

## Rapports sur la santé

# Évaluation du rôle que joue l'assurance-soins dentaires dans les disparités en matière de soins de santé buccodentaire chez les adultes canadiens

par Mohammad Moharrami, Yujiro Sano, Kellie Murphy, Xuefeng Hu, Janine Clarke, Scott McLeish et Yannick Fortin

Date de diffusion : le 17 avril 2024



---

## Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto:infostats@statcan.gc.ca)

**Téléphone** entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- |   |                |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques                                    | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur   | 1-514-283-9350 |

## Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site [www.statcan.gc.ca](http://www.statcan.gc.ca) sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

## Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

*This publication is also available in English.*

---

# Évaluation du rôle que joue l'assurance-soins dentaires dans les disparités en matière de soins de santé buccodentaire chez les adultes canadiens

par Mohammad Moharrami, Yujiro Sano, Kellie Murphy, Xuefeng Hu, Janine Clarke, Scott McLeish et Yannick Fortin

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400400001-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

La présente étude permet d'examiner la corrélation entre l'assurance-soins dentaires et l'accès et le recours aux soins de santé buccodentaire au Canada, tout en tenant compte du revenu et des facteurs sociodémographiques. Elle permet d'avoir des données de référence sur les disparités en matière de soins de santé buccodentaire avant la mise en œuvre du Régime canadien de soins dentaires (RCSD).

### Données et méthodes

Cette étude rétrospective de Canadiens âgés de 18 à 64 ans repose sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2022. La régression logistique multivariée a été utilisée pour évaluer la corrélation entre l'assurance-soins dentaires et le temps écoulé depuis la dernière visite et la fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires, ainsi que le fait d'éviter les soins dentaires en raison de leur coût.

### Résultats

Dans l'ensemble, 65,7 % des Canadiens ont déclaré avoir visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente : 74,6 % de ces personnes avaient une assurance privée, 62,8 % avaient une assurance publique et 49,8 % n'avaient aucune assurance. Par ailleurs, le fait d'éviter d'obtenir des soins dentaires en raison du coût a été déclaré par 16,0 % des répondants ayant une assurance privée, 20,9 % des répondants ayant une assurance publique et 47,4 % des répondants n'ayant aucune assurance. Après rajustement, les adultes détenant une assurance privée (rapports de cotes [RC] = 2,54; intervalle de confiance de 95 % [IC] : 2,32 à 2,78) et ceux détenant une assurance publique (RC = 2,17; IC de 95 % : 1,75 à 2,68) étaient plus susceptibles d'avoir visité un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année, comparativement à ceux sans assurance. De même, les détenteurs d'une assurance privée (RC = 0,22; IC de 95 % : 0,20 à 0,25) et les détenteurs d'une assurance publique (RC = 0,22; IC de 95 % : 0,17 à 0,29) étaient beaucoup moins susceptibles d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût, comparativement aux personnes sans assurance.

### Interprétation

La présente étude a révélé une corrélation importante entre l'assurance-soins dentaires et l'accès à des soins de santé buccodentaire au Canada. Ces constatations permettront d'avoir des données repères essentielles au moment d'évaluer l'efficacité du RCSD pour réduire les disparités en matière de santé buccodentaire.

### Mots-clés

accès aux soins de santé buccodentaire, assurance-soins dentaires, disparités en matière de soins de santé buccodentaire, recours aux soins dentaires

## AUTEURS

Mohammad Moharrami, Yujiro Sano, Xuefeng Hu, Janine Clarke, Scott McLeish et Yannick Fortin travaillent au Centre des mesures directes de la santé de Statistique Canada. Mohammad Moharrami travaille aussi à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Toronto. Kellie Murphy travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

### *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- La santé buccodentaire est essentielle au bien-être général et elle influe sur la santé physique et mentale. Toutefois, au Canada, des disparités importantes persistent en matière d'accès aux services de soins de santé buccodentaire, malgré son rôle essentiel dans le maintien d'une bonne santé buccodentaire.
- Une corrélation a été établie entre une couverture d'assurance-soins dentaires et le recours à des services de soins de santé buccodentaire au Canada.
- Pour aider à réduire les obstacles financiers liés à l'accès aux soins de santé buccodentaire des résidents canadiens admissibles ayant un revenu familial net rajusté inférieur à 90 000\$, et qui n'ont pas accès à une assurance-soins dentaires, le gouvernement du Canada a annoncé le lancement du Régime canadien de soins dentaires (RCSD) en 2022.

### *Ce qu'apporte l'étude*

- La présente étude repose sur des données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2022, menée juste avant la mise en œuvre du programme du RCSD, afin de fournir des estimations quant à l'accès et au recours aux services de soins de santé buccodentaire.
- Contrairement aux études antérieures qui reposaient principalement sur des analyses descriptives et l'examen isolé de quelques facteurs, la présente étude s'appuie sur des analyses de régression multivariées. Elle permet d'évaluer la corrélation entre l'assurance-soins dentaires et l'accès et le recours aux soins de santé buccodentaire, rajustée en fonction du revenu et d'autres variables sociodémographiques.
- Les analyses ont permis de déterminer que l'assurance-soins dentaires privée et l'assurance-soins dentaires publique sont des variables explicatives essentielles de l'accès et du recours aux services de soins de santé buccodentaire. Cette corrélation persistait même après la prise en compte du revenu et des variables sociodémographiques, ce qui laisse entendre que le simple fait d'avoir une assurance-soins dentaires pourrait mener à un meilleur accès et à un plus grand recours aux services de soins de santé buccodentaire.

La santé buccodentaire est une composante essentielle de la santé générale et influe sur le bien-être physique et mental<sup>1,2</sup>. Toutefois, malgré le rôle important que jouent l'accès et le recours aux services de soins de santé buccodentaire dans le maintien d'une santé buccodentaire optimale, des disparités considérables sont toujours observées dans l'accès aux services de soins de santé buccodentaire dans l'ensemble des groupes de population au Canada<sup>3,4</sup>. De plus, pour réduire ces disparités en matière de santé buccodentaire dans l'ensemble du pays, il faut aussi prendre en considération les déterminants comportementaux et sociaux qui influent sur ces écarts en matière d'accès et de recours aux soins.

Depuis 1996, les enquêtes nationales au Canada ont révélé une évolution du paysage de santé buccodentaire. Au départ, l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 révélait que 53 % des Canadiens avaient une assurance-soins dentaires et que 59 % avaient visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente<sup>5</sup>. Une décennie plus tard, l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS; cycle 1, 2007 à 2009) a démontré une amélioration, 68,1 % des Canadiens détenant une assurance-soins dentaires et 74,5 % ayant visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente<sup>6</sup>. D'autres données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2018 ont indiqué que 64,6 % des Canadiens détenaient une assurance-soins dentaires et 74,7 % avaient visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente. Plus précisément, 82,5 % des Canadiens qui avaient une assurance-

soins dentaires avaient visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente, comparativement à 60,5 % des personnes sans assurance. Bien que 39,1 % des Canadiens sans assurance ont évité les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût, ce pourcentage était plus faible chez les personnes ayant une assurance (13,7 %)<sup>7</sup>. Ces constatations soulignent l'importance d'avoir une assurance-soins dentaires pour avoir recours aux services de soins dentaires, ainsi que la notion indiquant que l'abordabilité des services de soins de santé buccodentaire n'est pas tout simplement attribuable au fait d'avoir une assurance-soins dentaires.

La corrélation entre le fait d'avoir une assurance-soins dentaires et le recours aux services de soins de santé buccodentaires n'est pas seulement observée au Canada. Diverses autres études internationales ont documenté des résultats semblables. Par exemple, une étude effectuée en Australie a révélé une corrélation positive entre le fait d'avoir une assurance-soins dentaires et une fréquence accrue de visites chez un professionnel des soins dentaires, en plus d'une réduction des visites urgentes pour cause de douleur. Cette étude met en évidence le rôle essentiel que joue l'assurance-soins dentaires dans la promotion de comportements positifs influant sur la santé buccodentaire<sup>8</sup>. Aux États-Unis, il a été déterminé que l'assurance-soins dentaires influe considérablement sur le recours aux services de soins dentaires chez les enfants âgés de 2 à 17 ans, ainsi que sur leur niveau de besoins non satisfaits en matière de soins dentaires<sup>9</sup>. Cependant, il est aussi important de

mentionner que, même si le revenu et le fait d'avoir une assurance-soins dentaires semblent être des variables explicatives de l'accès et du recours aux services de soins dentaires, d'autres facteurs sociodémographiques peuvent aussi jouer un rôle important. Ces facteurs peuvent comprendre, entre autres, le statut d'immigrant, le plus haut niveau de scolarité, le lieu de résidence et l'identification à un groupe racisé<sup>10-13</sup>. De plus, comme le propose Andersen, outre les facteurs environnementaux, les caractéristiques prédisposantes et les ressources habilitantes, le besoin perçu et l'état de santé buccodentaire perçu pourraient aussi être associés à des comportements d'utilisation des services de soins de santé<sup>14,15</sup>.

Les éléments de preuve semblent indiquer qu'une meilleure équité à l'égard de l'accès aux services de soins de santé buccodentaire serait appuyée par la fourniture d'une assurance-soins dentaires. De récentes estimations démontrent qu'environ un tiers des Canadiens n'ont pas d'assurance-soins dentaires<sup>16</sup>. Pour combler cette lacune, le gouvernement du Canada a annoncé le lancement du Régime canadien de soins dentaires (RCSD) en 2022. Le RCSD est conçu pour aider à réduire les obstacles financiers liés à l'accès aux soins de santé buccodentaire des résidents canadiens admissibles ayant un revenu familial net rajusté inférieur à 90 000\$, et qui n'ont pas accès à une assurance-soins dentaires<sup>16-18</sup>. Le RCSD devrait permettre d'étendre la couverture pour soins de santé buccodentaire à 9 millions de Canadiens sans assurance, garantissant leur accès aux services de soins de santé buccodentaire essentiels comme les services de prévention, y compris le détartrage (nettoyage), le polissage, les scellants et le fluorure; les services du diagnostic, comprenant les examens et les radiographies; les services de restauration, comprenant les obturations (plombages); les services en endodontie, comprenant les traitements de canal; les services de prosthodontie, comprenant les prothèses complètes ou les prothèses partielles amovibles; les services parodontaux, comprenant le détartrage en profondeur; et les services de chirurgie buccale, comprenant les extractions<sup>16</sup>. Grâce à une prévision de dépenses de 13 milliards de dollars sur cinq ans, ce régime vise à améliorer l'accès aux services de soins de santé buccodentaire à l'échelle du pays<sup>16</sup>.

La mise en place d'un programme de couverture national pour les soins dentaires, comme le RCSD, pourrait aussi alléger le fardeau économique imposé sur les systèmes de soins de santé attribuable aux problèmes dentaires qui sont traités en service d'urgence. Par exemple, l'Ontario a dépensé environ 16,4 millions de dollars en 2006 sur les visites au service d'urgence et les admissions à l'hôpital pour des problèmes dentaires<sup>19</sup>, alors que la Colombie-Britannique a engagé des dépenses d'environ 154,8 millions de dollars en 2013-2014, ce qui représente environ 1 % du nombre total de visites en service d'urgence<sup>20</sup>. En Alberta, les problèmes dentaires représentaient 1,2 % de toutes les visites en service d'urgence<sup>21</sup>. Le lancement d'un régime de soins de santé buccodentaire à l'échelle nationale devrait réduire considérablement ces dépenses en offrant des soins de prévention accessibles, réduisant ainsi la

fréquence des urgences dentaires traitées dans le service d'urgence. À l'heure actuelle, les traitements prodigués dans des établissements autres que des centres dentaires se limitent souvent à des soins palliatifs, ce qui mène à des taux élevés de visites répétées au service d'urgence, surtout chez les groupes vulnérables. Un régime de soins complets de santé buccodentaire réduirait non seulement le nombre de ces visites répétées, mais aussi le fardeau global qui pèse sur le système de soins de santé<sup>22,23</sup>.

La présente étude décrit l'accès et le recours aux soins de santé buccodentaire au Canada chez les adultes âgés de 18 à 64 ans avant la mise en place du RCSD et devrait, par conséquent, ouvrir la voie pour de futures analyses comparatives. Elle complète une étude parallèle axée sur les enfants et les adolescents, qui reposait sur des données tirées de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ)<sup>24</sup>, et une étude à venir portant sur les aînés qui repose sur des données tirées de l'Enquête canadienne sur la santé des aînés (ECSA). L'objectif principal de l'étude consiste à examiner la corrélation entre la couverture d'assurance-soins dentaires et l'accès et le recours aux services de soins de santé buccodentaire, tout en tenant compte des facteurs de confusion connus, notamment le revenu et d'autres variables sociodémographiques. L'hypothèse suppose une corrélation importante entre l'assurance-soins dentaires et l'accès et le recours aux services de soins de santé buccodentaire, indépendamment de l'influence possible de facteurs sociodémographiques et comportementaux. Enfin, l'étude présente les résultats liés aux répercussions perturbatrices de la pandémie de COVID-19 sur l'accès et le recours aux soins de santé buccodentaire<sup>25-27</sup>.

## Méthodes

### Sources de données

Les données sont tirées de l'ESCC de 2022. L'ESCC est une enquête transversale conçue pour recueillir des renseignements sur la santé auprès de résidents canadiens âgés de 12 ans ou plus qui habitent dans des logements privés dans les 10 provinces et les 3 territoires. Les personnes qui vivent dans des réserves et d'autres peuplements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes, les personnes qui vivent en établissement et les personnes qui vivent dans les régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James au Québec ont été exclues de la base de sondage de l'enquête. Parmi les 157 589 unités faisant partie du champ d'enquête, 67 242 personnes ont répondu à l'enquête, ce qui correspond à un taux de réponse de 42,7 %. Pour la présente étude, l'échantillon se limitait aux personnes âgées de 18 à 64 ans qui vivent dans les 10 provinces (n = 38 020).

**Tableau 1**  
**Prévalence des résultats en matière de soins de santé buccodentaire et des variables explicatives,**  
**Canadiens âgés de 18 à 64 ans, 2022**

	Fréquence (%)	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
<b>Measured de résultats</b>			
<b>Temps écoulé depuis la dernière visite chez un professionnel des soins dentaires</b>			
Il y a un an ou plus	34,4	33,5	35,2
Il y a moins d'un an	65,7	64,8	66,5
<b>Fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires</b>			
Seulement pour des soins urgents, ou jamais	16,3	15,7	17,0
Plus d'une fois par an, environ une fois par an ou moins d'une fois par an	83,7	83,0	84,3
<b>Fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût</b>			
Non	74,1	73,3	74,8
Oui	25,9	25,2	26,7
<b>Variables explicatives</b>			
<b>Assurance-soins dentaires</b>			
Sans assurance	30,9	30,1	31,7
Assurance privée	65,2	64,3	66,0
Assurance publique	3,9	3,6	4,3
<b>Revenu familial net rajusté</b>			
Moins de 70 000 \$	28,0	27,2	28,8
70 000 \$ à 89 999 \$	11,8	11,3	12,3
90 000 \$ ou plus	60,3	59,4	61,2
<b>Groupe d'âge</b>			
18 à 34 ans	35,6	35,4	35,9
35 à 49 ans	32,0	31,8	32,3
50 à 64 ans	32,4	32,2	32,5
<b>Genre<sup>1</sup></b>			
Hommes <sup>2</sup>	50,1	50,0	50,3
Femmes <sup>3</sup>	49,9	49,8	50,0
<b>Groupe de population</b>			
Non racisé et non autochtone	70,4	69,4	71,3
Racisé et non autochtone	29,6	28,7	30,6
<b>Identité autochtone</b>			
Non autochtone	96,5	96,2	96,8
Autochtone <sup>4</sup>	3,5	3,3	3,8
<b>Caractère rural</b>			
Centre de population	83,9	83,2	84,6
Région rurale	16,1	15,4	16,8
<b>Statut d'immigrant</b>			
Personnes nées au Canada	69,6	68,7	70,6
Immigrants reçus et résidents temporaires	30,4	29,5	31,3
<b>Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage</b>			
Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	16,0	15,5	16,6
Diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	84,0	83,4	84,5
<b>Situation d'emploi</b>			
Occupant un emploi	71,8	71,0	72,5
Au chômage	28,2	27,5	29,0
<b>Santé buccodentaire perçue</b>			
Mauvaise, passable ou bonne	40,2	39,3	41,0
Très bonne ou excellente	59,8	59,0	60,7

1. Étant donné que la taille de la population non binaire est petite, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties entre les deux autres catégories de genre.

2. Cette catégorie comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires.

3. Cette catégorie comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

4. Cette catégorie comprend les Autochtones qui vivent hors réserves dans les provinces seulement.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

Les données ont été recueillies entre le 7 février et le 31 décembre 2022, et les périodes de référence variaient selon les questions posées. L'ESCC fait appel à des interviews assistées par ordinateur, qui combinent des interviews téléphoniques et en personne. Une option de réponse par questionnaire électronique a été ajoutée à l'enquête de 2022. Ces interviews permettent d'obtenir un vaste éventail de données, y compris des caractéristiques démographiques, le statut socioéconomique et l'autodéclaration de l'utilisation des soins de santé et de l'état de santé générale. Le revenu familial net rajusté a été obtenu grâce au couplage du répondant avec les données fiscales dans la mesure du possible (77 %), et il a été imputé lorsque les données correspondantes n'ont pas été trouvées. Pour calculer le revenu familial net rajusté, on a fait la somme des variables fiscales suivantes : revenu familial net, moins la Prestation universelle pour la garde d'enfants, moins le montant d'un régime enregistré d'épargne-invalidité, plus le montant remboursé de la Prestation universelle pour la garde d'enfants.

### **Accès et recours aux soins dentaires**

#### ***Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires***

La dernière visite chez un professionnel des soins dentaires a été déterminée en fonction des réponses à la question suivante : « Quand avez-vous vu un professionnel des soins dentaires la dernière fois? » Les catégories de réponse ont été classées en deux groupes : « Il y a moins d'un an » et « Il y a un an ou plus ».

#### ***Fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires***

La fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires a été déterminée en fonction des réponses à la question suivante : « À quelle fréquence voyez-vous habituellement un professionnel des soins dentaires? » Les catégories de réponse ont été regroupées de la façon suivante : « Jamais ou uniquement pour des soins d'urgence » et « Plus d'une fois par an, environ une fois par an ou moins d'une fois par an ».

#### ***Fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût***

Les données sur le fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût reposaient sur les réponses à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous évité de vous rendre chez un professionnel des soins dentaires pour vos soins dentaires à cause du coût? » Les catégories de réponses étaient « Oui » et « Non ».

### **Variables explicatives et covariables**

#### ***Assurance-soins dentaires***

Les données sur l'assurance-soins dentaires ont été déterminées en fonction des réponses à deux questions : « Avez-vous de l'assurance ou un régime gouvernemental qui couvre en totalité ou en partie vos frais de soins dentaires? » et « Quel type d'assurance ou de régime gouvernemental? » Les réponses ont été classées en trois groupes : « Sans assurance », « Assurance privée » et « Assurance publique ». L'assurance privée comprend les régimes payés par un employeur, les régimes achetés personnellement et les régimes offerts par un collègue ou une université.

#### ***Revenu familial net rajusté***

Le revenu familial net rajusté a été déterminé par le couplage des répondants avec les données fiscales, et il a été classé en trois groupes, qui s'harmonisent avec le cadre stratégique du RCSD : « Moins de 70 000 \$ », « 70 000 \$ à 89 999 \$ » et « 90 000 \$ ou plus ».

#### ***Covariables***

L'âge a été classé en trois groupes : « 18 à 34 ans », « 35 à 49 ans » et « 50 à 64 ans ». Le genre a été divisé en deux catégories : « Hommes+ » et « Femmes+ ». La catégorie « Hommes+ » comprend les hommes ainsi que certaines personnes non binaires; et la catégorie « Femmes+ » comprend les femmes ainsi que certaines personnes non binaires. Le caractère rural a permis de faire la distinction entre les centres de population et les régions rurales. Le statut d'immigrant a été classé en fonction des personnes nées au Canada et celles qui sont des immigrants reçus ou des résidents temporaires. Le groupe de population a été divisé en deux : « Racisé et non autochtone » (y compris les Sud-Asiatiques, Chinois, Noirs, Philippins, Latino-Américains, Arabes, Asiatiques du Sud-Est, Asiatiques occidentaux, Coréens, Japonais et autres origines raciales et culturelles) et « Non racisé et non autochtone ». L'identité autochtone a été classée de la façon suivante : « Autochtone » (Premières Nations, Métis et Inuit) et « Non autochtone ». Le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage a été divisé entre les personnes sans diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire, et les personnes qui étaient titulaires de tout titre d'études postsecondaires. La situation d'emploi fait la distinction entre les personnes occupant un emploi et les personnes au chômage. Enfin, la santé buccodentaire perçue était divisée en deux catégories : les personnes qui déclarent avoir une santé buccodentaire bonne, passable ou mauvaise, comparativement aux personnes déclarant avoir une très bonne ou une excellente santé buccodentaire.

#### **Analyses statistiques**

Les proportions et les intervalles de confiance de 95 % (IC) sont présentés pour toutes les variables. De plus, l'étude comprend

**Tableau 2**  
**Caractéristiques des Canadiens et accès et recours aux soins de santé buccodentaire, Canadiens âgés de 18 à 64 ans, 2022**

	Dernière visite chez un professionnel des soins dentaires : Il y a moins d'un an			Fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires : Plus d'une fois par an, environ une fois par an ou moins d'une fois par an			Éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût : Oui		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
<b>Assurance-soins dentaires</b>									
Sans assurance	49,8	48,1	51,5	71,1	69,5	72,7	47,4	45,7	49,1
Assurance privée	74,6	73,7	75,5	90,9	90,3	91,6	16,0	15,2	16,9
Assurance publique	62,8	58,7	66,9	79,4	76,3	82,5	20,9	17,5	24,4
<b>Revenu familial net rajusté</b>									
Moins de 70 000 \$	54,3	52,8	55,9	73,9	72,5	75,4	38,1	36,6	39,7
70 000 \$ à 89 999 \$	63,0	60,8	65,2	81,6	79,6	83,6	29,5	27,3	31,7
90 000 \$ ou plus	71,4	70,3	72,5	88,6	87,9	89,4	19,6	18,7	20,5
<b>Groupe d'âge</b>									
18 à 34 ans	61,6	60,0	63,3	83,3	82,0	84,6	30,5	28,9	32,0
35 à 49 ans	67,1	65,8	68,4	84,6	83,6	85,7	25,1	23,9	26,3
50 à 64 ans	68,6	67,4	69,9	83,2	82,2	84,2	21,8	20,7	22,8
<b>Genre<sup>1</sup></b>									
Hommes <sup>2</sup>	62,0	60,8	63,2	81,1	80,1	82,0	24,4	23,4	25,5
Femmes <sup>3</sup>	69,3	68,1	70,4	86,3	85,5	87,2	27,4	26,4	28,5
<b>Groupe de population</b>									
Non racisé et non autochtone	68,0	67,1	68,9	85,6	85,0	86,2	23,8	23,0	24,6
Racisé et non autochtone	60,3	58,3	62,3	79,6	77,9	81,4	30,8	28,9	32,7
<b>Identité autochtone</b>									
Non autochtone	65,8	65,0	66,7	83,9	83,2	84,5	25,9	25,1	26,6
Autochtone <sup>4</sup>	61,5	58,0	65,0	79,8	76,7	82,8	27,3	24,0	30,7
<b>Caractère rural</b>									
Centre de population	66,0	65,1	67,0	84,0	83,3	84,8	26,3	25,5	27,2
Région rurale	63,7	62,2	65,3	82,0	80,7	83,2	24,0	22,5	25,4
<b>Statut d'immigrant</b>									
Personnes nées au Canada	67,7	66,8	68,6	85,3	84,7	86,0	24,5	23,6	25,3
Immigrants reçus et résidents temporaires	60,9	59,1	62,7	79,9	78,4	81,4	29,3	27,7	31,0
<b>Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage</b>									
Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	53,8	51,9	55,6	71,2	69,5	72,9	32,4	30,6	34,3
Diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	68,1	67,1	69,0	86,2	85,5	86,9	24,6	23,7	25,4
<b>Situation d'emploi</b>									
Occupant un emploi	67,3	66,4	68,3	85,2	84,5	85,9	24,4	23,6	25,3
Au chômage	61,5	59,8	63,1	79,8	78,4	81,1	29,7	28,2	31,3
<b>Santé buccodentaire perçue</b>									
Mauvaise, passable ou bonne	56,0	54,7	57,3	75,5	74,4	76,7	38,5	37,2	39,8
Très bonne ou excellente	72,1	71,0	73,1	89,2	88,4	89,9	17,5	16,6	18,4

1. Étant donné que la taille de la population non binaire est petite, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties entre les deux autres catégories de genre.

2. Cette catégorie comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires.

3. Cette catégorie comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

4. Cette catégorie comprend les Autochtones qui vivent hors réserves dans les provinces seulement.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

des tableaux croisés pour chacune des trois mesures de résultats et des variables explicatives, indiquant la proportion de la variable explicative pour chaque catégorie de résultats.

Des corrélations entre les variables explicatives et les résultats ont pu être faites à l'aide de la régression logistique multivariée. Pour obtenir une analyse plus approfondie, une approche de

régression logistique progressive ascendante a été adoptée. Au cours de la phase initiale, le modèle a intégré l'assurance-soins dentaires et le revenu en tant que principales variables explicatives, permettant une évaluation des répercussions directes sur les résultats (modèle 1). Ensuite, les variables restantes ont été ajoutées, fournissant des renseignements sur



les changements dynamiques observés dans les corrélations entre l'assurance-soins dentaires, le revenu et les résultats lorsqu'une gamme de variables explicatives plus vaste entre en jeu (modèle 2). Par conséquent, les rapports de cotes corrigés (RC) ont été présentés pour les modèles de régression multivariés. Pour toutes les statistiques inférentielles dans la présente étude, un intervalle de confiance de 95 % a été

appliqué, et une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme étant statistiquement significative. Pour tenir compte de la conception complexe de l'enquête, les analyses ont été pondérées et l'estimation de la variance (IC de 95 %) a été calculée au moyen de la méthode bootstrap. Toutes les analyses statistiques ont été exécutées dans STATA MP-64 (version 17) et R (version 4.3.1) et ses progiciels connexes.

Tableau 3

**Analyse de régression logistique multivariée portant sur les visites chez un professionnel des soins dentaires il y a moins d'un an, Canadiens âgés de 18 à 64 ans, 2022**

	Modèle 1			Modèle 2		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à	
<b>Assurance-soins dentaires</b>						
Sans assurance <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
Assurance privée	2,67 *	2,45	2,90	2,54 *	2,32	2,78
Assurance publique	1,92 *	1,59	2,32	2,17 *	1,75	2,68
<b>Revenu familial net rajusté</b>						
90 000 \$ ou plus <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
70 000 \$ à 89 999 \$	0,73 *	0,65	0,82	0,75 *	0,67	0,85
Moins de 70 000 \$	0,59 *	0,54	0,65	0,67 *	0,60	0,74
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 34 ans <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
35 à 49 ans	...	...	...	1,25 *	1,13	1,39
50 à 64 ans	...	...	...	1,51 *	1,37	1,67
<b>Genre<sup>1</sup></b>						
Hommes <sup>2†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Femmes <sup>3</sup>	...	...	...	1,36 *	1,25	1,48
<b>Groupe de population</b>						
Non racisé et non autochtone <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Racisé et non autochtone	...	...	...	0,87	0,75	1,01
Autochtone <sup>4</sup>	...	...	...	0,83 *	0,70	0,99
<b>Caractère rural</b>						
Centre de population <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Région rurale	...	...	...	0,86 *	0,79	0,94
<b>Statut d'immigrant</b>						
Personnes nées au Canada <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Immigrants reçus et résidents temporaires	...	...	...	0,81 *	0,70	0,93
<b>Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage</b>						
Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	...	...	...	1,43 *	1,30	1,59
<b>Situation d'emploi</b>						
Occupant un emploi <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Au chômage	...	...	...	0,96	0,87	1,07
<b>Santé buccodentaire perçue</b>						
Mauvaise, passable ou bonne <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Très bonne ou excellente	...	...	...	1,80 *	1,66	1,95

... n'ayant pas lieu de figurer

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

<sup>†</sup> catégorie de référence

1. Étant donné que la taille de la population non binaire est petite, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties entre les deux autres catégories de genre.

2. Cette catégorie comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires.

3. Cette catégorie comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

4. Cette catégorie comprend les Autochtones qui vivent hors réserves dans les provinces seulement.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

## Résultats

### Statistiques descriptives

Les résultats démontrent que, en 2022, en ce qui a trait aux visites chez un professionnel des soins dentaires les plus

récentes, 65,7 % des adultes canadiens avaient visité un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente (tableau 1). En ce qui a trait à la fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires, 16,3 % des répondants ont visité un professionnel des soins dentaires uniquement pour des soins d'urgence ou n'ont reçu aucun soin

**Tableau 4**

**Analyse de régression logistique multivariée portant sur la fréquence des visites chez un professionnel des soins dentaires il y a plus d'un an, il y a environ un an ou il y a moins d'un an, Canadiens âgés de 18 à 64 ans, 2022**

	Modèle 1			Modèle 2		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à	
<b>Assurance-soins dentaires</b>						
Sans assurance <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
Assurance privée	3,52 *	3,15	3,93	3,29 *	2,93	3,71
Assurance publique	1,85 *	1,51	2,27	2,33 *	1,85	2,93
<b>Revenu familial net rajusté</b>						
90 000 \$ ou plus <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
70 000 \$ à 89 999 \$	0,62 *	0,53	0,73	0,66 *	0,55	0,79
Moins de 70 000 \$	0,48 *	0,43	0,53	0,56 *	0,50	0,63
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 34 ans <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
35 à 49 ans	...	...	...	1,08	0,93	1,24
50 à 64 ans	...	...	...	1,11	0,97	1,28
<b>Genre<sup>1</sup></b>						
Hommes <sup>2†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Femmes <sup>3</sup>	...	...	...	1,47 *	1,32	1,64
<b>Groupe de population</b>						
Non racisé et non autochtone <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Racisé et non autochtone	...	...	...	0,75 *	0,62	0,90
Autochtone <sup>4</sup>	...	...	...	0,75 *	0,59	0,94
<b>Caractère rural</b>						
Centre de population <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Région rurale	...	...	...	0,85 *	0,75	0,96
<b>Statut d'immigrant</b>						
Personnes nées au Canada <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Immigrants reçus et résidents temporaires	...	...	...	0,81 *	0,68	0,97
<b>Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage</b>						
Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	...	...	...	0,81 *	0,68	0,97
<b>Situation d'emploi</b>						
Occupant un emploi <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Au chômage	...	...	...	0,99	0,87	1,12
<b>Santé buccodentaire perçue</b>						
Mauvaise, passable ou bonne <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Très bonne ou excellente	...	...	...	2,31 *	2,07	2,57

... n'ayant pas lieu de figurer

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

<sup>†</sup> catégorie de référence

1. Étant donné que la taille de la population non binaire est petite, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties entre les deux autres catégories de genre.

2. Cette catégorie comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires.

3. Cette catégorie comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

4. Cette catégorie comprend les Autochtones qui vivent hors réserves dans les provinces seulement.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

dentaire. De plus, environ 25,9 % des répondants ont déclaré éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût. En ce qui a trait aux variables explicatives d'intérêt, 65,2 % des répondants avaient une couverture privée d'assurance-soins dentaires, alors qu'une minorité de 3,9 % des répondants avait une assurance publique et 30,9 % des répondants n'avaient pas d'assurance. Quant au revenu familial net rajusté, 28,0 % des répondants touchaient moins de 70 000 \$ et 11,8 % avaient un revenu de 70 000 \$ à 89 999 \$. La description détaillée des covariables comprises est fournie dans le tableau 1.

Comme démontré dans le tableau 2, les adultes canadiens ayant une assurance privée affichaient la plus forte proportion de visites récentes (74,6 %) et fréquentes (90,9 %) chez un professionnel des soins dentaires, suivis des personnes ayant une assurance publique qui ont déclaré des niveaux intermédiaires de recours aux soins dentaires. Les personnes sans assurance ont affiché les taux les plus faibles en ce qui a trait au temps écoulé depuis la dernière visite (49,8 %) et à la fréquence (71,1 %) des visites chez un professionnel des soins dentaires. Le fait d'éviter les soins dentaires en raison du coût démontrait une relation inverse avec la couverture d'assurance-soins dentaires : 47,4 % des personnes sans assurance ont évité d'obtenir des soins dentaires en raison du coût, comparativement à des taux nettement plus bas chez les personnes ayant une assurance privée (16,0 %) ou une assurance publique (20,9 %). De plus, les données révèlent une tendance liée au revenu, où un revenu familial plus élevé est en corrélation avec la hausse des visites récentes et fréquentes chez un professionnel des soins dentaires, et avec la baisse du fait d'éviter les soins dentaires en raison du coût. Les statistiques détaillées sur toutes les covariables sont présentées au tableau 2.

### Analyses inférentielles

Dans les analyses de régression multivariées qui ont été menées, on a observé que l'importante association entre l'assurance-soins dentaires et les mesures de résultats ont seulement démontré de faibles variations après la prise en considération d'un ensemble complet de variables explicatives. Mentionnons notamment que, parmi toutes les covariables dans les modèles complets, les plus fortes corrélations étaient observées dans le cas des assurances privées et publiques, et ce, pour les trois mesures de résultats. Dans le modèle complet, le rapport de cotes pour l'assurance privée ayant une incidence sur le temps écoulé depuis les dernières visites chez un professionnel des soins dentaires était de 2,54 (IC de 95 % : 2,32 à 2,78). Quant à l'assurance publique, le RC était de 2,17 (IC de 95 % : 1,75 à 2,68) (tableau 3). En ce qui a trait à la fréquence des visites dentaires, le RC pour l'assurance privée était de 3,29 (IC de 95 % : 2,93 à 3,71), alors que pour l'assurance publique, il était de 2,33 (IC de 95 % : 1,85 à 2,93) (tableau 4). Concernant le fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût, les RC pour les assurances privées et publiques étaient de 0,22 (IC de 95 % : 0,20 à 0,25) et de 0,22

(IC de 95 % : 0,17 à 0,29), respectivement (tableau 5). Les détails complets du modèle initial et des modèles complets, y compris l'association de toutes les covariables avec les mesures de résultats, sont présentés dans les tableaux 3 à 5. Ces observations laissent entendre que l'association entre l'assurance-soins dentaires et les mesures de résultats demeure relativement stable dans l'ensemble des différentes spécifications de modèle.

### Discussion

La présente étude a été menée dans le cadre d'une série plus vaste de rapports préparés par le Programme de la statistique de la santé buccodentaire à Statistique Canada. Elle se veut un complément à une étude parallèle axée sur les enfants, qui repose sur les données tirées de l'ECSEJ<sup>24</sup>, ainsi qu'à une étude à venir sur les personnes âgées, qui repose sur les données tirées de l'ECSA. Ces études précèdent aussi les rapports à venir portant sur les données tirées du cycle 7 de l'ECMS et du cycle 1 de l'Enquête canadienne sur la santé buccodentaire (ECSB). L'objectif commun de ces analyses est d'établir des mesures de référence qui permettront d'évaluer les répercussions du RCSD sur la population canadienne après sa mise en œuvre.

La présente étude a révélé des disparités importantes dans l'accès et le recours aux services de soins de santé buccodentaire au sein de la population canadienne, selon le revenu familial net rajusté et la couverture d'assurance-soins dentaires examinés indépendamment. Les tendances observées dans l'ensemble des catégories de revenu indiquent qu'un revenu familial plus élevé est associé à des visites plus fréquentes et plus récentes chez un professionnel des soins dentaires, ainsi qu'à une tendance plus faible d'éviter les soins en raison du coût, ce qui cadre avec les constatations présentées dans des rapports antérieurs<sup>6,7</sup>. Plus précisément, plus de 50 % des adultes canadiens touchant un revenu inférieur à 70 000 \$ ont visité un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année, comparativement à plus de 70 % des répondants touchant un revenu de 90 000 \$ ou plus. De plus, le fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût était deux fois plus élevé chez les personnes touchant moins de 70 000 \$ par année, comparativement aux personnes touchant 90 000 \$ ou plus. Ces constatations laissent entendre que, pour obtenir une meilleure équité en matière d'accès aux soins de santé pour les Canadiens, surtout ceux qui se situent dans les tranches de revenu inférieures, il faut éliminer les obstacles financiers liés aux soins de santé buccodentaire.

Sans égard aux disparités observées dans l'ensemble des groupes de revenu, le modèle de régression logistique multivarié a également déterminé l'assurance-soins dentaires privée et publique comme étant des variables explicatives essentielles de l'accès et du recours aux services de soins dentaires. Après la prise en compte du revenu familial net rajusté et d'autres facteurs sociodémographiques, les résultats

laissent entendre que le fait d'offrir une assurance-soins dentaires, à elle seule, pourrait améliorer considérablement l'accès et le recours aux soins de santé buccodentaire. L'amélioration de l'accès aux soins de santé buccodentaire, comme en témoigne la littérature, pourrait aussi avoir des effets favorables qui vont au-delà des résultats liés à la santé

buccodentaire. Par exemple, il a été démontré que, pour les adultes ayant des contraintes économiques, le fait d'offrir une assurance-soins dentaires pourrait réduire le besoin de détourner des fonds d'autres domaines essentiels, répondant ainsi aux demandes financières concurrentes à l'intérieur d'un budget restreint<sup>28</sup>. De plus, la réduction du fardeau financier lié

Tableau 5

Analyse de régression logistique multivariée portant sur le fait d'éviter les visites chez un professionnel des soins dentaires en raison du coût, Canadiens âgés de 18 à 64 ans, 2022

	Modèle 1			Modèle 2		
	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à		Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance de 95 % de à	
<b>Assurance-soins dentaires</b>						
Sans assurance <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
Assurance privée	0,24 *	0,22	0,26	0,22 *	0,20	0,25
Assurance publique	0,25 *	0,20	0,31	0,22 *	0,17	0,29
<b>Revenu familial net rajusté</b>						
90 000 \$ ou plus <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...
70 000 \$ à 89 999 \$	1,61 *	1,41	1,83	1,58 *	1,38	1,81
Moins de 70 000 \$	2,01 *	1,83	2,21	1,81 *	1,63	2,01
<b>Groupe d'âge</b>						
18 à 34 ans <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
35 à 49 ans	...	...	...	0,73 *	0,65	0,82
50 à 64 ans	...	...	...	0,51 *	0,46	0,58
<b>Genre<sup>1</sup></b>						
Hommes <sup>2†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Femmes <sup>3</sup>	...	...	...	1,27 *	1,17	1,39
<b>Groupe de population</b>						
Non racisé et non autochtone <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Racisé et non autochtone	...	...	...	1,28 *	1,09	1,50
Autochtone <sup>4</sup>	...	...	...	1,12	0,91	1,37
<b>Caractère rural</b>						
Centre de population <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Région rurale	...	...	...	0,88 *	0,79	0,98
<b>Statut d'immigrant</b>						
Personnes nées au Canada <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Immigrants reçus et résidents temporaires	...	...	...	0,97	0,83	1,13
<b>Niveau de scolarité le plus élevé</b>						
Aucun diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Diplôme ou certificat d'études postsecondaires ou grade universitaire	...	...	...	0,96	0,85	1,07
<b>Situation d'emploi</b>						
Occupant un emploi <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Au chômage	...	...	...	0,98	0,87	1,09
<b>Santé buccodentaire perçue</b>						
Mauvaise, passable ou bonne <sup>†</sup>	...	...	...	1,00	...	...
Très bonne ou excellente	...	...	...	0,33 *	0,30	0,36

... n'ayant pas lieu de figurer

\* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ )

<sup>†</sup> catégorie de référence

1. Étant donné que la taille de la population non binaire est petite, il est parfois nécessaire d'agréger les données dans une variable sur le genre à deux catégories pour protéger la confidentialité des réponses. Dans ces cas, les personnes dans la catégorie « personnes non binaires » sont réparties entre les deux autres catégories de genre.

2. Cette catégorie comprend les hommes de même que certaines personnes non binaires.

3. Cette catégorie comprend les femmes de même que certaines personnes non binaires.

4. Cette catégorie comprend les personnes autochtones qui vivent hors réserve dans les provinces seulement.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2022.

aux soins de santé buccodentaire pourrait éviter que les ménages aient à consacrer un montant disproportionné de leur revenu disponible à ces dépenses, réduisant ainsi le risque de tomber sous le seuil de la pauvreté<sup>29</sup>. De plus, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies ont souligné que les maladies buccodentaires non traitées ont une grande incidence sur la qualité de vie et la productivité. Par conséquent, un meilleur accès aux soins de santé buccodentaire et une plus grande abordabilité pourraient entraîner des avantages socioéconomiques plus larges, améliorant ainsi la santé générale et la qualité de vie<sup>30</sup>.

Il convient de mentionner que les données utilisées dans la présente étude, tirées du cycle de l'ESCC de 2022 ont été recueillies de février à décembre 2022. Elles englobent les réponses des personnes qui ont été invitées à rendre compte de leurs expériences de soins de santé buccodentaire pendant une période de référence en 2021, au même moment où avait lieu la pandémie de COVID-19. Lorsque les résultats de la présente étude sont comparés aux estimations de l'ESCC de 2018, la fréquence relative des visites chez un professionnel des soins dentaires au cours de l'année précédente a chuté, passant de 74,7 % à 65,7 % entre les cycles d'enquête de 2018 et de 2022<sup>7</sup>. L'effet perturbateur de la pandémie sur la fourniture de soins dentaires est bien documenté dans la littérature<sup>25-27,31,32</sup>. De plus, des facteurs psychosociaux, comme la peur de contracter la COVID-19 et l'anxiété qui en découle éprouvés par les praticiens<sup>31,33</sup> et les patients<sup>34-36</sup>, ont eu une incidence sur les visites chez les professionnels des soins dentaires. Toutefois, il est intéressant de mentionner que, selon les analyses inférentielles de la présente étude, le fait d'avoir une assurance-soins dentaires est toujours le facteur le plus important dans l'accès aux soins dentaires et dans la prévention d'une baisse encore plus marquée des visites chez un professionnel des soins dentaires en période d'incertitude, comme celles observées lors de la pandémie.

Même si le RCSD promet un meilleur accès aux soins de santé buccodentaire, il est important de reconnaître que l'abordabilité seule ne garantit pas l'accès et le recours aux services de soins de santé buccodentaire. Les analyses complémentaires ont démontré que même parmi les personnes ayant une assurance-soins dentaires privée et qui n'évitent pas d'obtenir des soins en raison du coût, 1 répondant sur 5 n'avait pas visité un professionnel des soins dentaires au cours de la dernière année. Par conséquent, l'abordabilité doit être considérée comme étant une composante de l'accès aux soins de santé buccodentaire. Les quatre autres piliers, soit la disponibilité, l'accessibilité, l'adaptation et l'acceptabilité, jouent aussi un rôle essentiel. La disponibilité présume une offre suffisante de services professionnels de soins de santé buccodentaire; l'accessibilité vise la facilité d'accès à l'emplacement du fournisseur; l'adaptation concerne la capacité du fournisseur à satisfaire aux besoins du client, y compris les heures d'ouverture et les communications appropriées; l'acceptabilité se rapporte au confort mutuel entre le client et le fournisseur en fonction de caractéristiques comme l'âge, le sexe, la classe sociale et

l'ethnicité. Un accès complet nécessite la prise en compte de tous ces facteurs afin d'assurer un recours efficace aux services de soins dentaires<sup>37</sup>.

Les points forts notables de la présente étude comprennent l'utilisation d'un échantillon représentatif de la population nationale tiré du cycle de l'ESCC de 2022, permettant ainsi la généralisabilité de ses résultats. L'intégration des analyses inférentielles et de la régression multivariée, qui tient compte d'un ensemble complet de variables explicatives, ajoute une robustesse importante aux résultats. Le choix délibéré de classer le revenu familial net rajusté en tranches qui reflètent les critères d'admissibilité du RCSD garantit la pertinence et l'applicabilité des résultats de l'étude aux discussions en matière de politiques.

La présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, les données recueillies dans l'ESCC reposent sur l'autodéclaration des comportements au cours des 12 mois précédents, qui peut faire l'objet d'un biais de rappel. De plus, pour certains répondants, les 12 mois précédents coïncidaient avec de possibles restrictions liées à la COVID-19, ce qui pourrait fausser la prévalence des estimations. Cependant, au cours de la période de collecte des données, l'examen de la prévalence des résultats et des variables explicatives selon la date de l'interview n'a révélé aucune différence significative, ce qui donne à penser qu'il n'y a aucun problème inquiétant. Le taux de réponse de l'ESCC était relativement faible (42,7 %), mais l'intégration des poids d'échantillonnage à l'analyse a garanti que les estimations soient représentatives de la population canadienne, en tenant compte du taux de non-réponse. Enfin, des facteurs pertinents à l'étude sur l'accès aux soins de santé buccodentaire et les disparités à cet égard n'ont pas été recueillis dans l'ESCC, notamment la disponibilité des fournisseurs de soins dentaires ou des renseignements précis liés aux coûts, notamment dans le cas où, malgré le fait que le répondant a une assurance, il doit tout de même payer de sa poche pour les soins et ensuite attendre un remboursement, ce qui pourrait avoir une incidence sur l'abordabilité de sa visite chez un professionnel des soins dentaires. L'ECSB à venir comprendra des renseignements plus complets sur les obstacles à l'accès aux soins de santé buccodentaire au Canada.

Pour mieux comprendre les répercussions éventuelles du RCSD sur les Canadiens, il faut prendre en considération les estimations tirées des rapports à venir qui s'appuient sur les données du cycle 7 de l'ECMS et du cycle 1 de l'ECSB pour lesquels les données ont été recueillies juste avant le lancement du RCSD. Ces données devraient être publiées à l'automne 2025 et à la fin de 2024, respectivement. Ces rapports à venir vont probablement présenter les effets résiduels de la pandémie, offrant ainsi une perspective plus claire sur les effets du RCSD dans un environnement postpandémie.

## Conclusions

La présente étude fournit des renseignements sur le rôle déterminant de l'assurance-soins dentaires et d'autres caractéristiques sociodémographiques dans l'accès et le recours

aux services de soins de santé buccodentaire chez les adultes canadiens. Elle permet de souligner les disparités existantes dans l'accès aux soins dentaires en fonction de la couverture d'assurance : les personnes ayant une assurance privée, suivies de celles ayant une assurance publique, avaient des taux nettement supérieurs de recours aux soins dentaires. Le rôle constant que joue l'assurance dans les comportements liés aux soins dentaires met l'accent sur le besoin d'avoir une assurance-soins dentaires accessible pour promouvoir des soins de santé buccodentaire réguliers. Pour les études à venir, il est recommandé de mettre l'accent sur les données à venir du cycle 1 de l'ECSB et du cycle 7 de l'ECMS. Ces données

pourraient brosser un tableau plus clair des tendances d'utilisation des soins de santé buccodentaire dans un environnement de soins de santé plus stable. Ces données, combinées aux résultats de la présente étude, permettraient d'avoir un ensemble complet de données repères avant le lancement du RCSD. Pour faire progresser les objectifs en matière de santé publique, il sera important de mener d'autres recherches pour comprendre de quelle façon les politiques sur les soins de santé influent à long terme l'utilisation des soins de santé buccodentaire, et d'orienter les efforts pour veiller à ce qu'il y ait un accès équitable aux soins de santé buccodentaire pour tous les Canadiens.

# Références

1. Hein, C. et Williams, R.C. (2017). « The impact of oral health on general health: Educating professionals and patients », *Current Oral Health Reports*, vol. 4, p. 8 à 13.
2. Fiorillo, L. (2019). « Oral health: the first step to well-being », *Medicina*, vol. 55, n° 10, p. 676.
3. Chari, M., Ravaghi, V., Sabbah, W., Gomaa, N., Singhal, S. et Quiñonez, C. (2022). « Comparing the magnitude of oral health inequality over time in Canada and the United States », *Journal of Public Health Dentistry*, septembre 2022, vol. 82, n° 4, p. 453 à 460.
4. Chari, M., Ravaghi, V., Sabbah, W., Gomaa, N., Singhal, S. et Quiñonez, C. (2022). « Oral health inequality in Canada, the United States and United Kingdom », *Plos One*, 4 mai 2022, vol. 17, n° 5, e0268006.
5. Millar, W.J. et Locker, D. (1999). L'assurance-soins dentaires et l'utilisation des services de soins dentaires, *Rapports sur la santé*, vol. 11, p. 59 à 72, Statistique Canada.
6. Santé Canada. (2010). *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007-2009*, Ottawa (Ontario) : Santé Canada, <https://publications.gc.ca/site/fra/9.637551/publication.html> (site consulté le 15 novembre 2023).
7. Statistique Canada. (2019). Soins dentaires, 2018, *Feuilles d'information de la santé*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00010-fra.htm> (site consulté le 15 novembre 2023).
8. Brennan, D.S., Anikeeva, O. et Teusner, D.N. (2013). « Dental visiting by insurance and oral health impact », *Australian Dental Journal*, septembre 2013, vol. 58, n° 3, p. 344 à 349.
9. Zhou, J.Y., Elyasi, M. et Amin, M. (2017). « Associations among dental insurance, dental visits, and unmet needs of US children », *The Journal of the American Dental Association*, 1<sup>er</sup> février 2017, vol. 148, n° 2, p. 92 à 99.
10. Sano, Y. et Antabe, R. (2021). « Regular dental care utilization: The case of immigrants in Ontario, Canada », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 28 août 2021, p. 1 à 8.
11. Curi, D.S., Figueiredo, A.C. et Jamelli, S.R. (2018). « Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: an integrative review », *Ciencia & saude coletiva*, vol. 23, p. 1561 à 1576.
12. Chen, M., Wright, C.D., Tokede, O., Yansane, A., Montasem, A., Kalenderian, E., Beaty, T.H., Feingold, E., Shaffer, J.R., Crout, R.J., Neiswanger, K. (2019). « Predictors of dental care utilization in north-central Appalachia in the USA », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 47, n° 4, p. 283 à 290.
13. Trohel, G., Bertaud-Gounot, V., Soler, M., Chauvin, P. et Grimaud, O. (2016). « Socio-economic determinants of the need for dental care in adults », *PloS One*, 21 juillet 2016, vol. 11, n° 7, e0158842.
14. Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 1 à 10.
15. Babitsch, B., Gohl, D. et Von Lengerke, T. (2012). « Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011 », *Psychosocial Medicine*, vol. 9, doc. 11.
16. Gouvernement du Canada. (2023). Le gouvernement du Canada annonce des progrès concernant le Régime canadien de soins dentaires, Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, <https://www.canada.ca/fr/services-publics-appvisionnement/nouvelles/2023/09/le-gouvernement-du-canada-annonce-des-progres-concernant-le-regime-canadien-de-soins-dentaires.html> (site consulté le 18 septembre 2023).
17. Ontario Dental Association. (2023). *Canadian Dental Care Plan*, Toronto (Ontario) : Ontario Dental Association, <https://www.oda.ca/visiting-the-dentist/government-dental-programs/canadian-dental-care-plan/> (site consulté le 18 septembre 2023).
18. Gouvernement du Canada. (2023). Régime canadien de soins dentaires : Quels sont les services couverts, Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada, <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/dentaire/regime-soins-dentaires/couverture.html> (site consulté le 13 décembre 2023).
19. Quiñonez, C., Ieraci, L. et Guttmann, A. (2011). « Potentially preventable hospital use for dental conditions: implications for expanding dental coverage for low income populations », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 22, n° 3, p. 1048 à 1058.
20. Brondani, M. et Ahmad, S.H. (2017). « The 1% of emergency room visits for non-traumatic dental conditions in British Columbia: Misconceptions about the numbers », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 108, e279-281.
21. Figueiredo, R., Fournier, K. et Levin, L. (2017). « Emergency department visits for dental problems not associated with trauma in Alberta, Canada », *International Dental Journal*, vol. 67, n° 6, p. 378 à 383.
22. DeLia, D., Lloyd, K., Feldman, C.A. et Cantor, J.C. (2016). « Patterns of emergency department use for dental and oral health care: implications for dental and medical care coordination », *Journal of Public Health Dentistry*, vol. 76, n° 1, p. 1 à 8.
23. Figueiredo, R., Dempster, L., Quiñonez, C. et Hwang, S.W. (2016). « Emergency department use for dental problems among homeless individuals: a population-based cohort study », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 27, n° 2, p. 860 à 868.
24. Murphy, K., Gondro, J.V. et Moharrami, M. (2024). « Facteurs liés à l'utilisation des services de soins buccodentaires chez les enfants et les jeunes canadiens », *Rapports sur la santé*, vol. 35, n° 4, p. 17 à 29.
25. Choi, S.E., Simon, L., Riedy, C.A. et Barrow, J.R. (2021). « Modeling the impact of COVID-19 on dental insurance coverage and utilization », *Journal of Dental Research*, janvier 2021, vol. 100, n° 1, p. 50 à 57.
26. Moharrami, M., Bohlouli, B. et Amin, M. (2022). « Frequency and pattern of outpatient dental visits during the COVID-19 pandemic at hospital and community clinics », *The Journal of the American Dental Association*, vol. 153, n° 4, p. 354 à 364.

27. Murphy, K., Garriguet, D. et Rotermann, M. (2024). « Besoins déclarés en services de santé buccodentaire et accès à ces services durant la pandémie de COVID-19 au Canada ». *Rapports sur la santé*, vol. 35, n° 2, p. 18 à 31.
28. Muirhead, V.E., Quiñonez, C., Figueiredo, R. et Locker, D. (2009). « Predictors of dental care utilization among working poor Canadians », *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 37, n° 3, p. 199 à 208.
29. Bernabé, E., Masood, M. et Vujcic, M. (2017). « The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries », *BMC Public Health*, vol. 17, n° 1, p. 1 à 8.
30. Centers for Disease Control and Prevention. *Disparities in oral health*, cdc.gov, [https://www.cdc.gov/oralhealth/oral\\_health\\_disparities/index.htm](https://www.cdc.gov/oralhealth/oral_health_disparities/index.htm) (site consulté le 1<sup>er</sup> décembre 2023).
31. Lewandowska, M., Partyka, M., Romanowska, P., Saczuk, K. et Lukomska-Szymanska, MM. (2021). « Impact of the COVID-19 pandemic on the dental service: A narrative review », *Dental and Medical Problems*, vol. 58, n° 4, p. 539 à 544.
32. Jiang, C.M., Duangthip, D., Auychai, P., Chiba, M., Folayan, M.O., Hamama, H.H., Kamnoedboon, P., Lyons, K., Matangkasombut, O., Mathu-Muju, K.R. et Mathur, V.P. (2021). « Changes in oral health policies and guidelines during the COVID-19 pandemic », *Frontiers in Oral Health*, 20 mai 2021, vol. 2, 668444.
33. Suryakumari, V.B., Reddy, Y.P., Yadav, S.S., Doshi, D. et Reddy, V.S. (2022). Assessing fear and anxiety of corona virus among dental practitioners, *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, vol. 16, n° 2, p. 555 à 560.
34. Daltaban, Ö. et Aytakin, Z. (2022). « Fear and anxiety of COVID-19 in dental patients during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey in Turkey », *Dental and Medical Problems*, vol. 59, n° 3.
35. Nguyen, N.T., Boyd, L.D., Oh, U. et Vineyard, J. (2022). « Patients' fear, stress, and anxiety toward attending dental visits during the COVID-19 pandemic », *Journal of Dental Hygiene*, 1<sup>er</sup> décembre 2022, vol. 96, n° 6, p. 15 à 23.
36. Yuan, S., Zheng, Y., Sun, Z. et Humphris, G. (2023). « Does fear of infection affect people's dental attendance during COVID-19? A Chinese example to examine the association between COVID anxiety and dental anxiety », *Frontiers in Oral Health*, vol. 4.
37. McLaughlin, C.G. et Wyszewianski, L. (2002). « Access to care: remembering old lessons », *Health Services Research*, vol. 37, n° 6, p. 1441 à 1443.