



Canada's oral health and dental care inequalities and the Canadian Dental Care Plan

Les inégalités en santé buccodentaire et en soins dentaires au Canada et le Régime canadien de soins dentaires

Paul J. Allison¹

Published online: 6 July 2023

© The Author(s) under exclusive license to The Canadian Public Health Association 2023

It is well recognized that inequalities in all kinds of health indicators exist and that the greatest burden of disease and illness is experienced by the poorest and most marginalized groups in Canada and globally. Given that the social and commercial determinants of oral health are the same as those for other non-communicable diseases (Peres et al., 2019), it is no surprise that the same inequalities exist in oral health in Canada and elsewhere (Chari et al., 2022a) and that these have persisted over several decades (Chari et al., 2022b). However, it is important to note that, in Canada at least, inequalities in oral health and disease indicators, such as untreated dental caries or dental pain, are greater than among general health indicators (Ravaghi et al., 2013) and that the former are greater among women in Canada than among men (Canadian Academy of Health Sciences, 2014). And, unfortunately, the unequal burden of oral diseases experienced by Indigenous populations in Canada is considerable (First Nations Information Governance Centre, 2012; Health Canada, 2011).

Similar to these Canadian inequalities in oral health are those in dental care, although the observations are more nuanced depending on the nature of the indicator of dental care. An analysis of self-report data on annual dental visits during the period 2001–2016 demonstrated persistent but diminishing inequalities in this outcome (Ravaghi, 2020). Nevertheless, it is important to understand that the proportion of Canadians reporting not visiting a dentist because of the cost has increased from 17% in 2007–2009 (Health

Canada, 2010) to 28% in 2016 (Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2016). Furthermore, in 2018, Statistics Canada reported that 36.4% of Canadians had no dental insurance (Statistics Canada, 2019) and Canadian Institute for Health Information (CIHI) data indicate that in 2019 (i.e. the most recent “normal”, pre-pandemic year for such data), while total expenditure on dental care in Canada was \$16.4 billion, only \$1 billion (i.e. 6.2%) of that was publicly funded (Canadian Institute for Health Information, 2022).

It is in this context that the Canadian federal government announced a new Canadian Dental Care Plan (CDCP; Government of Canada, 2023). More specifically, they announced an investment of \$13 billion over five years with \$4.4 billion ongoing to “provide dental coverage for uninsured Canadians with annual family income of less than \$90,000, with no co-pays for those with family incomes under \$70,000” (Government of Canada, 2023). Additionally, there will be \$250 million over three years, with \$75 million ongoing for an “Oral Health Access Fund” (Government of Canada, 2023). While the details of how the CDCP will work are yet to be released, it is anticipated that the large majority of spending will be in the form of fees-for-service paid to dental professionals providing care in traditional private offices. This is excellent news because cost is the major barrier to accessing dental care. However, it is not the only barrier, with classic conceptions of access applying to dental care just as they do to medical care.

The broader problems of access to dental care have been described in terms of the exclusion of particular groups such as Indigenous peoples, those with disabilities, those in rural and remote communities, recent immigrants and refugees, and other marginalized groups, as well as the lack of diversity in dental care delivery sites and in the oral health care

✉ Paul J. Allison
paul.allison@mcgill.ca

¹ Faculty of Dental Medicine and Oral Health Sciences,
McGill University, Montreal, QC, Canada

workforce (Canadian Academy of Health Sciences, 2014). Even among young children, where many of the current provincial public dental care programs are targeted, access is a major problem. For example, in Quebec, where dental care is covered by the public medical system until a child's 10th birthday, in 2017, only 31% of 0–4-year-olds and 52% of 0–9-year-olds had received some form of dental care (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2021). Clearly, there are problems of geographic distribution and of training of dental professionals to reach out and care for groups whose treatment needs are more complicated, such as young children with multiple caries lesions, Indigenous peoples, people with disabilities, and people in long-term care centres.

Given these multiple and complex barriers to good-quality oral health care for many, particularly poor and marginalized groups in Canada, a public fee-for-service system based almost completely in traditional private offices, while a good step forward, will not address many of the aforementioned barriers. First, the CDCP is not universal like our medical system and will require people to qualify, presumably through the Canada Revenue Agency (CRA). This immediately presents a barrier to the poorest and most marginalized groups who, for a range of reasons, do not submit documentation to the CRA. This is a good example of why the WHO's Global Oral Health Action Plan (GOHAP) calls for integrating oral health care into universal health coverage (WHO, 2023).

Second, the services covered by the CDCP need to focus on treatments that are supported by evidence and prevent or care for disease and restore function. Currently, in Canada and elsewhere in the world, the application of evidence-based care in dentistry is limited, with there being no standards of care or clinical practice guidelines for dental care in Canada. It is essential to focus the CDCP on delivering evidence-supported therapies to those in need of them, rather than depending on traditional practices and/or responding to demand.

But beyond this and thinking about the aforementioned "Oral Health Access Fund" element of the CDCP, it is essential to consider delivering oral health care using a range of alternative approaches that focus on health care needs of those with the greatest burden of oral disease and greatest barriers to care. For such groups, who commonly have multiple health and social problems, it is essential to integrate primary dental care with primary medical care and social services in community health centres and settings, which is another recommendation of the WHO GOHAP (WHO, 2023). This includes integrating dental care records in the electronic medical records of patients to enable a more holistic and integrated approach. On top of this, many of the groups referred to have complex care needs that take longer than normal, so fee-for-service compensation will not work unless somehow weighted to recognize complexity,

or unless alternative compensation methods such as hourly rates or salaries are used to pay providers. Also, we need to revise scopes of practice to enable physicians and nurses and perhaps even teachers and others, as well as a range of oral health care professionals, to perform simple, effective forms of care in schools, community health care and long-term care centres, and other settings. We also need to develop and test mobile, telehealth, and other novel approaches to providing at least some elements of oral health care.

Finally, it is essential to recognize that even the best health care delivery systems focus on caring for individuals who are ill and there are well-recognized limits of this approach, which, while necessary, must be complemented by a much stronger investment in upstream strategies to address the social and commercial determinants of health. Furthermore, there will need to be a significant reorientation of the training of oral and other health care professionals so that they are better able to focus on prevention and population needs and address inequalities in health.

In summary, the CDCP is an excellent and much-needed step forward in reducing the considerable inequalities in access to dental care in Canada, but there remain a number of important further steps to be taken to more fully address those inequalities as well as those in oral health and disease, including the possibility of making dental care part of Canada's universal coverage medical system.

Paul J. Allison, BDS, PhD, Professor, Faculty of Dental Medicine and Oral Health Sciences, McGill University, Montreal, QC

Éditorial

On sait qu'il existe des inégalités selon toutes sortes d'indicateurs de santé, et que les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés ont la plus grande charge de morbidité et de maladie au Canada et dans le reste du monde. Comme les déterminants sociaux et commerciaux de la santé buccodentaire sont les mêmes que ceux d'autres maladies non transmissibles (Peres et al., 2019), il n'est pas étonnant que l'on trouve les mêmes inégalités en santé buccodentaire au Canada et ailleurs (Chari et al., 2022a), et que ces inégalités persistent depuis plusieurs dizaines d'années (Chari et al., 2022b). Il importe toutefois de signaler qu'au Canada du moins, les inégalités selon les indicateurs de la santé et des maladies buccodentaires, comme les caries non traitées ou la douleur dentaire, sont plus importantes qu'elles ne le sont selon les indicateurs de la santé générale (Ravaghi et al., 2013), et plus importantes chez les femmes au Canada que chez les hommes (Canadian Academy of Health Sciences, 2014). Et malheureusement, le fardeau inégal des maladies

buccodentaires dans les populations autochtones du Canada est considérable (First Nations Information Governance Centre, 2012; Health Canada, 2011).

Ces inégalités canadiennes en santé buccodentaire sont semblables aux inégalités en soins dentaires, mais les observations sont plus nuancées, selon la nature de l'indicateur de soins dentaires. Une analyse des données autodéclarées sur les visites annuelles chez le dentiste pour la période de 2001 à 2016 a fait état d'inégalités persistantes mais en baisse pour ce résultat (Ravaghi et al., 2020). Néanmoins, il importe de savoir que la proportion de Canadiennes et de Canadiens qui disent ne pas aller chez le dentiste parce que cela coûte trop cher a augmenté, passant de 17 % en 2007–2009 (Health Canada, 2010) à 28 % en 2016 (Commonwealth Fund International Health Policy Survey, 2016). De plus, en 2018, Statistique Canada déclarait que 36,4 % des Canadiennes et des Canadiens n'avaient pas d'assurance dentaire (Statistics Canada, 2019), et les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) montrent qu'en 2019 (l'année « normale » la plus récente d'avant la pandémie pour ce type de données), les dépenses totales en soins dentaires au Canada se sont élevés à 16,4 milliards de dollars, mais seulement 1 milliard de dollars (6,2 %) a été subventionné par l'État (Canadian Institute for Health Information, 2022).

C'est dans ce contexte que le gouvernement fédéral a annoncé un nouveau Régime canadien de soins dentaires (RCSD; Government of Canada, 2023). Plus précisément, il a annoncé un investissement de 13 milliards de dollars sur cinq ans, et 4,4 milliards de dollars par année par la suite, pour couvrir « les soins dentaires des Canadiens non assurés dont le revenu familial annuel est inférieur à 90 000 \$, tandis que les personnes dont le revenu familial est inférieur à 70 000 \$ n'auront pas à payer de quote-part » (Government of Canada, 2023). De plus, 250 millions de dollars seront accordés sur trois ans, et 75 millions de dollars par année par la suite, pour un « fonds d'accès à la santé buccodentaire » (Government of Canada, 2023). Les particularités du fonctionnement du RCSD n'ont pas encore été publiées, mais on pense que la grande majorité des dépenses prendront la forme d'honoraires pour services, qui seront versés aux dentistes offrant des soins dans des cabinets privés classiques. Ce sont d'excellentes nouvelles, car le coût est un obstacle majeur à l'accès aux soins dentaires. Ce n'est toutefois pas le seul obstacle, car les conceptions classiques de l'accès s'appliquent aux soins dentaires tout comme elles s'appliquent aux soins médicaux.

Les problèmes plus larges de l'accès aux soins dentaires ont été décrits comme étant l'exclusion de groupes particuliers comme les personnes autochtones, les personnes handicapées, les résidents des communautés rurales et éloignées, les immigrants récents, les réfugiés et d'autres groupes marginalisés, ainsi que le manque de diversité des milieux de prestation de soins dentaires et de la main-d'œuvre en

soins de santé buccodentaire (Canadian Academy of Health Sciences, 2014). Même chez les jeunes enfants, à qui de nombreux programmes de soins dentaires publics provinciaux sont destinés, l'accès est un problème majeur. Au Québec par exemple, où les soins dentaires sont couverts par le système médical public jusqu'au dixième anniversaire de naissance d'un enfant, en 2017, à peine 31 % des enfants de 0 à 4 ans et 52 % des enfants de 0 à 9 ans avaient reçu une forme de soins dentaires (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2021). De toute évidence, il y a des problèmes de distribution géographique et un manque de formation des dentistes pour venir en aide aux groupes dont les besoins de traitement sont plus compliqués, comme les jeunes enfants ayant de multiples lésions carieuses, les personnes autochtones, les personnes handicapées et les résidents des centres de soins de longue durée.

Étant donné ces obstacles multiples et complexes aux soins de santé buccodentaire de bonne qualité pour bien des gens, en particulier les groupes pauvres et marginalisés du Canada, un système public d'honoraires pour services basé presque entièrement sur les cabinets privés classiques, bien qu'il représente un premier pas, n'abordera pas un grand nombre des obstacles susmentionnés. Premièrement, le RCSD n'est pas universel comme notre système médical; les gens devront démontrer leur admissibilité, vraisemblablement par l'entremise de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Cela présente immédiatement un obstacle pour les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés qui, pour diverses raisons, ne soumettent pas de formulaires à l'ARC. C'est un bon exemple de la raison pour laquelle le Plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire (PAMSBD) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) réclame l'intégration des soins de santé buccodentaire dans la couverture sanitaire universelle (WHO, 2023).

Deuxièmement, les services couverts par le RCSD doivent être axés sur des traitements étayés par des éléments de preuve et qui préviennent ou traitent la maladie et restaurent la fonction. À l'heure actuelle, au Canada et ailleurs dans le monde, l'application de soins fondés sur les résultats en dentisterie est limitée; il n'y a pas de normes de diligence ou de lignes directrices de pratique clinique pour les soins dentaires au Canada. Il est essentiel d'axer le RCSD sur l'offre de traitements fondés sur les résultats aux personnes qui en ont besoin, plutôt que de dépendre des pratiques classiques et/ou de répondre à la demande.

Mais en outre, et en lien avec le « fonds d'accès à la santé buccodentaire » du RCSD mentionné plus haut, il est essentiel d'envisager la prestation des soins de santé buccodentaire selon un éventail d'approches de rechange, concentrées sur les besoins de soins de santé prioritaires des personnes dont la charge de morbidité est la plus lourde et sur les principaux obstacles aux soins des maladies buccodentaires. Pour ces groupes, qui présentent souvent de nombreux problèmes

sociaux et de santé, il faut absolument intégrer les soins dentaires primaires dans les soins médicaux primaires et les services sociaux offerts dans les centres et les milieux de santé communautaire – une autre recommandation du PAMSBD de l'OMS (WHO, 2023). Il s'agirait entre autres d'intégrer les dossiers de soins dentaires dans les dossiers médicaux électroniques des patients pour permettre une démarche plus holistique et intégrée. De surcroît, bon nombre des groupes auxquels il est fait référence ont des besoins complexes qui nécessitent des soins plus longs que la normale; la formule des honoraires pour services ne fonctionnera donc pas, sauf si elle est pondérée en fonction de la complexité ou si l'on utilise d'autres méthodes de rémunération, comme des tarifs horaires ou des salaires, pour payer les prestataires de soins. Il faudrait aussi revoir les cadres des fonctions pour permettre aux médecins et au personnel infirmier, et peut-être même au personnel enseignant et à d'autres, ainsi qu'à un éventail de professionnels de la santé buccodentaire, de pratiquer des formes de soins simples et efficaces dans les écoles, les centres de santé communautaire, les centres de soins de longue durée et d'autres milieux. Et nous devons mettre au point et tester des approches novatrices, comme les soins mobiles et la télésanté, pour offrir au moins certains éléments des soins de santé buccodentaire.

Enfin, il est essentiel de reconnaître que même les meilleurs systèmes de prestation de soins de santé se concentrent sur les soins aux personnes malades; or, une telle approche, bien que nécessaire, comporte des limites reconnues et doit être complétée par un investissement beaucoup plus important qu'il ne l'est actuellement dans des stratégies d'amont pour aborder les déterminants sociaux et commerciaux de la santé. Il faudra aussi un net changement de cap dans la formation des professionnels de la santé (buccodentaire et autre) pour que ces personnes soient mieux en mesure de se concentrer sur la prévention et les besoins de la population et d'aborder les inégalités en santé.

Pour résumer, le RCSD est un bon pas en avant et une initiative très nécessaire pour réduire les inégalités considérables dans l'accès aux soins dentaires au Canada, mais il reste beaucoup de chemin à parcourir pour couvrir l'ensemble de ces inégalités, ainsi que les inégalités en santé et en maladies buccodentaires, y compris la possibilité de faire des soins dentaires une partie du système de soins de santé universel du Canada.

Paul J. Allison, B.D.S., Ph.D., Professeur, Faculty of Dental Medicine and Oral Health Sciences, Université McGill, Montréal, Québec

References/Références

- Canadian Academy of Health Sciences. (2014). Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada. <https://cahs-acss.ca/improving-access-to-oral-health-care-for-vulnerable-people-living-in-canada/>. Accessed 26 May 2023.
- Canadian Institute for Health Information. (2022). National health expenditure trends [release summary]. <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>. Accessed 26 May 2023.
- Chari, M., Ravaghi, V., Sabbah, W., Gomaa, N., Singhal, S., & Quiñonez, C. (2022a). Oral health inequality in Canada, the United States and United Kingdom. *PLoS ONE*, *17*(5), e0268006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268006>
- Chari, M., Ravaghi, V., Sabbah, W., Gomaa, N., Singhal, S., & Quiñonez, C. (2022b). Comparing the magnitude of oral health inequality over time in Canada and the United States. *J Public Health Dent*, *82*, 453–460. <https://doi.org/10.1111/jphd.12486>
- Commonwealth Fund International Health Policy Survey. (2016). <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2016/nov/2016-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-adults>. Accessed 26 May 2023.
- First Nations Information Governance Centre. (2012). Report on the Findings of the First Nations Oral Health Survey (FNOHS) 2009–10. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/fn_oral_health_survey_national_report_2010.pdf. Accessed 26 May 2023.
- Government of Canada. (2023). Federal budget 2023: Investing in public health care and affordable dental care. <https://www.budget.canada.ca/2023/report-rapport/chap2-en.html#>. Accessed 26 May 2023.
- Health Canada. (2010). Report on the findings of the oral health components of the Canadian Health Measures Survey 2007–09. <https://www.caphd.ca/sites/default/files/CHMS-E-tech.pdf>. Accessed 26 May 2023.
- Health Canada. (2011). Inuit Oral Health Survey Report 2008–09. https://www.tunnigavik.com/files/2011/05/inuitoralhealthsurveyreport_2008-09.pdf. Accessed 26 May 2023.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). Rapport d'analyse de l'accès aux soins dentaires du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003295/#:~:text=Description,aux%20soins%20dentaires%20au%20Qu%C3%A9bec>. Accessed 26 May 2023.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Keller Celeste, R., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. *The Lancet*, *394*, 249–260.
- Ravaghi, V., Quiñonez, C., & Allison, P. J. (2013). Comparing inequalities in oral and general health: Findings of the Canadian Health Measures Survey. *Canadian Journal of Public Health*, *104*(7), e466–e471.
- Ravaghi, V., Farmer, J., & Quiñonez, C. (2020). Persistent but narrowing oral health care inequalities in Canada from 2001 through 2016. *JADA*, *151*(5), 349–357. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2020.02.002>
- Statistics Canada. (2019). Health Fact Sheets. Dental Care, 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00010-eng.htm#>. Accessed 26 May 2023.
- WHO. (2023). Draft global oral health action plan 2023–2030. [https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030)). Accessed 26 May 2023.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.