccodentaire au Canada

Les maladies buccodentaires les plus répandues sont la carie dentaire, les maladies parodontales (maladies des gencives), le cancer de la bouche, les maladies buccales infectieuses, les lésions traumatiques et les lésions héréditaires (9). La carie dentaire est présente chez 60 à 90 % des enfants d'âge scolaire et chez la presque totalité des adultes dans le monde (9). Une étude récente a rapporté que la santé buccodentaire est un important problème de santé publique en Europe et que les maladies buccodentaires ont des effets négatifs considérables sur la qualité de vie des populations (22). Les groupes vulnérables et à faible revenu reçoivent des soins buccodentaires à une fréquence moindre que la population en général, et ces soins sont plus souvent dispensés dans un contexte d'urgence pour soulager la douleur que dans le cadre de soins préventifs (23). L'analyse des données du module de santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé (ECMS) 2007-2009 a indiqué que 59 % des Canadiens de 12 à 19 ans ont déjà eu une carie dentaire (17). En 2010, 75 % des Canadiens ont visité annuellement une clinique dentaire alors que 86 % l'ont fait au moins une fois tous les deux ans (24). C'est donc une amélioration appréciable depuis le début des années 1970, alors qu'à peine la moitié de la population consultait un dentiste sur une base annuelle (25). En 2012, selon les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada, 65,6 % de la population de 12 ans et plus avait consulté un professionnel en soins buccodentaires (dentiste ou orthodontiste). Les personnes âgées de 12 à 20 ans constituent le groupe avec la proportion la plus élevée (77,9 %) alors que les personnes de 71 ans et plus et celles entre 21 et 30 ans sont celles avec les pourcentages les plus faibles, soient 49,2% et 58,6% respectivement (9). La même enquête a été refaite en 2018, et les trois quarts (74,7 %) des Canadiens âgés de 12 ans et plus rapportent avoir consulté un dentiste ou un orthodontiste (13).

1.1.3 État de la santé buccodentaire au Québec

Dans les années 1950, la santé dentaire des Québécois était marquée par des problèmes tels que la perte de dentition et un taux élevé de caries (23). Au fil des décennies, on remarque une nette amélioration, témoignant d'une progression importante en matière d'hygiène et de soins dentaires au Québec (9). Ces progrès ont été réalisés grâce aux programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la RAMQ, aux avancées liées à la scolarisation, à une adoption plus généralisée de bonnes habitudes d'hygiène dentaire dès le jeune âge et à la fluoration de l'eau, le cas échéant, au développement de pratiques dentaires et à la création de la profession d'hygiénistes dentaires. Malgré ces avancées, les problèmes de santé buccodentaire constituent, encore aujourd'hui, des enjeux importants de santé publique, pour tous les groupes d'âge, notamment chez les enfants, mais aussi chez les personnes âgées et d'autres groupes vulnérables.

L'étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire de 2012-2013 révèle que la situation relative aux caries dentaires demeure préoccupante. En effet, près de 9 élèves de 2^e et 6^e années du primaire sur 10 ont eu une carie réversible et environ 5 000 enfants québécois de 0 à 9 ans ont dû avoir recours à l'anesthésie générale pour traiter des problèmes buccodentaires (27). Les traitements requis sont souvent complexes, car plusieurs dents doivent être restaurées et des extractions peuvent être nécessaires. Les interventions dentaires liées à la carie de la petite enfance (CPE) sont les principales interventions que subissent les enfants d'âge préscolaire en consultation externe dans la plupart des hôpitaux pédiatriques et hôpitaux généraux du Canada (9,27). Selon une analyse des données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) de 2008, 17 % des jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans ne se brossent pas les dents à la fréquence recommandée et environ un jeune sur dix âgé de 15 à 24 ans a une mauvaise perception de sa santé buccodentaire (28). La proportion de la population de 15 ans et plus qui se brosse les dents au moins deux fois par jour est moindre chez les personnes à faible revenu (74 %), chez les personnes moins scolarisées (70 %) et chez les personnes, dont la perception de la santé et de la situation financière est moins bonne (70 % et 72 %). Quant aux fumeurs, ils se brossent les dents dans une moindre proportion que les non-fumeurs (75 % contre 80 %) (9).

Chez les adultes québécois, les dernières études sur la santé buccodentaire démontrent une atteinte parodontale de la moitié de la population (17). Or, les maladies parodontales sont corrélées avec plusieurs problèmes de santé : le diabète, les maladies cardiovasculaires, le faible poids corporel des bébés à la naissance, etc. (18). En 1980, les adultes âgés de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans présentaient un taux d'édentation totale de 24 % et 34 % respectivement (23). Une enquête de suivi réalisée en 1993 auprès des mêmes groupes d'âge a révélé des proportions similaires, indiquant une infime progression dans la réduction de cette condition au cours de la période étudiée (29). Presque cinq ans plus tard, cette population âgée de 35 à 44 ans avait des signes évidents de maladie parodontale et on estime qu'environ un adulte québécois sur cinq souffrira un jour d'une parodontite sévère pouvant même impliquer la perte de dents (23). Les maladies parodontales représentent l'une des principales causes de la perte de dents chez les Québécois. Or l'édentation partielle ou totale peut entraîner plusieurs problèmes : difficultés masticatoires, mauvaise digestion, douleur à l'articulation temporo-mandibulaire, etc. (23).

En 1980, au Québec, une personne âgée de 65 ans et plus sur quatre avait des dents naturelles (29). En 28 ans, cette proportion a plus que doublé pour atteindre 54 %. Depuis 1993, l'édentation totale avait été retrouvée chez 14 % de Québécois âgés de 35 à 44 ans et 58 % des personnes âgées de plus de 65 ans (29,30). En 2006, en Montérégie, à Montréal et à Québec, 63 % des personnes âgées hébergées en institution étaient complètement édentées (31). Dix ans plus tard, l'Institut national de santé publique (INSPQ) a rapporté que près de la moitié des aînés québécois n'avait aucune dent naturelle. Comme il a été souvent observé dans d'autres études, la proportion d'aînés édentés augmente significativement avec l'âge, passant de 40 % chez les 65-74 ans à 70 % chez ceux âgés de 85 ans et plus; près d'un aîné sur dix perçoit négativement sa santé buccodentaire et cette perception s'accroît avec l'âge (23). De même, en 2008-2009, environ 46 % des personnes âgées au Québec déclaraient ne plus avoir de dents naturelles, une proportion qui atteignait 70 % chez les 85 ans et plus, traduisant une prévalence élevée de caries dentaires sévères et de maladies parodontales dans cette population (23). La présence ou l'absence totale de dents naturelles est associée à de nombreux facteurs socioéconomiques et à de multiples habitudes d'hygiène. La santé buccodentaire des aînés québécois demeure préoccupante au regard du taux élevé d'aînés qui n'ont aucune dent naturelle (23,32).

Les problèmes observés démontrent la pertinence de planifier et d'implanter des programmes de prévention et des traitements adaptés. Un des éléments qui pourrait contribuer à la santé buccodentaire est l'accès à des soins buccodentaires préventifs. L'assurance est un élément clé de l'accès aux soins.

1.2 Couverture assurantielle au Québec

Au Québec, la couverture publique des soins buccodentaires est assurée par la RAMQ pour une fraction de la population et pour certains traitements. Les résidents du Québec qui ne sont pas admissibles à la couverture de la RAMQ se répartissent en deux catégories : ceux qui détiennent une couverture d'assurance privée pour les soins buccodentaires et ceux qui sont sans couverture (33). On peut donc répartir en trois grandes catégories les consommateurs de services en santé buccodentaire : ceux qui participent à un régime collectif d'assurance ou qui disposent d'une assurance privée; ceux qui payent les frais directement de leurs poches et ceux dont les soins sont assurés par l'État (34).

En 1970, le gouvernement du Québec a adopté la loi sur l'assurance maladie qui couvre tous les services requis médicalement. Ainsi, les services de chirurgie buccale requis et fournis dans un établissement universitaire ou en milieu hospitalier sont également couverts. En 1974, le régime de couverture de services dentaires destiné aux enfants est mis en place, et connaît une augmentation graduelle allant jusqu'à couvrir les enfants de moins de 15 ans en 1980. En 1976, le volet du programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes à leur charge, qui couvrait les services de soins buccodentaires, a été confié à la RAMQ. Puis en 1979, la RAMQ a également pris en charge le volet couvrant les prothèses dentaires. Très rapidement, ces mesures ont connu des restrictions. En 1982, 1992 et 1996, elles portèrent notamment sur les programmes ciblés. Au fil des années, d'importantes modifications ont été apportées aux critères d'admissibilité des programmes de services dentaires, tant en ce qui concerne l'âge des enfants que les prestations offertes et le délai permettant à un bénéficiaire de la sécurité du revenu de recevoir des services dentaires gratuits (Tableaux 1, 2 et 3) (30,33).

Tableau 1 : Évolution du programme de chirurgie buccale au Québec de 1974 à 1996

Année	Législation	Financement	Cible	Actes couverts	Actes non couverts
1961	Loi assurance hospitalisation	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	- Services hospitaliers rendus par les médecins, consultations, radiographies - Ouverture de la chambre pulpaire en urgence - Chirurgie	
1970	Loi assurance maladie	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Services rendus par les dentistes	
1982	Règlement sur les prestations des soins buccodentaires	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Idem	Extractions de dents et racines

Source : Adapté de Laroussi, 2010

Tableau 2 : Évolution du programme destiné aux enfants au Québec de 1974 à 1996

Année	Législation	Financement	Cible	Actes couverts	Actes non couverts
1961	Loi assurance hospitalisation	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	- Services hospitaliers rendus par les médecins, consultations, radiographies - Ouverture de la chambre pulpaire en urgence - Chirurgie	
1970	Loi assurance maladie	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Services rendus par les dentistes	
1982	Règlement sur les prestations des soins buccodentaires	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Idem	Extractions de dents et racines

Source : Adapté de Laroussi, 2010

Tableau 3 : Évolution du programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes à leur charge au Québec

Année	Législation	Financement	Cible	Actes couverts	Actes non couverts
1966	Loi d'assistance médicale	Provincial/Fédéral	Adultes assistés sociaux et enfants dépendants (16 ans)	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie – Prothèse acrylique	Endodontie
1976	Tutelle administrative RAMQ pour les services dentaires	Provincial/Fédéral	Idem	Idem	Endodontie
1979	Tutelle administrative RAMQ pour les prothèses dentaires	Provincial/Fédéral	Idem	Idem	Endodontie
1982			Restrictions PSR - plus de 6 mois pour obtention de prothèses		
1984	Modifications législatives	Fédéral/Provincial	Restrictions PSR - plus de 6 mois pour tous les services sauf urgences	Idem	Endodontie
1996	Règlement sur les prestations de soins buccodentaires	Fédéral/Provincial	Restrictions PSR - 12 mois pour les services - 24 mois pour prothèses	Délai de remplacement des prothèses : 8 ans	

En 2007, les personnes de moins de 10 ans, les prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins 12 mois consécutifs ainsi que les personnes à leur charge ont accès à une couverture publique comprenant un examen annuel, les radiographies, les détartrages, les obturations, les extractions et les prothèses dentaires acryliques (35).

De nos jours, en milieu hospitalier, toute personne assurée a droit à certains services de chirurgie buccale en cas de traumatisme ou de maladie; en clinique dentaire ou en milieu hospitalier, les enfants de moins de 10 ans reçoivent gratuitement certains services (Tableau 4).

Tableau 4 : Services couverts et non couverts en milieu hospitalier/clinique dentaire

	Services chirurgicaux couverts pour tous	Services couverts pour les enfants de moins de 10 ans	Services non couverts pour les enfants de moins de 10 ans
Milieu hospitalier	- Extraction - Drainage d'un abcès - Réduction d'une fracture - Réparation d'une déchirure des tissus mous - Traitement de l'inflammation des tissus osseux - Traitement de l'articulation temporo-mandibulaire - Traitement des glandes salivaires	- Examen annuel et examen d'urgence - Radiographie - Anesthésie locale ou générale - Obturation - Extraction de dents et de racines - Endodontie - Couronne préfabriquée - Services de chirurgie buccale couverts pour tous	- Nettoyage - Détartrage - Application de fluorure - Scellement de puits et de fissures - Orthodontie
Clinique dentaire	Aucun service	Mêmes services qu'en milieu hospitalier	Mêmes services qu'en milieu hospitalier

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes à leur charge bénéficient de certains services (Tableau 5). Pour tous, peu importe l'âge, la situation et le lieu de résidence, les services suivants ne sont pas couverts et sont facturables : apectomie, blanchiment, facette, implant dentaire, orthodontie (par exemple, pose de « broches », expansion du palais, mainteneur d'espace), parodontie (par exemple, surfaçage de racines, greffe de gencives, chirurgie parodontale), refixation de couronnes autres que préfabriquées et scellement de puits et de fissures (11).

Tableau 5 : Services couverts pour les prestataires d'un programme d'aide financière

Prestataire depuis moins de 12 mois consécutifs	Prestataire depuis 12 mois consécutifs et plus	Prestataire depuis 24 mois consécutifs et plus
- Examen - Alvéolite - Contrôle d'une hémorragie - Drainage d'un abcès - Extraction de dents et de racines - Immobilisation d'une dent - Ouverture de la chambre pulpaire - Réduction d'une fracture alvéolaire - Réimplantation d'une dent complètement exfoliée - Réparation d'une déchirure des tissus mous	- Examen annuel et examen d'urgence - Radiographie - Anesthésie locale ou générale - Détartrage, à partir de 16 ans - Obturation - Extraction de dents et de racines - Endodontie - Couronne préfabriquée - Services de chirurgie buccale couverts pour tous • Enfants à charge - Application de fluorure de 12 à 15 ans - Nettoyage et enseignement des mesures d'hygiène, à partir de 12 ans - Détartrage, à partir de 16 ans - Traitement de canal et apexification sur une dent permanente, avant 13 ans	- Services couverts depuis le début de vos prestations - Confection d'une prothèse - Remplacement des prothèses perdues ou brisées couvert à 50 % - Remplacement des prothèses à la suite d'une chirurgie buccale - Réparation de prothèses - Ajout d'une structure à une prothèse partielle existante

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)?

En 2001, les assurances privées couvraient 36 % des soins buccodentaires, alors que le régime public ne prenait en charge que 7 % des coûts de services reçus par les prestataires de la sécurité du revenu et 14 % des coûts de services reçus par les enfants âgés de moins de 10 ans (30). Selon les données d'un sondage de l'Ordre des Dentistes du Québec (ODQ) réalisé en 2006, 48% des patients avaient une assurance privée, 23% bénéficiaient d'une assurance publique, et 29 % n'avaient pas d'assurance (33). Cependant, il faut considérer que ces proportions ne reflètent que les personnes ayant consulté des dentistes, et que la propension à consulter est liée au fait d'avoir ou non une assurance. Par ailleurs, il existe une association positive entre le revenu et la couverture assurantielle. En effet, selon les données de l'ECMS de 2007 à 2009, 78,2 % des individus ayant un revenu au-delà de 84 000 \$ par an détiennent une assurance privée contre 32 % des personnes dont le revenu est en dessous de 23 000 \$ par an (17). En 2018, chez les personnes hébergées en CHSLD, seules 5 % d'entre elles bénéficient d'une assurance dentaire privée. Ainsi, non seulement le

taux de couverture est faible chez les aînés, mais il l'est particulièrement chez les populations vulnérables (36,37). Il faut cependant noter que les personnes âgées en CHSLD bénéficient d'une assurance dentaire publique.

Ces différentes études montrent l'évolution des différents programmes de couverture et la faible proportion que représentent les services dentaires financés par l'État par rapport aux autres sources de financement. On constate également qu'une partie de la population n'a pas d'assurance pour les soins buccodentaires et qu'une partie de la population retarde ou évite les soins buccodentaires en raison des coûts. Ce constat soulève des questions quant à la nécessité d'élargir les différents programmes publics existants aux groupes vulnérables.

1.3 Accès aux soins buccodentaires et portrait des visites en milieu hospitalier/médical pour les soins buccodentaires

Plusieurs études ont souligné les disparités dans l'utilisation des soins buccodentaires selon le statut socioéconomique (6,10,12,19,38–40). Le revenu et l'éducation sont les facteurs ayant le plus important pouvoir prédictif sur l'utilisation des services dentaires au Canada, comme au Québec (40). Des inégalités existent en matière d'accessibilité aux soins buccodentaires. Les personnes en situation de pauvreté, les enfants, les jeunes adultes et les travailleurs qui n'ont pas accès à une assurance dentaire, les personnes âgées, les personnes vivant avec des déficiences intellectuelles ou physiques ainsi que les populations des régions rurales sont les groupes pour qui l'accès aux soins buccodentaires est limité et difficile (40). Cependant, certains services en milieu hospitalier et médical sont couverts par la RAMQ d'où son utilisation par des personnes qui ne bénéficient d'aucune couverture (18). Certaines recherches ont exploré les motifs et les tendances de consultations en soins buccodentaires en milieu hospitalier ou médical, ainsi que le profil des individus utilisant ces milieux de soins.

Une analyse des données de l'ECMS 2007-2009 rapporte que le revenu d'une personne est fortement associé aux visites chez le dentiste et aux résultats en matière de santé buccodentaire (17). Les inégalités liées au revenu en matière de santé buccodentaire existent pour tous les âges et tous les sexes et couvrent toute la durée de vie. Les personnes âgées de 20 à 64 ans connaissent les inégalités les plus importantes (41).

L'accessibilité à un dentiste n'est pas seulement reliée à la couverture assurantielle. Un autre facteur important est la disponibilité géographique des dentistes et la répartition des professionnels buccodentaires sur le territoire, par rapport à la population. L'enjeu de l'accessibilité géographique aux soins buccodentaires avait déjà été soulevé, notamment le manque d'effectifs à l'échelle provinciale (Québec) et les disparités interrégionales (42). En 1941, le Québec comptait un dentiste pour 3 571 personnes, chiffre qui a légèrement augmenté pour atteindre 3 687 en 1971. Depuis les années 1970, on observe des disparités marquées dans la répartition des dentistes, avec une tendance à une concentration accrue dans les zones urbaines. L'indice de densité relative de peuplement dentaire, qui mesure les écarts dans la distribution régionale des effectifs des dentistes, révèle une concentration significative dans la région de Montréal. Le Québec a connu une augmentation marquée du nombre de dentistes, passant de 1 661 en 1971 à 2 468 en 1981 (34). Toutefois, cette croissance n'a pas profité de manière égale à toutes les régions. En particulier, les zones urbaines ont vu un développement plus important en termes de professionnels dentaires, tandis que d'autres régions ont bénéficié d'une augmentation moindre, creusant ainsi l'écart entre les milieux urbains et les autres zones de la province (43). En effet, en 2009-2010, environ 90 % de dentistes généralistes pratiquaient en région urbaine, et seuls cinq spécialistes dentaires travaillaient en milieu rural sur un total de 447 au Québec. En comparaison, dans l'ensemble du Canada, le ratio dentiste/population était de 3,5 fois inférieur en milieu rural qu'en zone urbaine en 2009 (44). La faible densité de dentistes dans les zones rurales oblige les résidents à parcourir de longues distances pour obtenir des soins buccodentaires. Pour la plupart des habitants de ces régions, les problèmes de transport représentent le principal obstacle à l'accessibilité des services buccodentaires, en raison du manque de transport en commun et des trajets importants nécessaires pour se rendre dans les cliniques dentaires.

De plus, les populations vivant en milieu rural font face à de nombreux autres problèmes, tels que le choix restreint de dentistes traitants, le manque de dentistes spécialistes, l'acceptabilité (réticence des dentistes à accepter de nouveaux patients ou des prestataires de l'aide sociale), la barrière linguistique, le manque d'information sur la santé buccodentaire et les longs délais d'attente pour les visites dentaires nécessaires (38,44).

Ces données corroborent les observations antérieures d'autres chercheurs sur l'accès aux soins buccodentaires chez les Canadiens à revenu moyen de 1979 à 2009. La recherche conclut que les principaux obstacles à cet accès sont liés aux coûts. En 2009, les Canadiens à revenu moyen avaient les niveaux de couverture d'assurance dentaire les plus faibles (48,7 %) par rapport aux autres groupes de revenu. À cela s'ajoute la moindre disponibilité de l'assurance dentaire liée à l'emploi, car les entreprises canadiennes ont commencé à modifier la nature de l'emploi en augmentant les postes à temps partiel et temporaires, limitant ainsi la croissance de la syndicalisation (19,45). Ce manque d'accès aux services buccodentaires peut se traduire par des retards dans l'obtention de soins buccodentaires appropriés, des besoins non satisfaits, une incapacité à obtenir des services préventifs, ainsi que des hospitalisations qui auraient pu être évitées (45).

Donabedian définit l'accès aux services comme une caractéristique des systèmes de santé qui affecte l'utilisation de ces services, selon que l'accès est favorisé ou entravé (46). Les services de santé ne sont donc accessibles que si leurs attributs spécifiques (répartition géographique, organisation, coût, acceptabilité, etc.) permettent aux personnes d'en bénéficier (46).

D'autres chercheurs ont conceptualisé l'accès aux soins buccodentaires comme étant principalement limité par la capacité de payer ou le fait de détenir ou non une assurance dentaire, et celle-ci est lié au statut socio-économique (43). L'accès est un concept multidimensionnel qui peut être défini avec les dimensions de coût, d'accessibilité, de disponibilité, d'accommodement et d'acceptabilité (47).

Les divers modèles conceptuels de l'accès aux soins buccodentaires suggèrent que ce dernier est limité par des barrières liées à la situation financière, à la condition cognitive, à la forme physique et à la mobilité (47).

L'accès aux soins de santé est influencé par une multitude de facteurs individuels et structurels (48). Afin d'éviter les coûts directs, les groupes marginalisés socialement se tournent vers des prestataires médicaux non seulement pour des soins buccodentaires, mais aussi pour d'autres types de soins.

En Ontario, quelques études ont examiné les tendances des visites en cabinet médical, au service des urgences et à l'hôpital pour des affections buccodentaires et les motifs particuliers de consultation. Les auteurs ont par la suite exploré les prédicteurs sociodémographiques et géographiques de ces visites sur les périodes 2001-2011, 2006-2014 et 2001-2015 (7,20,49). Une analyse rétrospective de données secondaires avait été menée en considérant les codes de diagnostic 521 à 529 de santé buccodentaire du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) de 2001 à 2011. Il en ressort que 208 375 visites par année ont été effectuées chez des médecins avec une moyenne de 1 298 pour 100 000 visites de patients par an pour ces diagnostics, dont 1 381 pour 100 000 pour les femmes et 1 215 pour 100 000 pour les hommes. Les diagnostics liés à la santé buccodentaire posés par les médecins ont été principalement posés pour six catégories de la Classification internationale des maladies, version 9 (CIM-9) et, sur ces six catégories, trois d'entre elles (521, 525 et 528) représentaient les trois quarts des visites. Ces trois catégories étaient réparties comme suit : autres maladies des dents et des structures de soutien (33,3 %), maladie des tissus durs (23,6 %) et maladies des parties molles de bouche à l'exclusion des lésions spécifiques de la gencive et la langue (18,10 %) (7). Les résultats diffèrent également selon la catégorie d'âge et le type de maladies buccodentaires. Pour les groupes d'âge 0-19 ans et 20-64 ans, une grande proportion de visites avait été faite pour une lésion des tissus mous et, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, les visites pour les maladies des glandes salivaires étaient plus fréquentes de 2001 à 2011 (7).

Une étude examinant les données de 2006 à 2014 en Ontario avait indiqué que 44 848 personnes, dont 24 106 hommes et 20 742 femmes, avaient effectué, en moyenne, 53 618 visites chaque année au service des urgences pour des affections dentaires non traumatiques, soit 341 pour 100 000 personnes. Ces visites concernaient principalement de jeunes enfants (0-5ans), des personnes vivant dans les quartiers à faible revenu et à forte concentration d'immigrants et les personnes vivant en zones rurales (7,20). Toutes les affections buccodentaires (liées aux tissus mous de la cavité buccale) pouvant être traitées par des médecins et d'autres professionnels de la santé ont été exclues et la norme de classification CIM-10 a été prise en compte (20).

De 2001 à 2015, en Ontario, 983 830 visites avaient été effectuées chez le médecin, 671 849 au service des urgences et 108 563 à l'hôpital pour des affections dentaires non traumatiques liées aux tissus durs de la bouche (49). Dans tous les cas, on a constaté une forte proportion d'hommes et d'enfants de 0 à 6 ans et le taux moyen le plus élevé de visites annuelles a été enregistré dans les zones rurales (49).

Par ailleurs, l'utilisation des services médicaux pour des soins buccodentaires ne se limite pas à des consultations médicales en cabinet ou au service des urgences, elle inclut également des hospitalisations. En effet, en 2006-2007, sur les 12 millions d'Ontariens, environ 26 000 d'entre eux ont eu recours aux services hospitaliers de soins de courte durée pour certains problèmes dentaires évitables (50). Les affections dentaires pouvant être évitées grâce à l'accès à des soins buccodentaires appropriés et pour lesquelles les personnes bénéficiant d'une assurance dentaire chercheraient normalement à se faire soigner par un professionnel des soins buccodentaires sont : la carie dentaire, la gingivite, les maladies de la pulpe et des tissus périapicaux, les abcès dentaires et les infections systémiques graves liées à une mauvaise santé dentaire (CIM-10). Parmi les 25 414 personnes qui se sont présentées au service des urgences pour des soins dentaires en Ontario, c'est-à-dire environ 0,2 % de la population provinciale, la grande majorité (91 %) étaient des adultes issus des deux quintiles de revenu les plus faibles (20). Cette statistique souligne la concentration du recours aux services d'urgence dentaires chez les populations à faible revenu. Environ 75 % des visites au service des urgences n'étaient pas urgentes et 3,7 % des personnes qui se sont présentées au service des urgences ont dû être hospitalisées. Parmi celles-ci, la majorité (77 %) était également des adultes, mais leur profil d'âge et de revenu était plus également réparti (50). En Ontario, le nombre de visites au service des urgences pour des problèmes de santé buccodentaire s'élevait à près de 61 000 pour toute la province de l'Ontario. Ces visites étaient liées aux maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des mâchoires, et les plaintes les plus fréquentes concernaient les abcès et le mal de dents (51).

Des études similaires ont également été effectuées dans d'autres provinces, comme l'Alberta. De 2011 à 2017, un total de 71 118 visites au service des urgences pour des problèmes dentaires non associés à un traumatisme (identifiés avec la CIM-10) a été dénombré, soit une moyenne de 10 159 visites par année. Le diagnostic primaire le plus répandu dans le service

des urgences concernait les maladies de la pulpe et des tissus périapicaux, suivi des troubles des dents et des structures de soutien. Les enfants âgés de 1 à 4 ans représentaient le groupe d'âge des deux sexes avec le plus grand nombre de visites au service des urgences, avec 22,1 % du nombre total de visites. Le nombre de visites au service des urgences pour les hommes de 21 ans ou moins (22 384) était supérieur au nombre total de visites au service des urgences pour les femmes de tous les groupes d'âge (21 099). Le diagnostic le plus répandu, une plaie ouverte de la lèvre et de la cavité buccale, représente 57,6 % du nombre total de visites au cours de la période étudiée (52).

Durant la période de 2004 à 2013 à Montréal, des tendances similaires ont été observées concernant les visites au service des urgences pédiatriques pour des problèmes dentaires chez les enfants. Sur cette période, 10 905 consultations pédiatriques d'urgence ont été enregistrées. Parmi ces enfants, 54,7 % étaient des garçons, et la plupart étaient âgés de moins de 6 ans. La principale raison de consultation était la carie dentaire (42,6 %), suivie des traumatismes dentaires (32,9 %), des troubles de l'éruption (11,7 %), des urgences orthodontiques (4,4 %) et des maladies des tissus mous (3,6 %). Les enfants bénéficiant d'une assurance publique ont consulté plus de trois fois plus que ceux sans assurance ou avec une assurance privée. Les enfants provenant de milieux moins aisés ont souvent un accès limité aux soins buccodentaires et présentent fréquemment davantage d'affections dentaires non prises en charge (27).

Les données démontrent plusieurs tendances significatives : l'utilisation récurrente de ces services, majoritairement pour des cas non urgents, est plus fréquente chez les populations à faible revenu. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation, dont le coût élevé des services en dentisterie privée, les restrictions associées aux couvertures dentaires offertes par les employeurs, la densité et la répartition des professionnels de santé buccodentaire, ainsi que l'absence de programmes publics adaptés. Ces éléments expliquent en partie pourquoi de nombreuses personnes optent pour le service des urgences, les cliniques médicales ou les pharmacies en cas de problème dentaire (53).

1.4 Coûts et fardeau des maladies buccodentaires

1.4.1 Coûts des maladies buccodentaires

Le coût est un facteur important dans la décision de se faire soigner, particulièrement pour les soins buccodentaires (43), et ce, depuis plusieurs décennies. À titre illustratif, environ six millions de Canadiens évitent de consulter un dentiste chaque année en raison du coût (36). En 2013, 21 % des Canadiens ont déclaré s'être privés de soins buccodentaires pour des motifs économiques, et cette proportion est passée à 29 % en 2016. En 2018, le nombre de personnes n'ayant pas consulté un dentiste, quelle qu'en soit la raison, a été estimé à 6,8 millions (1,36).

On remarque donc une hausse du nombre de personnes qui ne consultent pas un dentiste. Les femmes (24,1 %) et les personnes âgées de 18 à 34 ans (28,3 %) étaient plus susceptibles de déclarer le coût comme un obstacle à leur recours aux soins buccodentaires. Les personnes qui éprouvent le plus de difficultés à accéder aux soins buccodentaires sont aussi celles qui éprouvent le plus lourd fardeau de maladies dentaires, c'est-à-dire les enfants, les adultes à faible revenu, les personnes âgées, les communautés autochtones, les réfugiés, les personnes handicapées et les personnes vivant dans les zones rurales (13). De plus, les personnes possédant une assurance (13,7 %) étaient moins susceptibles d'éviter de voir un professionnel des soins buccodentaires en raison du coût (1,13,36).

Au Québec, entre 2010-2016, 27 % des adultes n'ont pas reçu de soins buccodentaires ou d'examen dentaires au cours des 12 derniers mois en raison du coût (36). En 2016, les ménages ont dépensé en moyenne 469 \$ en soins buccodentaires, ce qui représente 88,7 % des dépenses totales associées à la santé buccodentaire, soit une hausse de 16 % depuis 2010. Trois ans plus tard, ses dépenses s'établissaient à 416 \$ en moyenne, soit 14,1 % de plus qu'en 2010, contre 390 \$ en Ontario, soit une hausse de 8,9 % (36). Les dépenses liées aux primes des régimes privés d'assurance dentaire représentent une dépense moyenne de 60 \$ par an pour les ménages québécois, en hausse de 50 % depuis 2010 (36). Si on ajoute une estimation des montants liés aux primes des régimes privés d'assurance dentaire pour 2019, on peut supposer que les ménages québécois dépensent en moyenne 510 \$ annuellement en

santé dentaire, soit une hausse de 17 % en 10 ans. Cette moyenne fait à nouveau du Québec la province où les ménages dépensent le plus en soins buccodentaires au Canada (53).

On remarque aussi que les inégalités sociales se répercutent dans le domaine de la santé buccodentaire. Ainsi, on trouve deux fois plus de caries chez les enfants des ménages gagnant moins de 30 000 \$ que chez les enfants des ménages gagnant plus de 50 000 \$ (18). Aussi, 24 % des personnes de 35 à 44 ans gagnant moins de 15 000 \$ sont édentées, contre 6 % pour les personnes du même âge gagnant plus de 70 000\$ (36,54). L'augmentation des coûts liés aux soins buccodentaires ainsi que la part importante de la population non couverte par des assurances ne pourront qu'entraîner une augmentation de ces écarts à l'avenir.

En Ontario, entre 2006-2007, les 25 414 patients ayant visité un service des urgences ont eu 27 510 épisodes de soins, ce qui représente un coût moyen par réclamation de 134 \$ par visite et la majorité des coûts ont été déboursés le jour de la visite au service des urgences, soit un coût total de 16,4 millions de dollars. Quant aux 933 patients hospitalisés, ils ont totalisé 964 admissions pour un coût moyen de 7 367 \$ par admission (50). En 2015, le coût estimé des visites au service des urgences était d'au moins 31 millions de dollars équivalant à un minimum de 513 \$ par visite. Par ailleurs, les résultats concernant les visites dans les cabinets médicaux montrent qu'il y a eu 222 000 visites pour des problèmes dentaires avec un coût minimum de 33,70 \$ par visite, selon le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP), soit un coût global de 7,5 millions de dollars. Par ailleurs, les plaintes les plus courantes étaient les abcès et les douleurs dentaires (1).

Une structure identique du coût des visites au service des urgences pour des affections buccodentaires non traumatiques a également été obtenue en Colombie-Britannique (C.-B.) entre 2013-2014. Les visites au service des urgences pour des affections dentaires non traumatiques avaient un coût estimé de 1,53 million de dollars pour les contribuables de la C.-B. en 2013-2014, soit environ 1 % du coût total (154 801 972 \$) de toutes les visites au service des urgences signalées dans 29 des 74 établissements de cette province (55). Ces coûts ne sont que les coûts directs et sont estimés à 124 \$ par visite selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, le coût grimpe à 7 367 \$ par patient. D'après l'ECMS, 96 % des adultes canadiens âgés de 20 à 79 ans présentent au moins une dent cariée nécessitant un traitement, dont la valeur est estimée à

231 dollars par dent (19). Ces coûts cumulés pourraient représenter environ 2,85 millions de dollars, principalement dépensés en visites d'urgence où les soins buccodentaires appropriés ne sont souvent pas réalisés (56).

En général, on constate une tendance à la hausse des visites chez les professionnels de santé autres que des dentistes, en particulier dans les zones rurales, liées à certains types de maladies buccodentaires et pour les personnes défavorisées. Ce constat reflète l'utilisation inefficace du système de santé et sans doute une utilisation inefficace des ressources en santé due aux lacunes observées dans l'accès aux soins buccodentaires. En somme, les soins buccodentaires coûtent de plus en plus cher, ce qui implique qu'un nombre grandissant de personnes s'en privent. Une telle tendance n'est pas sans impact en matière de santé publique.

1.4.2 Fardeau des maladies buccodentaires

Le manque d'accès adéquat et abordable à des soins buccodentaires entraîne une utilisation inefficace des ressources en santé. Dans l'ensemble des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), le traitement des maladies buccodentaires représente en moyenne 5 % des dépenses totales consacrées à la santé (57). Les coûts directs des traitements liés aux maladies buccodentaires ont été estimés à 298 milliards de dollars américains par année, ce qui représente en moyenne 4,6 % des dépenses mondiales en santé. Les coûts indirects annuels liés aux maladies buccodentaires à l'échelle mondiale ont totalisé quant à eux 144 milliards de dollars américains, ce qui équivaut aux pertes économiques associées aux dix principales causes de décès à l'échelle mondiale. En 2010, les répercussions économiques des maladies buccodentaires dans le monde se sont chiffrées à 442 milliards de dollars américains (9).

L'amélioration globale de la santé buccodentaire pourrait donc se traduire par des avantages économiques substantiels, non seulement grâce à la réduction des coûts de traitement, mais aussi à la diminution des pertes de productivité sur le marché du travail (58). Les pertes annuelles de productivité attribuables aux maladies buccodentaires s'élèveraient, au Canada seulement, à plus d'un milliard de dollars (59). On estime que les maladies dentaires sont la cause de 2,26 millions de jours d'absentéisme à l'école chaque année au Canada (17) et que la carie dentaire est responsable du tiers de toutes les chirurgies d'un jour pratiquées chez des

enfants âgés de 1 à 5 ans (24). Le pourcentage de Canadiens n'ayant pas pu vaquer à leurs activités normales à cause de problèmes dentaires est de 39,1 % en 2016 et on estime que les adultes perdent chaque année 4,15 millions de jours de travail pour consulter un dentiste ou prendre un jour de congé de maladie à cause d'un problème buccodentaire (9). Dans l'ensemble, les Canadiens perdent en moyenne 3,54 heures par année et par personne à cause des maladies buccodentaires, y compris pour obtenir un traitement auprès d'un professionnel (9).

Entre 2013-2014, 838,5 heures en moyenne ont été perdues dans chaque service des urgences de Colombie-Britannique, soit l'équivalent d'une année de travail pour un médecin urgentiste. Ce temps aurait pu être utilisé pour traiter d'autres problèmes de santé plus graves et potentiellement mortels chez d'autres patients (56).

En 2014, au Québec, où vivait 23,1 % de la population canadienne, les maladies dentaires étaient responsables de 62 100 journées d'absences au travail. En considérant que la rémunération moyenne des travailleurs québécois était de 856,75 \$ par semaine, soit 24,48 \$ l'heure (13), cet absentéisme représente un fardeau économique de 12 161 664 \$ (34). En 2015, au Québec, les chiffres disponibles permettaient d'estimer les dépenses dentaires à trois milliards de dollars, répartis comme suit : 2,8 milliards de dollars pour des dépenses en cabinet dentaire, 185 millions de dollars pour des dépenses de la RAMQ et 15 millions de dollars pour des dépenses en santé dentaire publique (34). L'Enquête du Commonwealth Fund de 2013 révélait que 57 % des répondants avaient visité un cabinet dentaire au cours des 12 mois précédents, ce qui signifie que 43 % ne l'avaient pas fait, que ce soit par choix ou par contrainte financière (60). Sur le plan individuel, le coût moyen de l'utilisation des soins buccodentaires par Québécois était estimé à 640 \$ en 2015, dont 40 \$ défrayés par l'État et 600 \$ par les individus et les assurances privées. Les dépenses en soins buccodentaires représentaient près de 15 % des dépenses des ménages en santé (34).

Enfin, dans l'estimation des coûts sociaux, mentionnons les coûts des soins fournis par le système public pour les maladies causées ou reliées aux maladies buccodentaires, en plus des répercussions non quantifiables, mais réelles, comme la malnutrition, la fatigue, l'absentéisme et la perte d'estime de soi (61).

Les données de plusieurs provinces canadiennes montrent une utilisation et des coûts substantiels des services médicaux et hospitaliers pour des problèmes de santé buccodentaire. Cependant, il existe peu de données pour le Québec, ce à quoi la présente étude vise à remédier, notamment en examinant la répartition de l'offre de soins dentaires, ainsi que l'utilisation et les coûts, et ce sur la période de 2010 à 2020, afin de pouvoir déceler des tendances.

2. Méthodologie

2.1 Conception de l'étude

Cette étude utilise un devis quantitatif avec des analyses de données longitudinales de diverses sources.

2.2 Source des données

Cette recherche repose sur une exploration minutieuse et diversifiée de données fiables, ciblant spécifiquement les soins buccodentaires dispensés dans les cabinets médicaux et les hôpitaux. Voici un aperçu des sources de données utilisées :

- i. Ministère de la Santé et des Services sociaux,
- ii. Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) pour les années 2010 à 2021.

Les données obtenues sur les variables sont agrégées et concernent le nombre de visites en clinique externe, en cabinet médical, au service des urgences, et dans d'autres établissements de santé pour des problèmes buccodentaires, et elles sont réparties par région sociosanitaire. De plus, un croisement des données par région sociosanitaire et par groupe d'âge a permis de détailler ces visites selon l'âge.

- iii. Ordre des dentistes du Québec pour les données sur le nombre de dentistes exerçant dans chaque région sociosanitaire pour chaque année où l'information était disponible soit de 2018 à 2022.
- iv. Institut de la statistique du Québec (ISQ) et Statistique Canada : ces données, couvrent la période de 2010 à 2020 et comprennent plusieurs informations individuelles, telles que l'âge, le sexe, l'année de service, le nombre de visites, le montant payé, la région sociosanitaire de résidence, l'indice de défavorisation matérielle et sociale, qui permettent de caractériser à la fois l'utilisation des soins buccodentaires et le profil socioéconomique des individus.

2.3 Variables

Les variables utilisées dans cette étude sont adaptées à l'analyse de l'utilisation des services buccodentaires, que ce soit en cabinet médical ou en milieu hospitalier. Elles incluent des indicateurs d'utilisation des services, ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et géographiques.

Variable dépendante

L'utilisation des services buccodentaires est mesurée à l'aide d'une variable binaire, qui indique si un individu a eu au moins une consultation buccodentaire durant la période étudiée (1 = oui; 0 = non). Cette variable est définie séparément pour les soins reçus en cabinet (**utilisation_dentaire**) et pour les soins reçus en milieu hospitalier (**urgence_dentaire**).

Variables explicatives

Les variables explicatives communes aux deux milieux de soins sont les suivantes :

- **Groupe d'âge (age_group)** : l'âge, une variable continue exprimée en années, a été transformé en variable catégorielle définie en quatre groupes, à savoir les enfants de 0 à 9 ans, les adolescents de 10 à 18 ans, les adultes de 19 à 64 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette classification s'appuie sur des considérations à la fois cliniques et de politiques de santé, notamment en ce qui concerne la couverture publique des soins buccodentaires, qui varie selon les groupes d'âge.
- **Sexe** : variable binaire dans la base où la modalité 0 correspond aux hommes et 1 aux femmes. Cette variable permet d'analyser les différences potentielles dans le recours aux soins buccodentaires selon le genre.
- **Quintile de défavorisation matérielle (quintmat)** : variable catégorielle à 5 niveaux représentant le **quintile de défavorisation matérielle** du territoire de résidence, basé sur des indicateurs, tels que le revenu, le niveau de scolarité et le taux de chômage. Les quintiles vont de 1 (le moins défavorisé) à 5 (le plus défavorisé).
- **Quintile de défavorisation sociale (quintsoc)** : variable catégorielle à 5 niveaux représentant le **quintile de défavorisation sociale** du territoire de résidence, construit

à partir d'indicateurs, tels que la proportion de personnes vivant seules, de familles monoparentales et de personnes séparées, divorcées ou veuves. Les quintiles vont de 1 (le moins défavorisé) à 5 (le plus défavorisé).

- **Région** sociosanitaire (rss_etab) : désigne la région administrative du réseau de la santé au Québec à laquelle est rattaché l'établissement dans lequel une personne a reçu des services, ou est enregistrée. Il s'agit d'une **variable catégorielle** comportant **18 modalités** correspondant aux **18 régions sociosanitaires** du Québec.
- **Année** d'observation (année) : l'année d'observation correspond à une variable numérique couvrant la période de 2010 à 2020. Elle permet de suivre l'évolution des tendances annuelles en matière de recours aux soins buccodentaires, tant en milieu médical qu'en cabinet dentaire.

Autres variables dépendantes

Nombre de visites

Le nombre de visites a été calculé en comptabilisant le nombre de fois où un individu a utilisé les services en cabinet médical ou en milieu hospitalier (urgences) sur la période d'observation. Cette variable reflète l'intensité d'utilisation des services de soins buccodentaires.

Montant total payé - Cabinet médical

Le montant total payé en cabinet médical provient des bases de données de la RAMQ. Il a été obtenu en multipliant le montant payé par visite par le nombre total de visites pour des soins buccodentaires en cabinet. Cette mesure reflète uniquement les dépenses publiques couvertes par la RAMQ. Les paiements privés, qu'il s'agisse d'assurances ou de frais directement assumés par les patients, ne sont pas inclus dans cette estimation.

Montant total payé au service des urgences

Le niveau d'intensité relative des ressources utilisées (NIRRU) est une mesure attribuée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans le cas des urgences, le montant total a été estimé à l'aide d'un tarif standard fondé sur le NIRRU, fixé à 355,60 dollars par visite. Le montant total payé correspond donc au produit du nombre de visites par ce tarif de

référence. Il est à noter que le montant du NIRRU exclut les honoraires professionnels des médecins facturés à la RAMQ.

Ces variables ont été utilisées dans les analyses descriptives. Toutefois, elles n'ont pas été incluses en tant que variables dépendantes dans les modèles logistiques, qui visaient à estimer la probabilité de recours aux soins buccodentaires selon les caractéristiques individuelles.

2.4 Approche analytique

Nous avons effectué des analyses descriptives, des séries temporelles et des modélisations statistiques. La modélisation vise à explorer les facteurs associés à l'utilisation des soins buccodentaires (en cabinet médical et en milieu hospitalier) en fonction de diverses caractéristiques individuelles et contextuelles. L'objectif est de mesurer la probabilité d'avoir eu recours à ces services à partir d'un ensemble de variables explicatives, dont l'âge, l'année, le sexe, la région sociosanitaire (RSS), et les indices de défavorisation matérielle et sociale. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel **SAS**, version installée au Centre d'accès aux données de l'ISQ.

2.4.1 Analyse descriptive

L'analyse descriptive débute par la présentation des caractéristiques de la population à l'étude, incluant :

- La répartition des individus ayant eu recours aux soins buccodentaires selon la **région sociosanitaire**;
- La distribution du nombre de visites par individu et du montant total payé pour les services dentaires;
- La répartition des utilisateurs par groupe d'âge, sexe, quintile de défavorisation matérielle, et quintile de défavorisation sociale;
- Les tendances dans l'utilisation des services par année, pour la période de 2010 à 2020.

Les statistiques sont présentées sous forme de tableaux de fréquences, de moyennes, de médianes, d'écarts-types, ainsi que par des représentations graphiques (histogrammes, courbes de tendance), afin de faciliter l'interprétation des tendances.

2.4.2 Modélisation statistique

Modèle logistique – Spécification du modèle

Un modèle logistique sert à prédire la probabilité d'un événement en fonction de plusieurs variables explicatives. La formule générale du modèle logistique est la suivante :

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

Où :

- p est la probabilité de l'événement
- $\text{logit}(p)$ est le logarithme du rapport de cotes (*log-odds*), c'est-à-dire la transformation logistique de la probabilité
- β_0 est l'ordonnée à l'origine (ou constante)
- $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ sont les coefficients des variables explicatives $X_1, X_2, \dots, X_k$, respectivement.
- ε est l'erreur aléatoire (non spécifiée dans les modèles logistiques standard, mais représentée implicitement)

Interprétation des coefficients dans un modèle logistique

- a. Coefficients β : chaque coefficient dans le modèle logistique représente l'effet de la variable explicative correspondante sur le logarithme du rapport de cotes (*log-odds*) de l'événement.

Un coefficient positif ($\beta > 0$) indique que l'augmentation de la variable explicative augmente la probabilité de l'événement (utilisation des soins buccodentaires).

Un coefficient négatif ($\beta < 0$) indique que l'augmentation de la variable explicative diminue la probabilité de l'événement.

- b. Interprétation des rapports de cotes (*Odds Ratios -OR*) : on calcule les rapports de cotes de manière exponentielle à partir des coefficients ($OR = \exp(\beta)$).

$OR > 1$: l'augmentation de la variable explicative est associée à une augmentation de la probabilité de l'événement.

OR < 1 : l'augmentation de la variable explicative est associée à une diminution de la probabilité de l'événement.

Tests associés à ces modèles :

Pour évaluer la qualité et la validité du modèle logistique, plusieurs tests sont utilisés :

1. Test de Wald : permet de vérifier si les coefficients des variables sont significativement différents de zéro. Une faible valeur p (généralement < 0,05) indique que la variable a un effet significatif sur l'issue.
2. Test de Score : test global qui évalue si le modèle dans son ensemble est significatif.
3. Test Hosmer-Lemeshow : test d'adéquation qui mesure la qualité du modèle en comparant les probabilités prédites avec les observations réelles.
4. ASC (aire sous la courbe ROC) : évalue la capacité de discrimination du modèle entre les classes (utilisateur de soins buccodentaires contre non-utilisateur).

2.4.3 Justification du choix du modèle

Le choix d'un modèle de régression logistique s'explique par la nature binaire de la variable dépendante, qui indique si un individu a eu recours ou non aux soins buccodentaires en cabinet médical ou en milieu hospitalier pendant la période d'observation. Ce type de modèle est particulièrement adapté lorsque l'objectif est d'estimer la probabilité d'un événement (ici, l'utilisation des services médicaux et/ou hospitaliers pour des soins buccodentaires), en fonction de caractéristiques individuelles. Il permet d'évaluer l'association entre les variables explicatives (âge, sexe, statut socioéconomique, région sociosanitaire, année) et la probabilité de recours, tout en contrôlant les effets simultanés de ces facteurs.

2.4.4 Modèles théoriques

Le modèle pour l'utilisation des soins buccodentaires en cabinet médical suit une logique similaire :

$$\begin{aligned} \text{logit}(p(\text{utilisation_cabinet})) \\ = \beta_0 + \beta_1(\text{age_group}) + \beta_2(\text{sexe}) + \beta_3(\text{quintmat}) \\ + \beta_4(\text{quintsoc}) + \beta_5(\text{rss_etab}) + \beta_6(\text{quintsoc}) + \beta_6(\text{année}) \end{aligned}$$

Le modèle pour l'utilisation des soins buccodentaires d'urgence peut être exprimé comme suit, en prenant 2010 comme référence pour année et en utilisant $rss_etab = 03$ comme référence pour la variable rss_etab :

$$\begin{aligned} \text{logit}(p(\text{utilisation_urgence})) \\ = \beta_0 + \beta_1(\text{age_group}) + \beta_2(\text{sexe}) + \beta_3(\text{quintmat}) \\ + \beta_4(\text{quintsoc}) + \beta_5(rss_etab) + \beta_6(\text{année}) \end{aligned}$$

Où :

- **age_group** : variable catégorielle définie en quatre groupes (0-10 ans, 11-18 ans, 19-65 ans et 65 ans et plus), avec le groupe 65 ans et plus comme modalité de référence;
- **sexe** : variable binaire (1 = homme, 2 = femme), avec homme comme référence;
- **quintmat** et **quintsoc** : quintiles de défavorisation matérielle et sociale (Q1 à Q5), Q1 servant de catégorie de référence;
- **rss_etab** : région sociosanitaire de dispensation des soins, avec la région 03 (Capitale-Nationale) comme référence;
- **année** : année d'observation, codée de 2014 à 2020, avec l'année 2014 comme catégorie de référence.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques et tendances

3.1.1 Répartition des dentistes par région administrative

L'offre potentielle de services dentaires dans une région a été estimée à l'aide du ratio dentistes/population, également appelé densité de dentistes, calculé comme le nombre de dentistes inscrits pour 10 000 habitants (62). Le tableau 6 présente l'évolution de cet indicateur dans les différentes régions du Québec entre 2018 et 2022. À l'échelle provinciale, la densité moyenne était de 6,124 dentistes pour 10 000 habitants en 2018, puis est passée à

6,037 en 2022. Les données disponibles étaient basées sur les régions administratives (au nombre de 17) plutôt que sur les régions sociosanitaires (au nombre de 18 et définies par les MSSS). De plus, les données sont basées sur le nombre de dentistes inscrits sans distinguer les cliniciens actifs des membres ayant des fonctions non cliniques. Bien qu'une catégorisation par type d'exercice soit mentionnée, aucune exclusion n'est faite pour les dentistes dans des postes administratifs, académiques ou consultatifs. Toute personne détentrice d'un permis valide et membre en règle est donc comptabilisée, qu'elle exerce ou non en pratique clinique, ce qui peut biaiser les résultats.

L'examen du tableau 6 a permis de faire les observations et commentaires résumés en trois points : la variabilité régionale, les tendances temporelles et les écarts entre les régions.

La variabilité régionale : on peut observer une grande variabilité dans les ratios de dentistes entre les différentes régions administratives du Québec de 2018 à 2022. Par exemple, la Capitale-Nationale a systématiquement affiché des ratios plus élevés (7,64) que la moyenne (5,17), tandis que certaines régions comme la Gaspésie-Îles-de-la Madeleine ont des ratios nettement plus bas.

Les tendances temporelles : en regardant les données au fil des années, on peut noter de légères variations dans les ratios de dentistes. Par exemple, certaines régions ont vu leur ratio augmenter au fil du temps, tandis que d'autres ont connu des fluctuations. Il est à noter cependant que les ratios sont sensibles aux nombres absolus. Une faible augmentation absolue de dentistes dans une région peut affecter beaucoup le ratio si le nombre initial était également très faible et que l'augmentation relative (en pourcentage) est élevée. Ainsi, les ratios pour l'Estrie sont plus sensibles aux variations que Montréal. Par ailleurs, Montréal a régulièrement affiché des ratios élevés, suggérant une meilleure disponibilité de dentistes par rapport à d'autres régions.

Tableau 6. Ratio dentistes/population par région administrative, Québec, 2018-2022

	Ratio dentistes/population pour 10 000 habitants				
Région administrative	2018	2019	2020	2021	2022
Bas-Saint-Laurent	4,25	4,20	4,29	3,98	4,04
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4,9	4,67	4,80	4,78	4,56
Capitale-Nationale	7,71	7,61	7,72	7,66	7,5
Mauricie	4,78	4,82	4,74	4,83	4,8
Estrie	3,29	3,25	3,22	3,16	4,81
Montréal	8,95	8,83	8,9	8,92	8,9
Outaouais	4,81	4,81	5,03	4,99	5,01
Abitibi-Témiscamingue	3,52	3,65	3,58	3,30	3,23
Côte-Nord	ND	ND	ND	ND	ND
Nord-du-Québec	ND	ND	ND	ND	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2,86	3,09	3,19	3,26	3,13
Chaudière-Appalaches	4,24	4,38	4,38	4,42	4,36
Laval	5,92	5,59	5,85	5,82	5,57
Lanaudière	4,44	4,36	4,29	4,29	4,24
Laurentides	5,52	5,41	5,47	5,25	5,33
Montérégie	5,78	5,80	5,82	5,87	5,41
Centre-du-Québec	3,27	3,118	3,37	3,17	3,24
Total	6,124	6,071	6,125	6,07	6,037

ND : Non disponible. Les données sont basées sur des individus plutôt que des équivalents temps plein. Or, la Côte-Nord et le Nord-du-Québec ont trop peu de dentistes résidents et bénéficient plutôt de dentistes faisant du dépannage ce qui rend les ratios non représentatifs de la réalité.

Sources : Données de l'Institut de la statistique du Québec et des rapports annuels de l'Ordre des dentistes du Québec, 2018-2022.

La figure 1 met en évidence les variations de ratios de dentistes pour 10 000 habitants dans différentes régions du Québec au fil des années : 2018, 2019, 2020, 2021 et 2022. Elle suggère des différences d’accessibilité aux soins buccodentaires entre ces régions, ce qui peut permettre aux responsables de la santé publique et aux professionnels de la santé de mieux répartir les ressources et d’améliorer l’accès aux soins buccodentaires, s’il y a lieu.

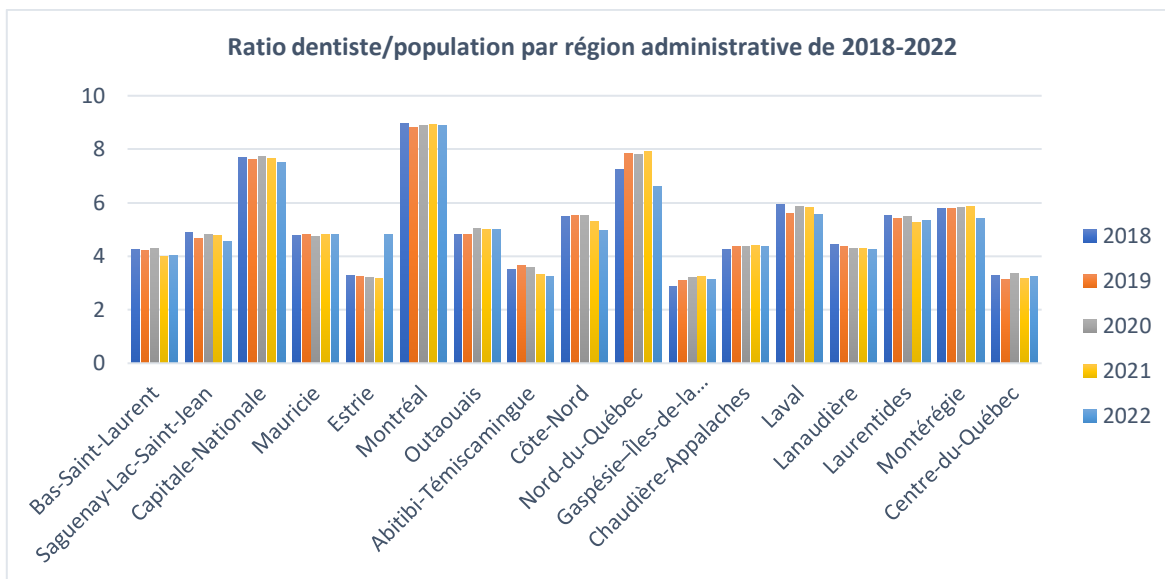


Figure 1. Comparaison des ratios dentiste/population de 2018 à 2022 par région administrative

En résumé, nous constatons une détérioration de l’offre de services dentaires due au fait que le nombre de dentistes augmentait moins rapidement que la population totale. Le tableau 6 nous a permis d’avoir une idée de la situation de l’offre de services dentaires au Québec grâce à un seul indice.

3.1.2 Indice de densité relative de peuplement dentaire pour chaque région administrative

L'analyse de la distribution régionale des effectifs de dentistes au Québec déterminés par l'indice de densité relative (Δ) a permis de voir les écarts importants entre les régions plus urbanisées et les autres. Il est le produit de la division de la part relative du nombre de dentistes qu'on retrouve dans une région par la part relative de population qu'on y retrouve.

On peut le calculer en utilisant la formule suivante : $\Delta = \frac{d/D}{p/P}$ où d : nombre de dentistes dans la région, D : nombre total de dentistes au Québec, p : population de la région et P : population du Québec. Un seuil inférieur à 1 indique qu'une région est défavorisée et un seuil supérieur à 1 qu'elle est favorisée. L'analyse du tableau 7 et de la figure 2 a permis de faire les observations suivantes :

➤ Régions défavorisées (indice inférieur à 1) :

Bas-Saint-Laurent : cette région a constamment été défavorisée au cours des cinq années, avec une légère baisse de l'indice en 2021 (0,65), puis une légère augmentation en 2022 (0,67).

Saguenay-Lac-Saint-Jean : l'indice a généralement diminué au fil des ans, passant de 0,82 en 2018 à 0,76 en 2022.

Mauricie : l'indice est resté relativement stable autour de 0,80, sauf en 2020 où il a légèrement chuté à 0,77.

Estrie : cette région a connu une baisse constante de l'indice jusqu'en 2021 (0,52). Cependant, il y a eu une augmentation significative en 2022, atteignant 0,80. Cette région est probablement plus sensible aux variations.

Outaouais : l'indice a légèrement augmenté au fil des ans, passant de 0,81 en 2018 à 0,83 en 2022.

Abitibi-Témiscamingue : l'indice a globalement diminué, passant de 0,59 en 2018 à 0,54 en 2022.

Côte-Nord : bien qu'elle soit défavorisée, cette région a vu son indice diminuer progressivement de 0,92 en 2018 à 0,82 en 2022. C'est par ailleurs une région qui bénéficie de dentistes faisant du dépannage, nuisant à la fiabilité de l'indice ici.

Gaspésie-Îles-de-la Madeleine : avec un des indices les plus faibles, cette région a connu une légère augmentation de 0,48 en 2018 à 0,52 en 2020 et 2022.

Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie et Centre-du-Québec : Ces régions ont maintenu des indices proches de 1, mais toujours inférieurs, indiquant une légère défavorisation.

➤ Régions favorisées (indice supérieur à 1) :

Capitale-Nationale : cette région a maintenu un indice stable au-dessus de 1, avec une légère diminution à 1,24 en 2022.

Montréal : c'est la région la plus favorisée, avec un indice supérieur à 1,45 chaque année. L'indice a légèrement augmenté pour passer de 1,45 en 2019-2020 à 1,48 en 2022.

Nord-du-Québec : bien que favorable, cette région a connu une diminution significative de l'indice en 2022, passant de 1,31 en 2021 à 1,09 en 2022.

Les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale sont systématiquement favorisées en termes de densité de dentistes par rapport à la population. L'Estrie a connu une augmentation surprenante de son indice en 2022, tandis que la région Nord-du-Québec a vécu une baisse significative la même année. La plupart des autres régions sont défavorisées, avec des indices inférieurs à 1, ce qui suggère une densité relative plus faible de dentistes par rapport à leur population.

Tableau 7: Indice de densité relative de peuplement dentaire par RSS, Québec, 2018-2022

Région sociosanitaire	Indice de densité relative				
	2018	2019	2020	2021	2022
Bas-Saint-Laurent	0,71	0,69	0,70	0,65	0,67
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0,82	0,77	0,78	0,79	0,76
Capitale-Nationale	1,22	1,25	1,26	1,26	1,24
Mauricie	0,80	0,80	0,77	0,80	0,80
Estrie	0,55	0,54	0,53	0,52	0,80
Montréal	1,50	1,45	1,45	1,47	1,48
Outaouais	0,81	0,79	0,82	0,82	0,83
Abitibi-Témiscamingue	0,59	0,60	0,58	0,54	0,54
Côte-Nord	0,92	0,91	0,90	0,87	0,82
Nord-du-Québec	1,21	1,29	1,27	1,31	1,09
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0,48	0,51	0,52	0,54	0,52
Chaudière-Appalaches	0,71	0,72	0,72	0,73	0,72
Laval	0,99	0,92	0,96	0,96	0,92
Lanaudière	0,74	0,72	0,70	0,71	0,70
Laurentides	0,93	0,89	0,89	0,87	0,88
Montréal	0,97	0,96	0,95	0,97	0,90
Centre-du-Québec	0,55	0,53	0,55	0,52	0,54

Source : Données de l'Institut de la statistique du Québec et des rapports annuels de l'Ordre des dentistes du Québec.

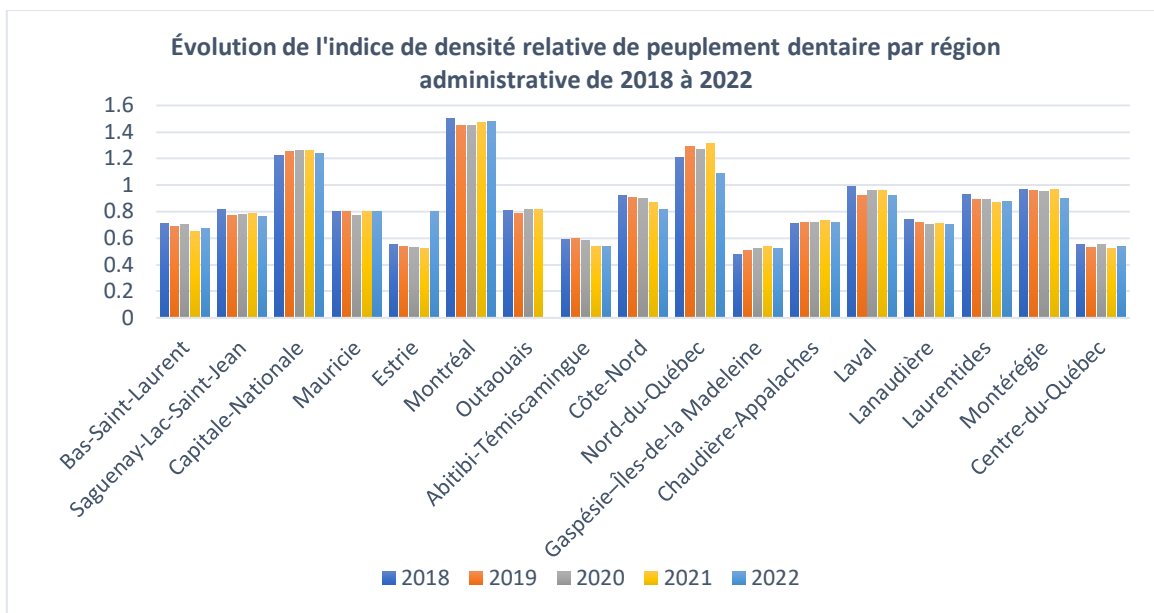


Figure 2. Évolution de l'indice de densité relative de peuplement dentaire de 2018 à 2022 par région administrative

3.2 Utilisation des cabinets médicaux et du service des urgences pour des soins buccodentaires

3.2.1 Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins dentaires en milieu médical

La figure 3 présente l'évolution du nombre de visites et des dépenses totales associées aux soins buccodentaires en cabinet médical au Québec entre 2010 et 2020. Il s'agit d'un graphique combiné à double axe vertical, où l'axe de gauche indique le nombre de visites et celui de droite les montants versés en dollars. L'axe horizontal couvre les années de 2010 à 2020. Sur l'ensemble de la période, le nombre annuel de visites varie d'une année à l'autre, avec des niveaux plus élevés au début des années 2010, suivis de fluctuations au cours des années subséquentes. Les dépenses totales évoluent également d'une année à l'autre et suivent globalement les variations observées dans le volume de visites. Une diminution du nombre de visites est observée en 2020, accompagnée d'une baisse correspondante des montants totaux versés cette année-là.

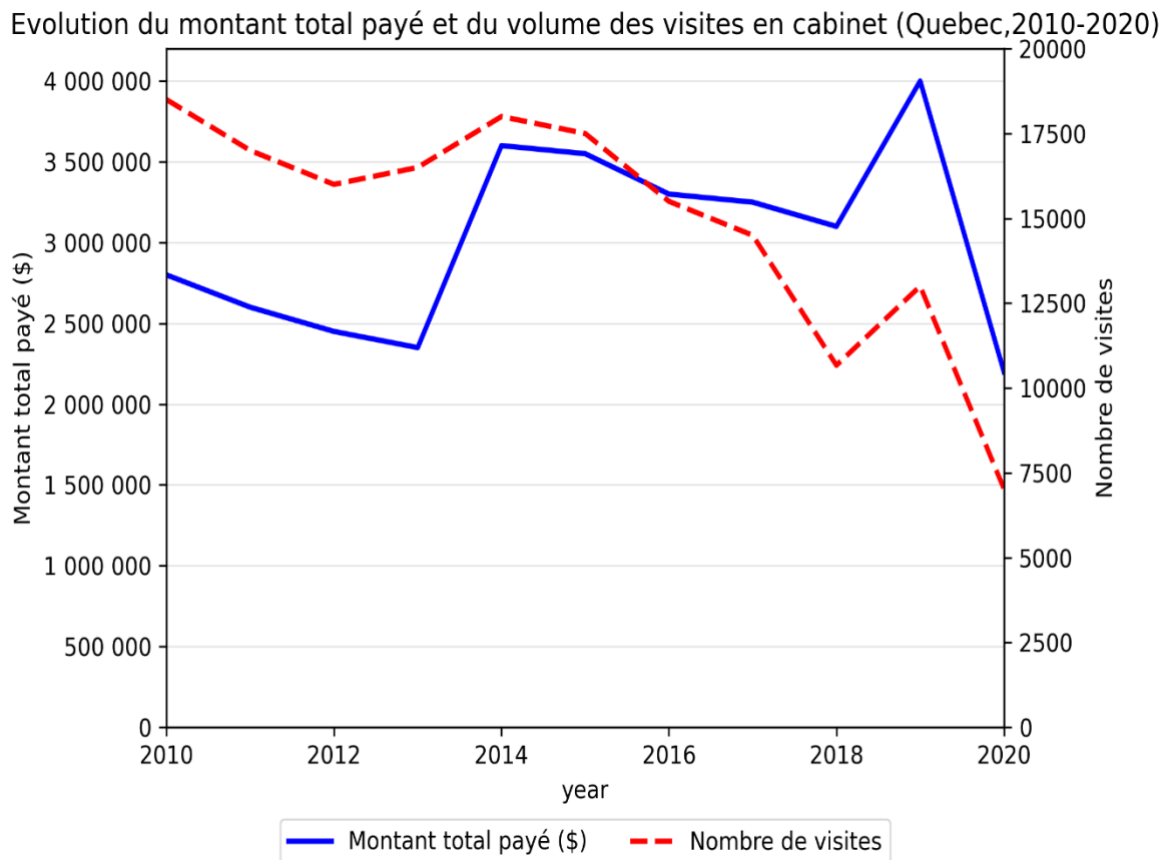


Figure 3. Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins dentaires en milieu médical, Québec, 2010-2020

Source : Base de données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)

3.2.2 Profil d'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires

Les tableaux 8a à 8f présentent les statistiques de base pour l'ensemble de la population ayant consulté en cabinet médical pour des soins buccodentaires entre 2010 et 2020. En moyenne, les individus ont eu 1,46 visite, avec un montant total individuel moyen de 286 \$. La médiane s'élève à 255,45 \$, et l'écart-type est de 217,50 \$, ce qui indique une variabilité importante des montants déboursés. Cette asymétrie de la distribution est probablement due à la présence de cas extrêmes, soit des individus ayant reçu des soins plus complexes ou répétés, entraînant des coûts nettement plus élevés que la moyenne.

Tableau 8a. Répartition par groupe d'âge

Groupe d'âge	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
0–9 ans	31 970	27,41
10–18 ans	33 580	28,80
19–64 ans	38 825	33,89
65 ans et +	12 250	10,50

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Tableau 8b. Répartition selon le sexe

Sexe	Pourcentage (%)
Féminin	47,94
Masculin	52,06

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Tableau 8c. Répartition par quintile de défavorisation sociale et matérielle

Défavorisation matérielle	Pourcentage (%)	Défavorisation sociale	Pourcentage (%)
Quintile inconnu	5,78	Inconnu	5,78
1 (moins défavorisé)	12,67	1	19,96
2	15,06	2	18,95
3	17,06	3	18,00
4	19,27	4	18,55
5 (plus défavorisé)	30,16	5	18,76

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Tableau 8d. Région du lieu de dispensation (RSS_ETAB)

Région sociosanitaire	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Inconnue	195	0,17
Bas-Saint-Laurent	2 995	2,57
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5 585	4,79
Capitale-Nationale	11 885	10,19
Mauricie–Centre-du-Québec	9 885	8,48
Estrie	5 960	5,11
Montréal	47 895	41,09
Outaouais	3 595	3,08
Abitibi-Témiscamingue	3 745	3,21
Côte-Nord	1 685	1,45
Nord-du-Québec	85	0,07
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 535	2,17
Chaudière-Appalaches	5 885	5,05
Laval	995	0,85
Lanaudière	2 935	2,52
Laurentides	1 655	1,42
Montréal	6 920	5,93
Nunavik	2 190	1,88
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,00

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Tableau 8e. Répartition annuelle

Année	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
2010	10 835	10,02
2011	10 470	9,69
2012	10 170	9,41
2013	10 495	9,71
2014	11 385	10,53
2015	11 195	10,35
2016	11 190	10,35
2017	11 090	10,26
2018	10 670	9,87
2019	12 095	11,19
2020	7 030	6,50

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Tableau 8f. Moyennes générales (N = 116 625 individus)

Variable	Moyenne	Médiane	Écart-type	Min
Nombre de visites	1,46	1,00	0,84	1
Montant total payé (\$)	286,01	255,45	217,50	1,67

Source : Base de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

3.2.3 Évolution annuelle du montant moyen payé selon les caractéristiques sociodémographiques

Les tableaux 9a et 9b présentent l'évolution du montant moyen payé pour des soins buccodentaires en cabinet médical au Québec entre 2010 et 2020, selon différentes caractéristiques sociodémographiques.

Sur la période 2010–2020, le nombre d'individus ayant reçu des soins buccodentaires en cabinet médical présente des variations annuelles, tandis que le nombre moyen de visites par personne diminue progressivement, passant de 1,85 en 2010 à 1,04 en 2020. Le montant moyen payé par individu se situe généralement entre 244 \$ et 318 \$, et les montants médians

varient de 197 \$ à 292 \$. En 2020, une diminution notable du nombre d'individus ayant reçu des soins buccodentaires est observée, accompagnée d'une légère baisse du nombre moyen de visites. Les écarts-types se maintiennent entre 184 \$ et 241 \$ au fil des années, reflétant une certaine dispersion des coûts individuels.

Sur l'ensemble de la période, des écarts ont été observés selon le groupe d'âge. Les enfants de 0 à 9 ans présentent les montants moyens les plus élevés, suivis des adolescents de 10 à 18 ans. Les adultes de 19 à 64 ans, ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus, affichent des montants moyens inférieurs.

Les différences entre les sexes sont peu marquées. Toutefois, selon le niveau de défavorisation, les données indiquent que les montants moyens peuvent être légèrement plus élevés chez les personnes issues des milieux les plus défavorisés, particulièrement chez les jeunes.

Tableau 9a. Évolution annuelle du nombre moyen de visites et des montants payés pour des soins buccodentaires en cabinet médical au Québec, de 2010 à 2020

Année	N	Visites (moy)	Montant (\$, moy)	Montant (\$, médiane)	Écart-type	Min	Max
2010	10 835	1,85	258,07	199,50	240,55	1,00	3 804,81
2011	10 470	1,75	248,49	197,51	226,56	1,00	4 162,79
2012	10 170	1,67	244,62	204,49	218,89	1,00	3 150,31
2013	10 495	1,64	282,86	250,41	220,91	1,00	3 209,90
2014	11 385	1,58	315,81	285,25	223,67	1,00	2 796,16
2015	11 195	1,57	317,86	291,55	212,10	1,00	2 142,65
2016	11 190	1,44	302,03	282,78	209,32	1,00	5 865,22
2017	11 090	1,08	305,08	282,78	216,40	1,00	8 485,44
2018	10 670	1,08	293,25	276,50	210,00	1,00	8 350,00
2019	12 095	1,05	305,71	288,91	183,91	1,00	1 854,17
2020	7 030	1,04	302,03	286,84	194,81	1,00	2 283,62

Tableau 9b. Répartition par groupe d'âge et montant moyen payé pour des soins buccodentaires

Groupe d'âge	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0–9 ans	32 270	27,66
10–18 ans	33 280	28,54
19–64 ans	38 815	33,30
65 ans et +	12 260	10,51

3.2.4 Utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire

Le tableau 10 présente le nombre de visites, le montant total payé et le montant moyen par visites par région sociosanitaire. La région 06 (Montréal) domine largement avec un montant cumulé de plus de 15 millions de dollars sur la période 2010-2020, soit près de la moitié du total provincial. D'autres régions urbaines, comme la RSS 03 (Capitale-Nationale) et la RSS 04 (Mauricie-Centre-du-Québec), présentent également des montants cumulés élevés sur la période 2010-2020. En revanche, plusieurs régions, comme les RSS 10, 13 et 15 (respectivement Nord-du-Québec, Laval et Laurentides), affichent un montant cumulé faible sur la période 2010-2020, généralement inférieur à 250 000 dollars. Le montant total estimé pour les soins buccodentaires reçus en cabinet médical entre 2010 et 2020 s'élève à environ 31 millions de dollars.

Tableau 10. Montant moyen payé selon les régions sociosanitaires, Québec, 2010-2020

Région sociosanitaire	Nb total de visites	Montant total (\$)	Montant moyen par visite (\$)
Bas-Saint-Laurent	4 176	869 174,53	208,14
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7 665	1 414 707,00	184,57
Capitale-Nationale	14 805	2 635 595,48	178,02
Mauricie–Centre-du-Québec	12 672	1 947 639,76	153,70
Estrie	8 388	1 251 357,67	149,18
Montréal	66 859	15 236 839,52	227,90
Outaouais	4 519	769 560,35	170,29
Abitibi-Témiscamingue	4 885	1 153 907,88	236,21
Côte-Nord	2 089	414 389,91	198,37
Nord-du-Québec	109	18 131,93	166,35
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	3 596	862 017,74	239,72
Chaudière-Appalaches	9 552	1 566 119,06	163,96
Laval	935	87 980,28	94,10
Lanaudière	3 754	411 823,31	109,70
Laurentides	2 052	214 487,20	104,53
Montérégie	8 832	967 064,05	109,50
Nunavik	3 952	1 192 448,28	301,73
Inconnue	223	52 138,12	233,80

3.3 Utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires en milieu hospitalier

3.3.1 Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins buccodentaires en milieu hospitalier

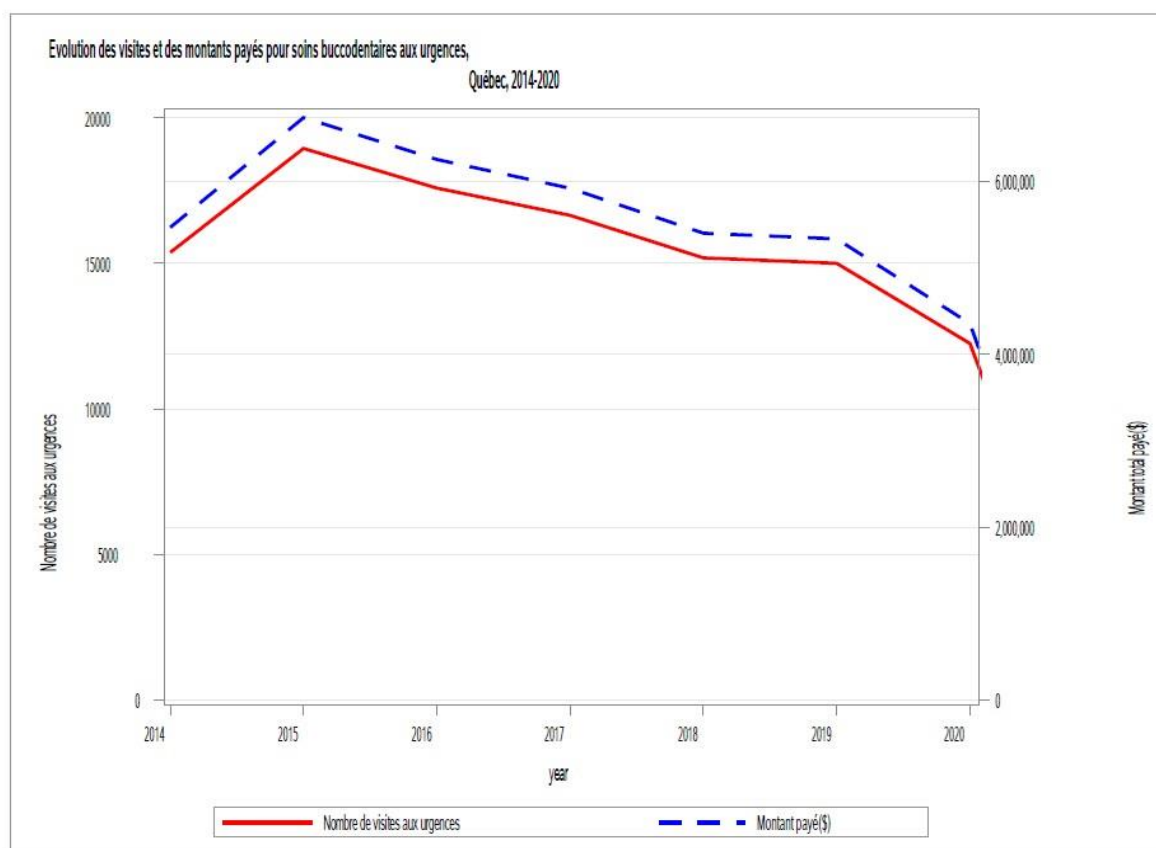


Figure 4. Évolution des dépenses totales et du volume de visites pour des soins dentaires en milieu hospitalier, Québec, 2014-2020

Source : Banque de données communes des urgences (BDCU), Institut de la statistique du Québec (ISQ)

La figure 4 illustre l'évolution du nombre de visites au service des urgences pour des soins buccodentaires au Québec entre 2014 et 2020, ainsi que le montant total payé, estimé à partir d'un tarif forfaitaire fondé sur le NIRRU (Niveau d'Intensité Relative des Ressources Utilisées). Ce tarif, fixé à 355,60 \$ par visite, permet d'obtenir une estimation standardisée et comparable entre les années et les régions, même s'il ne reflète pas la variabilité réelle des ressources mobilisées selon la complexité des cas individuels. Entre 2014 et 2016, le volume

de consultations augmente et atteint un maximum d'environ 19 000 visites en 2016. À partir de 2017, on observe une baisse progressive du nombre de visites, qui chute à moins de 13 000 en 2020. Comme le coût par visite est demeuré fixe durant toute la période, la courbe représentant les montants payés reflète exactement celle du volume d'activité. La diminution des dépenses totales à partir de 2017 est donc entièrement attribuable à la réduction du nombre de recours au service des urgences pour des soins buccodentaires.

3.3.2 Statistiques des consultations pour des soins buccodentaires en milieu hospitalier : visites et dépenses totales, Québec, 2014-2020

L'ensemble des données comprend 89 650 individus ayant eu recours au service des urgences pour des soins buccodentaires entre 2014 et 2020. En moyenne, chaque personne a effectué 1,2 visite, avec une médiane de 1,0, ce qui indique un recours ponctuel. Le montant moyen payé pour ces services s'élève à 440,3 \$, alors que la médiane est de 355,6 \$. L'écart-type élevé (259,7 \$) révèle une grande dispersion, probablement liée à la nature variable des interventions en urgence. Le montant total payé par tous les usagers atteint près de 39,5 millions de dollars. Les données sont présentées dans le tableau 11.

Tableau 11. Statistiques des consultations pour des soins buccodentaires au service des urgences : visites et dépenses totales, Québec, 2014–2020

Variable	N	Moyenne	Médiane	Ec-type	Somme
nbr_visiturg	89 650	1,2	1,0	0,7	111 005,0
mnt_paye_urgence	89 650	440,3	355,6	259,7	39 473 378,0

3.3.3 Différences selon les caractéristiques sociodémographiques

Par sexe et âge

Sur les 89 650 visites au service des urgences pour des soins buccodentaires recensées entre 2014 et 2020, 46,4 % ont été effectuées par des femmes (41 570 visites) et 50,7 % par des hommes (45 405 visites). Environ 3,0 % des visites (2 675 cas) concernent des usagers, dont

le sexe n'est pas précisé. Le montant moyen payé par visite est de 440,1 \$ chez les femmes et de 442,4 \$ chez les hommes. Un test t de Student appliqué à ces deux groupes n'indique aucune différence statistiquement significative. Chez les personnes de sexe inconnu, le montant moyen payé est de 407,4 \$.

Tableau 12. Répartition selon le sexe et l'âge

Variable	Nombre de visites	Montant moyen payé (\$)
Inconnue	2 675	407,4
Sexe – F	41 570	440,1
Sexe - M	45 405	442,4
Groupe d'âge 0-9	8 535	388,8
Groupe d'âge 10-18	3 570	394,5
Groupe d'âge 19-64	66 845	455,7
Groupe d'âge 65+	10 695	400,5

La majorité des consultations concernent les adultes de 19 à 64 ans (environ 75 % des usagers), qui payent également les montants les plus élevés (455,7 \$ en moyenne). Les enfants de 0 à 9 ans (9,5 %) et les adolescents de 10 à 18 ans (6 %) ont des montants moyens plus faibles (autour de 390 à 395 \$), tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus (11,9 %) se situent à un niveau intermédiaire (400,5 \$). Ces résultats reflètent probablement les différences de besoins, de couverture publique et de recours aux services selon l'âge.

Par quintile de défavorisation

Entre 2014 et 2020, les visites au service des urgences pour des soins buccodentaires ont été plus fréquentes chez les personnes vivant dans les milieux les plus défavorisés, en particulier sur le plan matériel. Le nombre de consultations augmente progressivement du quintile 1 au quintile 5, ce dernier représentant à lui seul environ 30 % des visites. Le montant moyen payé par visite suit une tendance similaire, passant de 411,80 \$ dans le quintile 1 à 460 \$ dans le quintile 5. Ceci signifie que le nombre de NIRRU (soit l'intensité relative) est plus élevé pour les personnes du quintile 5. En ce qui concerne la défavorisation sociale, la distribution est plus homogène entre les quintiles, bien que le groupe le plus défavorisé socialement affiche également le volume de consultations le plus élevé. Les montants moyens payés selon les

quintiles sociaux varient peu, se situant autour de 435 à 443 \$. Données présentées dans le tableau 13.

Tableau 13. Répartition par quintile de défavorisation sociale (DS) et matérielle (DM)

Variable	Nombre de visites	Montant moyen payé (\$)
Quintile DS - Inconnu	6 645	439,7
Quintile DS – 1	14 710	435,8
Quintile DS – 2	17 795	443,4
Quintile DS – 3	16 245	440,3
Quintile DS - 4	16 355	438,9
Quintile DS - 5	17 900	442,4
Quintile DM - Inconnu	6 645	439,7
Quintile DM – 1	9 135	411,8
Quintile DM – 2	12 045	426,9
Quintile DM – 3	15 595	431,3
Quintile DM - 4	19 535	442,4
Quintile DM - 5	26 700	460,0

3.3.4 Visites et dépenses liées aux soins buccodentaires en milieu hospitalier, par année (2014–2020)

Entre 2014 et 2020, le nombre de visites au service des urgences pour des soins buccodentaires au Québec a fluctué, atteignant un sommet en 2015 avec 18 940 consultations, avant d’entrer dans une tendance globale à la baisse. En 2020, le volume chute à 12 240 visites, soit une diminution d’environ 35 % par rapport à 2015. Cette évolution est également reflétée dans les montants totaux payés, qui passent de 6,7 millions de dollars en 2015 à 4,35 millions en 2020. Malgré quelques variations annuelles, le lien direct entre le volume de visites et les dépenses totales est constant, chaque visite étant associée à un montant fixe de 355,60 dollars. Ces données (présentées dans le tableau 14) traduisent une baisse progressive du recours au service des urgences pour des soins buccodentaires au cours de la période, particulièrement accentuée en 2020 (tableau 14). La COVID-19 pourrait être liée à la diminution en 2020.

Tableau 14. Visites et dépenses liées aux soins buccodentaires effectués au service des urgences, par année (2014–2020)

Année	Nombre de visites	Montant total payé (\$)
2014	15 370	5 465 216,40
2015	18 940	6 735 419,60
2016	17 580	6 251 092,40
2017	16 645	5 918 250,80
2018	15 180	5 398 719,20
2019	14 995	5 332 577,60
2020	12 240	4 353 255,20

3.3.5 Répartition des consultations en milieu hospitalier pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire

La répartition des consultations au service des urgences pour des soins buccodentaires varie considérablement selon les régions sociosanitaires. Les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie–Centre-du-Québec et de la Montérégie concentrent à elles seules près de 44 % des visites enregistrées entre 2014 et 2020. À l’opposé, certaines régions, comme Laval et Lanaudière, comptent chacune pour moins de 3 % des consultations. La région des Laurentides, bien que faiblement représentée, dépasse légèrement ce seuil. Ces écarts suggèrent une distribution inégale du recours au service des urgences selon les territoires (tableau 15).

Tableau 15. Répartition des consultations au service des urgences pour des soins buccodentaires selon la région sociosanitaire, Québec, 2014–2020

Région sociosanitaire	Nombre de consultations	Montant total payé (\$)	% des consultations
Inconnue	3 255	1 538 326	3,63
Bas-Saint-Laurent	5 755	2 726 741	6,42
Saguenay–Lac-Saint-Jean	5 010	2 189 429	5,59
Capitale-Nationale	8 775	3 798 875	9,79
Mauricie–Centre-du-Québec	7 530	3 216 758	8,4
Estrie	6 910	3 074 873	7,71
Montréal	15 990	6 545 885	17,84
Outaouais	3 945	1 879 346	4,4
Abitibi-Témiscamingue	4 360	1 984 959	4,86
Côte-Nord	2 890	1 376 883	3,22
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	4 515	2 254 860	5,04
Chaudière-Appalaches	6 215	2 666 289	6,93
Laval	1 015	394 716	1,13
Lanaudière	2 355	989 990	2,63
Laurentides	4 100	1 770 532	4,57
Montérégie	7 025	3 064 916	7,84
Nunavik	-	-	-
Terre-Cries-de-la-Baie-James	-	-	-

3.4 Présentation des résultats de la régression

3.4.1 Modèle d'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires

Effet de l'année

L'année d'observation est fortement associée à la probabilité d'utiliser les cabinets médicaux pour des soins buccodentaires ($p < 0,0001$). Par rapport à 2010, une diminution progressive est observée sur l'ensemble de la période. L'effet décroît de manière marquée : OR = 0,698 (IC à 95 % : 0,681-0,715) en 2011, OR = 0,662 (0,641-0,685) en 2012, jusqu'à OR = 0,066 (0,062-0,071) en 2019 et OR = 0,044 (0,037-0,051) en 2020. Ces résultats suggèrent une réduction continue de l'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires au fil du temps.

Caractéristiques sociodémographiques

Âge : comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus, les enfants de 0–10 ans présentent une probabilité 15 fois supérieure d'avoir recours aux soins buccodentaires (OR = 15,0 avec un IC à 95 % : 14,563–15,541), suivis des adolescents de 11-18 ans (OR = 7,9 [7,692–8,064]) et des adultes de 19–65 ans (OR = 1,288 [1,259-1,318]).

Sexe : les femmes ont une probabilité légèrement inférieure à celle des hommes d'utiliser les cabinets pour des soins buccodentaires (OR = 0,917 avec un IC à 95 % : 0,905–0,930 et une valeur $p < 0,0001$).

Indices de défavorisation :

Défavorisation matérielle : un gradient social net est observé. Par rapport au quintile le moins défavorisé (Q1), les rapports de cotes augmentent de façon continue avec OR = 1,175 (IC à 95 % : 1,146-1,205) pour Q2, jusqu'à OR = 2,02 (IC à 95 % : 1,976–2,070) pour Q5 ($p < 0,0001$ pour l'ensemble des comparaisons), traduisant une utilisation plus élevée chez les populations matériellement défavorisées.

Défavorisation sociale : on constate des effets plus modérés. Seuls les quintiles supérieurs (Q3 à Q5) présentent des associations significatives : OR = 1,032 (IC à 95 % : 1,010-1,055)

et valeur $p = 0,0041$) pour Q3, OR = 1,105 (IC à 95 % : 1,081-1,129 et $p < 0,0001$) pour Q4, et OR = 1,19 (IC à 95 % : 1,160-1,213 et $p < 0,0001$) pour Q5. Le quintile 2 n'est pas statistiquement différent de la référence (Q1).

Effets des régions sociosanitaires

Des disparités importantes sont relevées entre les régions sociosanitaires, en prenant la Capitale-Nationale (03) comme référence. Plusieurs régions sociosanitaires présentent des probabilités significativement plus faibles (RSS 13- Laval : OR = 0,524 avec un IC à 95 % : 0,501-0,548; RSS 15-Laurentides : OR = 0,500 avec un IC à 95 % : 0,478-0,523), tandis que d'autres affichent des valeurs supérieures à 1, notamment le RSS 17-Nunavik (OR = 15,3 avec un IC à 95 % : 14,319-16,414), suivi du RSS 18-Terres-Cries-de-la-Baie-James (OR = 5,878 avec un IC à 95 % : 5,313-6,504), traduisant une hétérogénéité géographique dans l'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires.

Tableau 16. Résultats de la régression logistique pour les soins dentaires en cabinet médical

Variable	OR (IC à 95%)	Significativité (p)
Année (p/r 2010)	—	—
2011	0,698 (0,681 – 0,715)	< 0,0001
2012	0,662 (0,641 – 0,685)	< 0,0001
2013	0,569 (0,546 – 0,592)	< 0,0001
2014	0,478 (0,457 – 0,499)	< 0,0001
2015	0,371 (0,352 – 0,390)	< 0,0001
2016	0,275 (0,260 – 0,292)	< 0,0001
2017	0,187 (0,174 – 0,202)	< 0,0001
2018	0,195 (0,134 – 0,282)	< 0,0001
2019	0,066 (0,062 – 0,071)	< 0,0001
2020	0,044 (0,037 – 0,051)	< 0,0001
Âge (p/r 65 ans et +)	—	—
0–9 ans	15,0 (14,563 – 15,541)	< 0,0001
10–18 ans	7,9 (7,692 – 8,064)	< 0,0001
19–64 ans	1,288 (1,259 – 1,318)	< 0,0001
Sexe (p/r Homme)	—	—
Femme	0,917 (0,905 – 0,930)	< 0,0001

Tableau 17. Résultats de la régression logistique pour les soins dentaires en cabinet médical (suite et fin)

Variable	OR (IC à 95%)	Significativité (p)
Défavorisation matérielle (Quintile1)	—	—
Quintile 2	0,990 (0,968 – 1,011)	< 0,0001
Quintile 3	1,032 (1,010 – 1,055)	< 0,0001
Quintile 4	1,105 (1,081 – 1,129)	< 0,0001
Quintile 5	1,19 (1,160 – 1,213)	< 0,0001
Défavorisation sociale (Quintile 1)	—	—
Quintile 2	0,990 (0,968 – 1,011)	0,3438
Quintile 3	1,032 (1,010 – 1,055)	0,0041
Quintile 4	1,105 (1,081 – 1,129)	< 0,0001
Quintile 5	1,19 (1,160 – 1,213)	< 0,0001
RSS (p/r RSS 03)	—	—
RSS 01	1,052 (1,004 – 1,102)	0,0321
RSS 02	1,254 (1,206 – 1,304)	< 0,0001
RSS 04	1,342 (1,299 – 1,386)	< 0,0001
RSS 05	0,895 (0,863 – 0,928)	< 0,0001
RSS 06	0,823 (0,802 – 0,844)	< 0,0001
RSS 07	0,845 (0,811 – 0,882)	< 0,0001
RSS 08	1,337 (1,276 – 1,400)	< 0,0001
RSS 09	1,551 (1,468 – 1,638)	< 0,0001
RSS 10	1,629 (1,451 – 1,830)	< 0,0001
RSS 11	1,686 (1,596 – 1,781)	< 0,0001
RSS 12	1,028 (0,990 – 1,068)	0,1466
RSS 13	0,524 (0,501 – 0,548)	< 0,0001
RSS 14	0,731 (0,701 – 0,762)	< 0,0001
RSS 15	0,500 (0,478 – 0,523)	< 0,0001
RSS 16	0,699 (0,678 – 0,721)	< 0,0001
RSS 17	15,3 (14,319 – 16,414)	< 0,0001
RSS 18	5,878 (5,313 – 6,504)	< 0,0001

- RSS : Bas-Saint-Laurent (RSS 01), Saguenay–Lac-Saint-Jean (RSS 02), Mauricie et Centre-du-Québec (RSS 04), Estrie (RSS 05), Montréal (RSS 06), Outaouais (RSS 07), Abitibi-Témiscamingue (RSS 08), Côte-Nord (RSS 09), Nord-du-Québec (RSS 10), Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (RSS 11), Chaudière-Appalaches (RSS 12), Laval (RSS 13), Lanaudière (RSS 14), Laurentides (RSS 15), Montérégie (RSS 16), Nunavik (RSS 17) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (RSS 18).

Notre modèle de régression logistique, ajusté sur l'ensemble des covariables, présente une qualité d'ajustement satisfaisante avec un AIC de 842 152,39, un logarithme -2 du rapport de vraisemblance de 842 072,39, et une aire sous la courbe ROC de 0,750, indiquant une bonne performance prédictive. Le test global de Wald est significatif ($p < 0,0001$), et le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow montre un léger écart entre les valeurs observées et prévues ($\chi^2 = 24,58$; $ddl = 8$; $p = 0,0018$), sans remettre en cause la validité globale du modèle.

Les résultats détaillés des modèles portant sur l'utilisation des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires, incluant les versions avec *année* comme variable continue et le modèle sans la variable *année*, ne sont pas présentés ici. Ils sont disponibles en annexe à des fins de consultation.

3.4.2 Modèle d'utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires

Le modèle de régression logistique, portant sur l'utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires, présente un ajustement satisfaisant avec un AIC de 285 522,22 et un logarithme -2 du rapport de vraisemblance de 285 452,22. L'aire sous la courbe ROC est de 0,647, indiquant une capacité discriminante acceptable. Le test global de Wald est significatif ($p < 0,0001$), et le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow suggère une certaine divergence entre les valeurs observées et prévues ($\chi^2 = 87,99$; $ddl = 8$; $p < 0,0001$), sans compromettre la validité générale du modèle.

Effet de l'année

Comparativement à 2014, la probabilité d'avoir recours au service des urgences pour des soins buccodentaires diminue significativement entre 2016 et 2020. Les rapports de cotes sont notamment de 0,956 (IC à 95 % : 0,918-0,995 et valeur $p = 0,0284$) en 2016, puis de 0,889 (0,846-0,935 et $p < 0,0001$) en 2018, et enfin de 0,909 (0,855-0,966 et $p = 0,0022$) en 2020. L'année 2015 ne diffère pas significativement de 2014 (OR = 0,998 et $p = 0,9039$).

Caractéristiques sociodémographiques

Âge : les adultes âgés de 19 à 64 ans présentent une probabilité nettement plus élevée de recourir au service des urgences pour des soins buccodentaires comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus (OR = 2,297 avec un IC à 95 % : 2,207-2,390 et une valeur $p < 0,0001$). Les adolescents de 10 à 18 ans présentent également une probabilité plus élevée (OR = 1,281 [1,198-1,369] et $p < 0,0001$), tandis que les enfants de 0 à 9 ans ont une probabilité significativement inférieure (OR = 0,878 [0,822-0,937] et $p = 0,0001$).

Sexe : les femmes ont une probabilité significativement plus faible que les hommes de recourir au service des urgences pour des soins buccodentaires (OR = 0,808 avec un IC à 95 % : 0,788-0,830 et une valeur $p < 0,0001$).

Indices de défavorisation

Défavorisation matérielle : les résultats révèlent une **tendance croissante** entre le niveau de défavorisation matérielle et la probabilité de recours au service des urgences pour des soins buccodentaires, indiquant que les individus issus des quintiles les plus défavorisés présentent une utilisation significativement plus élevée de ces services. Comparativement au quintile le moins défavorisé (Q1), les probabilités augmentent de manière significative jusqu'au quintile 5 (OR = 1,546 avec un IC à 95 % : 1,480-1,615 et une valeur $p < 0,0001$).

Défavorisation sociale : on observe des effets similaires. La probabilité augmente de façon continue avec le niveau de défavorisation sociale, culminant à un rapport de cotes (OR) de 1,418 (IC à 95 % : 1,359-1,478 et $p < 0,0001$) pour le quintile le plus désavantagé.

Effets des régions sociosanitaires (RSS)

On observe de fortes disparités interrégionales. Par rapport à la RSS 03-Capitale Nationale (référence), plusieurs régions présentent une probabilité significativement plus élevée de recourir au service des urgences dentaires, notamment la RSS 11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (OR = 1,895 avec un IC à 95 % : 1,744-2,059 et une valeur $p < 0,0001$), la RSS 01-Bas-Saint-Laurent (OR = 1,665 [1,550-1,787]) et la RSS 08-Abitibi-Témiscamingue (OR = 1,425 [1,317-1,542]). À l'inverse, certaines régions affichent un recours significativement plus faible, comme la RSS 13-Laval (OR = 0,537 [0,478-0,603]), la

RSS 06-Montréal (OR = 0,762 [0,724-0,801]) et la RSS 16-Montréal (OR = 0,768 [0,724-0,816]).

Tableau 18. Résultats de la régression logistique pour les soins buccodentaires en milieu hospitalier

Variable	OR (IC à 95 %)	Significativité (p)
Année (p/r 2014)	—	—
2015	0,998 (0,963 – 1,034)	0,9039
2016	0,956 (0,918 – 0,995)	0,0284
2017	0,933 (0,892 – 0,976)	0,0024
2018	0,889 (0,846 – 0,935)	< 0,0001
2019	0,909 (0,862 – 0,958)	0,0004
2020	0,909 (0,855 – 0,966)	0,0022
Âge (p/r 65 ans et +)	—	—
0–9 ans	0,878 (0,822 – 0,937)	0,0001
10–18 ans	1,281 (1,198 – 1,369)	< 0,0001
19–64 ans	2,297 (2,207 – 2,390)	< 0,0001
Sexe (p/r Homme)	0,808 (0,788 – 0,830)	< 0,0001
Défavorisation matérielle (p/r Quintile 1)	—	—
Quintile 2	1,105 (1,054 – 1,159)	< 0,0001
Quintile 3	1,209 (1,154 – 1,266)	< 0,0001
Quintile 4	1,329 (1,270 – 1,390)	< 0,0001
Quintile 5	1,546 (1,480 – 1,615)	< 0,0001
Défavorisation sociale	—	—
Quintile 2	1,117 (1,071 – 1,164)	< 0,0001
Quintile 3	1,166 (1,117 – 1,216)	< 0,0001
Quintile 4	1,268 (1,215 – 1,323)	< 0,0001
Quintile 5	1,418 (1,359 – 1,478)	< 0,0001

Tableau 19. Résultats de la régression logistique pour les soins buccodentaires en milieu hospitalier (suite et fin)

Variable	OR (IC à 95 %)	Significativité (p)
RSS (p/r RSS 03)	—	—
RSS manquante	1,731 (1,582 – 1,893)	< 0,0001
RSS 01	1,665 (1,550 – 1,787)	< 0,0001
RSS 02	1,163 (1,084 – 1,249)	< 0,0001
RSS 04	1,266 (1,190 – 1,346)	< 0,0001
RSS 05	1,222 (1,148 – 1,301)	< 0,0001
RSS 06	0,762 (0,724 – 0,801)	< 0,0001
RSS 07	1,208 (1,123 – 1,299)	< 0,0001
RSS 08	1,425 (1,317 – 1,542)	< 0,0001
RSS 09	1,269 (1,149 – 1,401)	< 0,0001
RSS 11	1,895 (1,744 – 2,059)	< 0,0001
RSS 12	1,098 (1,029 – 1,173)	0,0050
RSS 13	0,537 (0,478 – 0,603)	< 0,0001
RSS 14	0,818 (0,754 – 0,889)	< 0,0001
RSS 15	0,873 (0,814 – 0,936)	0,0002
RSS 16	0,768 (0,724 – 0,816)	< 0,0001

Le modèle de régression logistique, portant sur l'utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires, présente un ajustement satisfaisant avec un AIC de 285 522,22 et un logarithme -2 du rapport de vraisemblance de 285 452,22. L'aire sous la courbe ROC est de 0,647, indiquant une capacité discriminante acceptable. Le test global de Wald est significatif ($p < 0,0001$), et le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow suggère une certaine divergence entre les valeurs observées et prévues ($\chi^2 = 87,99$; $ddl = 8$; $p < 0,0001$), sans compromettre la validité générale du modèle.

Les résultats détaillés des modèles portant sur l'utilisation du service des urgences pour des soins buccodentaires, incluant les versions avec *année* comme variable continue ainsi que le modèle excluant la variable *année*, ne sont pas présentés dans cette section. Ils sont disponibles en annexe à des fins de consultation.

En résumé, entre 2010 et 2020, 197 725 personnes ont eu recours au moins une fois à des soins buccodentaires dans le réseau public au Québec, dont 55 % en cabinet médical et 45 % en milieu hospitalier, notamment au service des urgences. Une proportion significative de

ces consultations portait sur des affections non traumatiques qui, dans plusieurs cas, auraient pu être traitées de manière plus appropriée en cabinet dentaire. Ces constats complètent les résultats précédents et soulèvent des enjeux importants quant à l'utilisation optimale des ressources en soins buccodentaires.

4. Discussion

L'étude met en avant plusieurs observations clés : une répartition inégale des dentistes à travers les différentes régions, qui, combinée à un manque de couverture d'assurance dentaire, semble contribuer à des difficultés d'accès aux soins buccodentaires. Ces facteurs semblent entraîner une fréquentation plus importante des services hospitaliers et des cabinets médicaux pour des soins buccodentaires.

Par ailleurs, l'analyse souligne une disparité importante dans le recours aux services médicaux et hospitaliers liés aux soins buccodentaires selon le niveau socioéconomique. Les individus vivant en situation de précarité économique présentent une utilisation plus élevée de ces services, en grande partie en raison d'un accès limité aux soins préventifs et curatifs offerts en cabinet dentaire.

Le ratio dentiste/population varie de manière significative d'une région québécoise à l'autre. Certaines régions affichent des ratios nettement supérieurs à la moyenne provinciale, tandis que d'autres régions, comme la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, présentent des ratios inférieurs. En 2018, ce ratio était de 6,124 pour 10 000 habitants et il a légèrement diminué au fil des années pour atteindre 5,30 en 2020. Les tendances observées au fil des années montrent de légers changements dans la distribution des dentistes, indiquant des inégalités d'accès aux soins buccodentaires selon les différentes RSS. Il est important de noter que ces variations peuvent être influencées par divers facteurs, tels que les besoins de la population, la demande de soins buccodentaires, le nombre de professionnels de la santé buccodentaire formés et les politiques de santé (61,62). Une comparaison à l'échelle internationale révèle que le nombre de dentistes s'est établi entre 5 et 10 pour 10 000 habitants dans les pays de l'Union européenne en 2021. La France, avec 6,6 dentistes pour 10 000 habitants, se situe sous la moyenne, à un niveau comparable au Canada et à l'Autriche, qui comptent respectivement 6,5 et 6,2 dentistes pour 10 000 habitants. Il est de 6,1 aux États-Unis, mais

ce chiffre pourrait être surestimé, car il inclut tous les dentistes enregistrés, y compris ceux qui ne pratiquent pas activement (16,63).

Le ratio dentiste/population comporte quelques faiblesses, car il utilise les caractéristiques de la population et des dentistes d'une région donnée comme constantes. Les caractéristiques d'une population varient beaucoup dans le temps et d'une région à l'autre et ne tiennent donc pas compte de (64):

- la composition de la population des dentistes selon l'expérience ou la spécialité;
- la productivité différente selon la région ou l'époque;
- l'incidence de certaines maladies;
- l'offre des services dentaires des régions avoisinantes;
- la demande des soins buccodentaires de la population d'une région.

Nous avons donc calculé l'indice de densité relative de peuplement dentaire, comme l'ont fait Soucier et Brodeur (64). La répartition des dentistes à travers l'indice de densité relative de peuplement dentaire au Québec montre des différences significatives entre les zones urbaines et les autres régions. Montréal et la Capitale-Nationale bénéficient d'une plus grande densité de dentistes, tandis que l'Estrie a connu une augmentation en 2022, quoique l'ampleur relative de cette augmentation peut paraître plus importante qu'elle ne l'est dans l'absolu. Les régions ayant des nombres de dentistes plus faibles (telles que le Nord-du-Québec) sont plus sensibles à des changements plus marqués de l'indice suite à des changements faibles dans le nombre de dentistes. Les disparités régionales suggèrent que des efforts pourraient être nécessaires pour rééquilibrer la distribution des dentistes, notamment dans les régions défavorisées en termes de nombres de dentistes, afin de garantir un accès égalitaire aux soins buccodentaires pour tous les résidents du Québec. Au moment de faire les analyses, aucune mesure structurée n'était en place pour encourager l'installation ou la rétention des dentistes dans les régions présentant une faible densité professionnelle, et les cliniciens demeuraient libres de choisir leur lieu de pratique. De plus, l'entente relative à l'assurance maladie entre l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoient, par l'Entente particulière du Nord, une rémunération majorée et des conditions de travail bonifiées pour les dentistes exerçant dans les régions visées. Ces dispositions peuvent contribuer à moduler l'offre de services selon les territoires.

La variabilité de la densité de dentistes entre les régions du Québec peut s'expliquer, en partie, par les habitudes de vie des résidents. Par exemple, à Montréal, où la densité de dentistes est élevée, de nombreux habitants de Laval et de la Montérégie, où la densité est plus faible, peuvent choisir de consulter un dentiste proche de leur lieu de travail à Montréal plutôt que dans leur région résidentielle. En revanche, dans des régions, comme la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine et le Bas-Saint-Laurent, où la densité de dentistes est faible, les résidents peuvent rencontrer davantage de difficultés d'accès aux soins buccodentaires en raison de l'absence d'alternatives géographiquement proches.

La baisse globale du nombre de visites en milieu hospitalier et en cabinet médical en 2020 pourrait être le reflet de l'impact de la pandémie de COVID-19. En effet, la population a limité son utilisation des services de santé pour des besoins non urgents (65). L'accès aux soins primaires au Québec a connu des adaptations significatives pendant cette période : des zones « chaudes » et « froides » ont été mises en place pour trier les patients en fonction de leurs symptômes de COVID-19, affectant ainsi la disponibilité des soins de santé non urgents. La téléconsultation a également pris de l'ampleur, offrant une alternative visant à maintenir la continuité des soins. Cette période a vu une diminution notable des activités de suivi en soins primaires, témoignant de l'impact de la pandémie sur l'utilisation des services de santé non essentiels (66–68).

Cette tendance pourrait également être attribuable à d'autres facteurs, tels que les spécificités régionales et démographiques. Bien que notre étude ne fournisse pas de preuves directes, elle suggère un lien entre la couverture des soins buccodentaires et l'utilisation des services publics pour les urgences dentaires. Toutefois, pour examiner cette relation, il serait pertinent d'effectuer d'autres études. Celles-ci pourraient être de nature qualitative en vue d'explorer les raisons incitant la population à privilégier les soins d'urgence dans les hôpitaux et les cabinets médicaux pour des problèmes buccodentaires. De futures études utilisant des modèles économétriques permettant d'établir un lien de causalité pourraient également être entreprises. Nos résultats suggèrent un besoin potentiel d'amélioration de l'accès aux soins buccodentaires réguliers et de la couverture assurantielle pour réduire le recours aux services des urgences et aux cabinets médicaux pour des soins qui seraient autrement fournis par des professionnels des soins buccodentaires. Cette nécessité est également mise en avant dans le

rapport intitulé « Améliorer l'accès aux soins de santé buccodentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada » (38).

Dans la continuité des observations précédentes, dans une étude sur l'accès aux soins buccodentaires en milieu rural au Québec, des résidents ruraux ont rapporté la réticence de certains dentistes à accepter de nouveaux patients ou des prestataires de l'aide sociale (34). Cette situation met en lumière des défis supplémentaires auxquels sont confrontées les populations rurales dans l'accès aux soins buccodentaires. Une autre recherche appuie ces constats, révélant que les participants ont rencontré des contraintes dans le choix des dentistes, en particulier dans les zones rurales, où ils ont relevé la difficulté de trouver des spécialistes dentaires et la nécessité de se rendre en zone urbaine (44). Cette situation révèle des contraintes géographiques et financières importantes dans l'accès aux soins buccodentaires, surtout pour les populations rurales et défavorisées.

De plus, nos résultats s'alignent sur ceux d'études menées en Ontario (7,49), révélant que les visites au service des urgences pour des affections dentaires, associées à un abcès ou à de la douleur, représentent une utilisation onéreuse et peu efficace des ressources hospitalières. Ce phénomène, observé en Ontario, semble refléter une réalité commune à d'autres provinces canadiennes face au financement public limité des services buccodentaires et met en lumière un défi d'accès aux soins buccodentaires à l'échelle du pays. Les résultats de cette étude soutiennent les constatations faites en Alberta (52) sur les visites au service des urgences pour les problèmes dentaires. Ils ont observé que les visites au service des urgences, qui étaient plus courantes pour des problèmes buccodentaires que pour d'autres soucis de santé généraux, étaient majoritairement liées aux maladies de la pulpe et des tissus périapicaux, comme les abcès (45 % des cas) et aux structures de soutien, comme les maux de dents (18,8 % des visites) (52).

La seconde tendance révélée par cette étude indique que les personnes les plus défavorisées, en particulier celles des quintiles 4 et 5 de l'indice de défavorisation matérielle et sociale, ont une probabilité significativement plus élevée de recourir aux services médicaux généraux (service des urgences, hôpitaux, cabinets médicaux) pour des soins buccodentaires, en l'absence d'un accès adéquat aux soins spécialisés. Par ailleurs, les adultes de 19 à 64 ans, qui sont souvent exclus de la couverture publique, représentent la majorité des utilisateurs et

des coûts associés, ce qui reflète leur exposition accrue à des barrières financières. En revanche, les enfants et les aînés bénéficiant d'une certaine couverture publique (bien qu'imparfaite et limitée), sont moins représentés dans l'utilisation des cabinets médicaux pour les soins buccodentaires. Enfin, les résultats mettent en évidence des inégalités régionales marquées, les personnes vivant dans les régions éloignées ou moins bien desservies ayant un recours plus limité aux soins buccodentaires préventifs (18). Cette situation souligne l'importance de développer des stratégies d'accès équitable aux soins buccodentaires pour ces populations.

De plus, le fait que les femmes recourent moins souvent aux soins buccodentaires préventifs que les hommes va à l'encontre des tendances généralement observées, selon lesquelles les femmes sont habituellement plus susceptibles d'utiliser les services préventifs (69). Il est possible que les femmes adoptent davantage de comportements de prévention, réduisant ainsi les risques de complications nécessitant une intervention d'urgence.

Des recherches antérieures avaient déjà souligné ce lien entre la fréquentation des cabinets médicaux, des services des urgences, le niveau de revenu et l'accessibilité des patients. D'autres recherches, notamment en Ontario, ont rapporté que les consultations médicales associées aux affections buccodentaires non traumatiques et les admissions hospitalières potentiellement évitables liées aux problèmes buccodentaires concernent majoritairement des individus issus de milieux défavorisés et vulnérables sur le plan socioéconomique (20,49). Cette situation illustre clairement les disparités en matière d'accès aux soins buccodentaires spécialisés, soulignant un enjeu majeur dans la distribution équitable des ressources de soins de santé.

Le plus grand recours aux cabinets médicaux et aux hôpitaux pour des soins buccodentaires chez les populations matériellement défavorisées pourrait refléter les iniquités dans le système assurantiel québécois, et corroborerait les constats sur les obstacles d'accès (36). Des résultats similaires sont également rapportés concernant les aînés : ceux vivant dans des ménages peu scolarisés ou à faible revenu étaient moins susceptibles de consulter un professionnel dentaire, contrairement à ceux plus scolarisés ou financièrement aisés (23).

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins buccodentaires ne sont pas limitées aux personnes à faible revenu. En effet, en Alberta, même les individus bénéficiant de revenus

moyens sont confrontés à des obstacles, souvent causés par une assurance dentaire incomplète ou par un accès limité à celle-ci (52). Ces observations démontrent que les enjeux de l'accès aux soins buccodentaires s'étendent bien au-delà des populations à faible revenu, touchant une portion plus vaste de la société que ce que l'on pourrait initialement penser.

La littérature documente de longue date l'existence d'un gradient socioéconomique marqué dans l'utilisation des soins buccodentaires au Canada, la probabilité de consulter étant plus élevée chez les personnes disposant d'une assurance dentaire, d'un revenu plus élevé et d'un niveau de scolarité supérieur (14). Des données plus récentes issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes confirment la persistance de ces inégalités au cours des années récentes (70). Ces constats sont cohérents avec les résultats observés dans nos modèles logistiques.

La troisième tendance mise en évidence par cette étude est que la majorité des soins buccodentaires réalisés en milieu médical ou hospitalier concernent des actes non urgents, tels que des soins mineurs, des consultations sans intervention complexe ou des douleurs non traumatiques, qui relèvent habituellement d'une prise en charge en cabinet dentaire. Bien que le niveau de triage ne soit pas explicitement disponible, la nature même des soins observés suggère qu'ils auraient pu être réalisés dans un cadre ambulatoire spécialisé, ce qui corrobore les résultats de Quiñonez et al (50).

Dans notre recherche, il apparaît que de nombreuses personnes recourent aux soins buccodentaires en milieu médical ou hospitalier parce que ces services sont couverts par la RAMQ, ce qui pourrait favoriser une utilisation plus fréquente par rapport aux soins offerts en clinique dentaire, généralement non remboursés. Cette situation reflète également les observations rapportées dans des études antérieures concernant le recours inapproprié aux services hospitaliers pour des problèmes buccodentaires qui auraient pu être évités par un meilleur accès à des soins buccodentaires spécialisés (11,20,59,71). Comme l'ont révélé de nombreuses études, le service des urgences des hôpitaux, un service coûteux et souvent inadapté, est fréquemment sollicité pour des problèmes buccodentaires qui nécessiteraient en réalité des soins de dentistes. Cette pratique représente un fardeau conséquent pour le système de santé, soulignant un besoin criant de réévaluation des stratégies d'accès aux soins buccodentaires spécialisés.

Enfin, deux éléments de contexte complètent l'interprétation de nos résultats. Le Régime canadien de soins dentaires (RCSD) vise à réduire les obstacles financiers aux soins pour les ménages sans couverture dentaire et dont le revenu familial est inférieur à 90 000 dollars. Depuis 2025, il a été élargi à l'ensemble des résidents admissibles, avec toutefois une contribution partielle pour certains groupes de revenu. Ce programme pourrait modifier les profils d'utilisation au Québec, en diminuant la pression sur les services hospitaliers et en favorisant un meilleur accès aux soins préventifs et curatifs en cabinet dentaire. Ceux-ci risquent d'être plus sollicités et l'offre en services dentaires pourrait ne pas suffire à la demande accrue par cette nouvelle couverture. Par ailleurs, le Québec se distingue par une couverture très limitée de sa population par la fluoruration de l'eau, comparativement aux autres provinces canadiennes. Cette mesure de santé publique, reconnue comme simple et efficace pour prévenir les caries, pourrait contribuer à réduire les inégalités observées, notamment chez les populations les plus vulnérables.

5. Forces, limites et implications pour les politiques de santé

5.1 Forces

Notre étude comporte plusieurs forces et va au-delà des objectifs initiaux qui étaient de faire une revue de littérature, déterminer les tendances dans les volumes et les coûts des soins dentaires offerts par des médecins en milieu hospitalier et en cabinet médical au Québec et leur répartition géographique, et estimer l'effet des caractéristiques individuelles sur la probabilité de recevoir des soins dentaires en cabinet médical ou en milieu hospitalier. En effet, suite à la revue de littérature et à des discussions avec des acteurs clés, nous avons décidé d'examiner également les tendances dans l'indice de densité relative des dentistes. Cet élément, quoique non prévu initialement, permet de mieux comprendre la répartition relative des dentistes dans les régions du Québec et les tendances. Pour ce faire, nous avons constitué une base de données en utilisant des sources diverses et l'information que nous rapportons est complémentaire aux objectifs initiaux. Une des forces de notre étude est d'ailleurs la diversité des sources d'information. D'une part, notre revue de littérature couvre à la fois la littérature grise et la littérature scientifique, ce qui nous permet de brosser un portrait du contexte québécois et des enjeux spécifiques au Québec, tout en rapportant des données probantes et des informations permettant de se comparer à d'autres contextes. D'autre part, nous avons utilisé des sources variées pour nos études empiriques, et notamment des données sur l'ensemble de la population québécoise sur une période de 10 ans. La base de données que nous avons créée pour ce projet est très riche et a permis de faire des analyses complètes (sans se limiter à un échantillon de la population) et poussées (avec des régressions). Notamment, nous avons réalisé des modèles pour prédire le recours au cabinet médical et aux services des urgences pour des soins dentaires pour l'ensemble de la population québécoise. À notre connaissance, ceci n'avait jamais été fait au Québec et notre étude a permis d'apporter de nouvelles connaissances pour informer l'élaboration de politiques publiques. De plus, notre projet a été développé avec des utilisateurs de connaissances avec qui nous avons maintenu une collaboration tout au long du projet. Cette collaboration a permis, entre autres, de s'assurer de la validité des codes à utiliser pour

identifier les visites en cabinet médical et au service des urgences qui pourraient être pour des soins buccodentaires qui auraient pu être traités en cabinet dentaire.

5.2 Limites

Cette étude comporte plusieurs limites, principalement liées à la nature des données disponibles et à la structure des modèles employés.

Pour l'objectif 1, nous avons effectué une revue narrative de la littérature, ce qui signifie que nous n'avons pas effectué une recension systématique des écrits. Cependant, en plus des bases de données d'articles scientifiques, nous avons consulté une diversité de sites web, ainsi notre revue de littérature inclut la littérature grise et la littérature scientifique.

Pour les objectifs 2 et 3, nous avons utilisé une liste d'interventions identifiées, qui a été validée par un comité de décideurs et d'experts en soins dentaires chargé de vérifier que les personnes avaient bien recours aux services médicaux et hospitaliers pour des soins dentaires qui auraient pu être traités en cabinet dentaire. La validité des résultats que nous rapportons dépend donc de la qualité des données initiales relatives aux motifs de consultations et d'interventions. Un manque de données ou un mauvais codage pourraient biaiser les résultats, mais nous ne pouvons pas connaître l'ampleur de ce phénomène.

Pour l'objectif 4 concernant la modélisation de la probabilité de recours aux cabinets médicaux et aux services des urgences, nous avons utilisé des données médico-administratives. Il est à noter que les bases de données que nous avons obtenues pour ce volet ne contenaient pas de renseignements sur les traitements prodigués. Bien que les actes de consultation soient recensés, l'absence d'information sur les traitements réalisés limite l'évaluation de l'adéquation et de la pertinence des soins.

De plus, certaines limites liées aux données et à l'interprétation doivent être prises en compte. Premièrement, même si plusieurs maladies chroniques sont reconnues comme ayant un effet sur la santé buccodentaire, elles n'ont pas été incluses dans nos modèles. Ce choix découle du devis méthodologique qui a restreint l'analyse aux individus ayant reçu des actes médicaux associés à un diagnostic buccodentaire. Cela assure la cohérence de l'échantillon,

mais ne permet pas d'évaluer le rôle précis des comorbidités. Deuxièmement, la mesure des coûts repose uniquement sur la part publique couverte par la RAMQ. Les paiements privés, qu'il s'agisse d'assurances ou de frais directs des patients, ne sont pas pris en compte. Dans le cas du service des urgences en milieu hospitalier, les coûts sont estimés à partir d'un tarif standard du NIRRU, ce qui constitue une approximation uniforme qui ne reflète pas la diversité des situations cliniques. Troisièmement, l'admissibilité aux programmes publics a été déduite à partir de critères, comme l'âge, le statut socioéconomique ou le type de soins reçus, sans qu'il soit possible de confirmer la participation réelle des individus à ces programmes.

5.3 Implications pour les politiques de santé

Les résultats de cette étude révèlent une utilisation non pertinente des services médicaux et hospitaliers pour des soins buccodentaires, ce qui suggère une organisation et un financement insuffisants des soins buccodentaires au Québec. Cette situation engendre non seulement une surcharge des ressources hospitalières, mais aussi des coûts évitables pour le système de santé, que nous avons estimés à plus de 70 millions de dollars pour la période étudiée (2010 à 2020), incluant l'utilisation en cabinet médical et au service des urgences.

Ces constats soulèvent des questions quant au financement des soins buccodentaires. D'une part, il y a des enjeux d'équité puisque les personnes les plus défavorisées sont surreprésentées dans le recours aux services médicaux et hospitaliers pour des soins dentaires. Cela peut traduire non seulement des barrières d'accès aux soins dentaires, mais également une moins bonne santé buccodentaire. Or, nous avons vu les effets délétères de celle-ci sur les individus et sur la société (absentéisme, faible estime de soi, etc.). D'autre part, on observe une utilisation non pertinente des services médicaux et hospitaliers. Or, il est reconnu que l'accès aux médecins de famille est difficile au Québec (72) et que l'attente au service des urgences est longue, reflétant une demande de soins surpassant l'offre. Dans un tel contexte, il est d'autant plus important que l'utilisation des services soit pertinente et que la population puisse avoir accès aux bons professionnels de la santé. Le recours à des professionnels de la santé n'ayant pas l'expertise pour les problèmes à traiter (ici en santé

buccodentaire) contribue à l'inefficience du système de santé et à une surutilisation d'antibiotiques qui pourrait contribuer à la résistance bactérienne. Une couverture universelle ou élargie permettrait de réduire les inégalités d'accès, d'orienter les patients vers les professionnels les plus appropriés, et d'optimiser l'usage des ressources médicales. L'intégration des dentistes dans des modèles de soins interdisciplinaires, y compris en première ligne, pourrait aussi favoriser une meilleure coordination et continuité des soins. Par ailleurs, des programmes ciblés de prévention et d'éducation buccodentaire, en particulier dans les milieux défavorisés et éloignés, s'avèrent nécessaires pour agir en amont.

Conclusion

Cette étude met en évidence un recours important aux services médicaux pour des soins buccodentaires au Québec, en particulier chez les populations défavorisées et couvertes par la RAMQ. Elle révèle de fortes disparités territoriales et souligne l'ampleur d'un phénomène coûteux pour le système de santé, avec plus de 70 millions de dollars engagés sur dix ans.

Ces constats appellent à une meilleure intégration des soins buccodentaires dans le système public, notamment par un élargissement de la couverture et une réorganisation des parcours de soins. Renforcer l'accès aux services spécialisés, en particulier dans les régions sous-dotées, permettrait de réduire les recours évitables et d'améliorer l'équité et la qualité des soins.

Références

1. Sheikh H. CAEP Dental Care Statement. CJEM. 2019/11/14 éd. 2020;22(1):36-9.
2. Flood CM, Allin S, Lazin SJ, Marchildon G, Oliver P, Quiñonez C. Toward a Universal Dental Care Plan: Policy Options for Canada. Institute for Research on Public Policy; 2023 p. 36. (IRPP Insight). Report No.: 46.
3. Statistique Canada. Plus du tiers des Canadiens ont déclaré ne pas avoir consulté un professionnel des soins dentaires au cours des 12 mois précédents, 2022 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/231106/dq231106a-fra.htm>
4. OECD. Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices [Internet]. OECD; 2022 [cité 15 mars 2024]. (OECD Health Policy Studies). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/promoting-health-and-well-being-at-work_e179b2a5-en
5. Association Dentaire Canadienne. Combler les lacunes en matière de financement des soins dentaires [Internet]. Association Dentaire Canadienne; 2023 p. 45. Disponible sur: https://cda-adc.ca/_files/policy_papers/bridging_financial_gap/2023-02-28_Combler-les-lacunes-en-matiere-de-financement-des-soins-dentaires.pdf
6. Régie de l'assurance maladie du Québec. Rapport annuel de gestion 2017-2018. Régie de l'assurance maladie du Québec; 2018 p. 150.
7. LaPlante NC, Singhal S, Maund J, Quiñonez C. Visits to physicians for oral health-related complaints in Ontario, Canada. Can J Public Health Publ Can Public Health Assoc. 2015;106(3):e127-31.
8. Okunseri C, Okunseri, Xiang, Thorpe, Szabo. Patient characteristics and trends in nontraumatic dental condition visits to emergency departments in the United States. Clin Cosmet Investig Dent. janv 2012;1.
9. Association Dentaire Canadienne. L'état de la santé buccodentaire au Canada [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.cda-adc.ca/etatdelasantebuccodentaire/global/>
10. Jozaghi E, Vandu, Maynard R, Khoshnoudian Y, Brondani MA. Access to oral care is a human rights issue: a community action report from the Downtown Eastside of Vancouver, Canada. Harm Reduct J. 2022;19(1):42.
11. Régie de l'assurance maladie du Québec. Services dentaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-dentaires>
12. Bersell CH. Access to Oral Health Care: A National Crisis and Call for Reform. Am Dent Hyg Assoc. 1 févr 2017;91(1):6.

13. Statistique Canada. Soins dentaires, 2018 [Internet]. Statistique Canada; 2019. Report No.: No 82-625-X. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-625-x/2019001/article/00010-fra.pdf?st=bNwkvmtT>
14. Bhatti T, Rana Z, Grootendorst P. Dental insurance, income and the use of dental care in Canada. *J Can Dent Assoc.* 2007;73(1):57.
15. Régie de l'assurance maladie du Québec. Rapport annuel de gestion 2019-2020. Régie de l'assurance maladie du Québec; 2020 p. 162.
16. Health Canada. Canada Health Act Annual Report 2016-2017. Ottawa, Canada: Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the Minister of Health; 2018 p. 252.
17. Santé Canada. Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 [Internet]. Ottawa, Canada: Santé Canada; 2010. Disponible sur: https://publications.gc.ca/collections/collection_2010/sc-hc/H34-221-2010-fra.pdf
18. Association des dentistes de santé publique du Québec. Mémoire présenté à la Commission à la santé et au bien-être Relativement à la consultation publique sur le panier de services [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/A_DSPQ.pdf
19. Ramraj C, Sadeghi L, Lawrence HP, Dempster L, Quiñonez C. Is Accessing Dental Care Becoming More Difficult? Evidence from Canada's Middle-Income Population. Burne RA, éditeur. *PLoS ONE.* 20 févr 2013;8(2):e57377.
20. Singhal S, McLaren L, Quinonez C. Trends in emergency department visits for non-traumatic dental conditions in Ontario from 2006 to 2014. *Can J Public Health.* 1 mai 2017;108(3):e246-50.
21. Organisation mondiale de la santé. Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé bucco-dentaire 2023–2030 [Internet]. 2024 p. 111. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240090538>
22. Platform for Better Oral Health in Europe. Best practices in oral health promotion and prevention from across Europe [Internet]. 2015 p. 20. Disponible sur: <https://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/10/Best-practices-collection.pdf>
23. Bélanger R, Blanchet C, Hamel D. La santé buccodentaire des aînés québécois. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2016.
24. ICIS. Traitement des caries dentaires évitables chez les enfants d'âge préscolaire : coup d'œil sur la chirurgie d'un jour sous anesthésie générale [Internet]. Institut canadien

- d'information sur la santé; 2014 p. 48. Disponible sur: https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/icis-cihi/H118-94-2013-fra.pdf
25. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global Burden of Oral Conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. J Dent Res [Internet]. juill 2013 [cité 11 nov 2022];92(7):592-7. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034513490168>
 26. ADSPQ.pdf.
 27. Galarneau C, Arpin S, Dubé MA, Hamel D, Nancy Wassef. Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire 2012-2013 - 2e édition [Internet]. Montréal: Institut national de santé publique du Québec; 2018 janv p. 181. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2034_sante_buccodentaire_primaire.pdf
 28. Institut de la statistique du Québec. L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois [Internet]. Gouvernement du Québec; 2010 p. 206. Disponible sur: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/lenquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2008-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois.pdf>
 29. Brodeur JM, Payette M, Benigeri M, Gagnon PF, Olivier M, Chabot D. Dental caries in Quebec adults aged 35 to 44 years. J Can Dent Assoc. 2000;66(7):374-9.
 30. Msefer-Laroussi S. Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec. Prat Organ Soins. 2010;41(3):257.
 31. Corbeil P, Brodeur JM, Arpin S, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie Direction de santé publique. Étude exploratoire des problèmes de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en CHSLD en Montérégie, à Montréal et à Québec [Internet]. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2006. (Publications gouvernementales du Québec en ligne : monographies électroniques). Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67447>
 32. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. Int J Dent. 1 janv 2013;2013(1):498305.
 33. Lussier JP, Benigeri M. Survol des caractéristiques de la clientèle des cabinets dentaires et des traitements offerts par les généralistes en 2005 Résultats du sondage de l'ODQ de 2006. Journal de l'Ordre des dentistes du Québec [Internet]. 2008;45(4). Disponible sur: https://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/Dossier_Sondage_2008_01_partie_2.pdf

34. Langlois PÉ. Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs [Internet]. Montreal, Quebec: Ordre des hygiénistes dentaires du Québec; 2015. 64 p. (Étude économique). Disponible sur: <https://ohdq.com/wp-content/uploads/2020/06/novembre-2015.pdf>
35. Arpin S. Perceptions et offre de services des dentistes à l'égard des personnes en situation de pauvreté [Internet]. Université de Montréal; 2007. Disponible sur: <https://umontreal.scholaris.ca/items/f0342fe5-d44e-4788-a214-6f3debecbb9b>
36. Hurteau P. Le coût des soins dentaires au Québec [Internet]. Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS); 2018. Disponible sur: <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/2018-02-Fiche-IRIS-Soins-dentaires.pdf>
37. Latulippe D. La sécurité sociale au Québec. Histoire et enjeux [Internet]. Quebec: Les Presses de l'Université Laval; 2017. 586 p. Disponible sur: <https://www.pulaval.com/livres/la-securite-sociale-au-quebec-histoire-et-enjeux>
38. Académie canadienne des sciences de la santé. Améliorer l'accès aux soins de santé bucco-dentaire pour les personnes vulnérables vivant au Canada [Internet]. Ottawa, Canada: Canadian Academy of Health Sciences | Académie canadienne des sciences de la santé; 2014. 105 p. Disponible sur: <https://cahs-acss.ca/improving-access-to-oral-health-care-for-vulnerable-people-living-in-canada/?lang=fr>
39. Davis EL. Access and Care: Reports from Canadian Dental Education and Care Agencies. Yearb Dent [Internet]. janv 2007 [cité 12 nov 2022];2007:294-5. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0084371708705300>
40. Zardak AN, Amini-Rarani M, Abdollahpour I, Eslamipour F, Tahani B. Utilization of dental care among adult populations: a scoping review of applied models. BMC Oral Health. 2023;23(1):596.
41. Fang C, Aldossri M, Farmer J, Gomaa N, Quiñonez C, Ravaghi V. Changes in income-related inequalities in oral health status in Ontario, Canada. Community Dent Oral Epidemiol. 2021;49(2):110-8.
42. Saucier A. Un modèle de prévision des dentistes au Québec. Cah Qué Démographie. 1980;9(2):105-19.
43. Teodorescu H. L'intégration des services buccodentaires et des services publics de soins primaires [Internet]. Université de Montréal; 2019. Disponible sur: <https://umontreal.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/5587433b-9577-4bef-ba51-634fd1168474/content>
44. Emami E, Galarneau C. Les disparités urbaines-rurales à l'égard de la santé et des services buccodentaires : Le profil de huit régions du Québec [Internet]. Gouvernement du Québec; 2016 p. 55. Disponible sur: <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2749014>

45. Quiñonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian households. *Int J Equity Health*. 16 avr 2011;10(1):14.
46. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
47. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
48. Marmot M. Global action on social determinants of health. *World Health Organ Bull World Health Organ*. 2011;89(10):702.
49. Singhal S, Quiñonez C, Manson H. Visits for Nontraumatic Dental Conditions in Ontario's Health Care System. *JDR Clin Transl Res*. 1 janv 2019;4(1):86-95.
50. Quiñonez C, Ieraci L, Guttman A. Potentially Preventable Hospital Use for Dental Conditions: Implications for Expanding Dental Coverage for Low Income Populations. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(3):1048-58.
51. Ontario Oral Health Alliance. Lack of access to dental care: The costs to our healthcare system [Internet]. Ontario Oral Health Alliance; 2019. Disponible sur: https://oaphd.on.ca/wp-content/uploads/2017/07/OOHA_Fact_Sheet_2019.pdf
52. Figueiredo R, Fournier K, Levin L. Emergency department visits for dental problems not associated with trauma in Alberta, Canada. *Int Dent J*. 1 déc 2017;67(6):378-83.
53. Barnett T. Utilisation of oral health services provided by non-dental health. *Community Dent Health* [Internet]. 1 déc 2014 [cité 11 nov 2022];224. Disponible sur: https://doi.org/10.1922/CDH_3465Hoang10
54. Montpetit C. Le Devoir. 2011 [cité 12 nov 2022]. Un luxe, les soins dentaires? Disponible sur: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/316566/un-luxe-les-soins-dentaires>
55. Brondani M, Ahmad SH. The 1% of emergency room visits for non-traumatic dental conditions in British Columbia: Misconceptions about the numbers. *Can J Public Health* [Internet]. mai 2017 [cité 11 nov 2022];108(3):e279-81. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.17269/CJPH.108.5915>
56. Ahmad SH. The direct and indirect costs of non-traumatic dental emergency room visits in British Columbia [Internet] [Text]. 2016. Disponible sur: <https://open.library.ubc.ca/collections/24/items/1.0314237>
57. OCDE. Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. OECD; 2013 [cité 12 nov 2022]. (Panorama de la santé). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr

58. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global Economic Impact of Dental Diseases. *J Dent Res* [Internet]. oct 2015 [cité 12 nov 2022];94(10):1355-61. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034515602879>
59. Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez C. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Oral Health* [Internet]. déc 2013 [cité 12 nov 2022];13(1):17. Disponible sur: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-13-17>
60. Bénigéri M, Sossa O. Perceptions et expériences de soins de la population, le Québec comparé : résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2013 [Internet]. Québec (Québec): Commissaire à la santé et au bien-être Québec; 2014. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2321926>
61. Ordre des dentistes du Québec. MÉMOIRE DE L'ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC PRÉSENTÉ AU COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE CONCERNANT LA COUVERTURE PUBLIQUE DES SERVICES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX [Internet]. ODQ; 2016 p. 28. Disponible sur: https://www.odq.qc.ca/Portals/5/fichiers_publication/rapports/ODQ_Memoire_Sante_2016.pdf
62. Saucier A, Brodeur JM. Saucier, A. & Brodeur, J.-M. (1981). Le rapport dentistes/population et le voisinage géographique. *Cahiers québécois de démographie*, 10(1), 125–132. <https://doi.org/10.7202/600845ar>. *Cah Qué Démographie*. 1981;10(1):125.
63. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > DREES. 2022;
64. Dussault G. Les effectifs sanitaires au Québec. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2006. (Classiques des sciences sociales).
65. Santhakumaran S, Baiad A, Ranjbari D, Correa JA, Chaudhry Z, Toffoli D. Impact of 5 waves of COVID-19 on pediatric ophthalmology. *Can J Ophthalmol*. avr 2025;60(2):e286-92.
66. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. oct 1994;344(8930):1129-33.
67. Bourgueil Y, Breton M, Cohidon C, Hudon C, Senn N, Van Durme T, et al. Les soins primaires face à la COVID-19 : une comparaison Belgique, France, Québec et Suisse: *Santé Publique*. 11 mars 2022;Vol. 33(6):991-5.
68. Keays G, Freeman D, Gagnon I. Les blessures au temps de la COVID-19. *Promot Santé Prév Mal Chron Au Can*. sept 2020;40(11/12):372-8.

69. Vujicic M, Nasseh K. A Decade in Dental Care Utilization among Adults and Children (2001–2010). *Health Serv Res.* avr 2014;49(2):460-80.
70. Statistics Canada. Characteristics of cost-related avoidance of oral health services among people in Canada eligible for the Canadian Dental Care Plan. 2025 [cité 11 déc 2025]; Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2025008/article/00002-eng.htm>
71. Bertrand É. Rapport d'analyse de l'accès aux soins dentaires au Québec [Internet]. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2021 p. 67. (Gouvernement du Québec; vol. 67). Disponible sur: <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4446781>
72. Breton M, Smithman MA, Touati N, Boivin A, Loignon C, Dubois CA, et al. Family Physicians Attaching New Patients From Centralized Waiting Lists: A Cross-Sectional Study. *J Prim Care Community Health.* janv 2018;9:2150132718795943.