

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, October 26, 2022

The Standing Senate Committee on National Finance met with videoconference this day at 6:45 p.m. [ET] to study the subject matter of Bill C-31, An Act respecting cost of living relief measures related to dental care and rental housing.

Senator Percy Mockler (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: I wish to welcome all senators to the Standing Senate Committee on National Finance, as well as viewers across Canada who are watching us on sencanada.ca.

[*Translation*]

My name is Percy Mockler. I am a senator from New Brunswick and the Chair of the Standing Senate Committee on National Finance.

I would like to go around the table and ask senators to introduce themselves, starting on my left.

Senator Loffreda: I am Tony Loffreda from Montreal, Quebec.

[*English*]

Senator Pate: Kim Pate, from the unceded and unsurrendered territory of the Algonquin Anishinaabeg here in Ottawa.

[*Translation*]

Senator Gignac: I am Clément Gignac from Quebec.

[*English*]

Senator Boehm: Peter Boehm, Ontario.

Senator Duncan: Pat Duncan from the Yukon.

Senator Yussuff: Hassan Yussuff, Ontario.

[*Translation*]

Senator Smith: I am Larry Smith, live from Hudson, Quebec.

Senator Dagenais: I am Jean-Guy Dagenais from Quebec.

Senator Galvez: I am Rosa Galvez from Quebec.

The Chair: Thank you, honourable senators.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 26 octobre 2022

Le Comité sénatorial permanent des finances nationales se réunit aujourd'hui, à 18 h 45 (HE), avec vidéoconférence, pour étudier la teneur du projet de loi C-31, Loi concernant les mesures d'aide au coût de la vie relatives aux soins dentaires et au logement locatif.

Le sénateur Percy Mockler (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Je souhaite la bienvenue à tous les sénateurs au Comité sénatorial permanent des finances nationales, ainsi qu'aux téléspectateurs de partout au Canada qui nous regardent sur sencanada.ca.

[*Français*]

Je m'appelle Percy Mockler, sénateur du Nouveau-Brunswick et président du Comité sénatorial permanent des finances nationales.

J'aimerais faire un tour de table et demander aux sénateurs de se présenter, en commençant par ma gauche.

Le sénateur Loffreda : Tony Loffreda, de Montréal, Québec.

[*Traduction*]

La sénatrice Pate : Kim Pate, du territoire non cédé du peuple algonquin anishinabe, ici à Ottawa.

[*Français*]

Le sénateur Gignac : Clément Gignac, du Québec.

[*Traduction*]

Le sénateur Boehm : Peter Boehm, de l'Ontario.

La sénatrice Duncan : Pat Duncan, du Yukon.

Le sénateur Yussuff : Hassan Yussuff, de l'Ontario.

[*Français*]

Le sénateur Smith : Larry Smith, en direct de Hudson, au Québec.

Le sénateur Dagenais : Jean-Guy Dagenais, du Québec.

La sénatrice Galvez : Rosa Galvez, du Québec.

Le président : Merci, honorables sénateurs et sénatrices.

[English]

Today, we resume our study on the subject matter of Bill C-31, An Act respecting cost of living relief measures related to dental care and rental housing, which was referred to this committee on October 20, 2022, by the Senate of Canada.

We have with us today representatives from the Canadian Dental Association and the Canadian Dental Hygienists Association.

[Translation]

The Canadian Dental Association is represented by its President, Dr. Lynn Tomkins, and its CEO, Dr. Aaron Burry.

[English]

From the Canadian Dental Hygienists Association, we have Ondina Love, Chief Executive Officer; and Sylvie Martel, Director of Dental Hygiene Practice.

Welcome to all of you, and thank you for accepting our invitation to appear before the Senate National Finance Committee.

[Translation]

Your testimony will help us focus on four key overarching principles: transparency, accountability, reliability and predictability.

[English]

I understand that Dr. Lynn Tomkins will be making opening remarks, to be followed by comments from Ms. Love. Dr. Tomkins, the floor is yours.

[Translation]

Dr. Lynn Tomkins, President, Canadian Dental Association: Good evening, senators and witnesses.

[English]

As I begin, I would like to recognize that I am joining you today from the traditional territory of the Huron-Wendat, the Haudenosaunee and the Anishinabek Nations and the Mississaugas of the Credit First Nation.

Thank you for inviting the Canadian Dental Association to one of your first meetings studying Bill C-31, which would implement the Canada dental benefit. I also appreciate having the opportunity to meet in person with many members of the

[Traduction]

Aujourd'hui, nous reprenons notre étude de la teneur du projet de loi C-31, Loi concernant des mesures d'allègement du coût de la vie relatives aux soins dentaires et au logement locatif, qui a été renvoyé au comité par le Sénat du Canada le 20 octobre 2022.

Nous accueillons aujourd'hui des représentants de l'Association dentaire canadienne et de l'Association canadienne des hygiénistes dentaires.

[Français]

L'Association dentaire canadienne est représentée par la Dre Lynn Tomkins, présidente, et le Dr Aaron Burry, directeur général.

[Traduction]

De l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, nous accueillons Ondina Love, cheffe de la direction, et Sylvie Martel, directrice de la pratique de l'hygiène dentaire.

Bienvenue à tous et merci d'avoir accepté notre invitation à comparaître devant le Comité sénatorial des finances nationales.

[Français]

Votre témoignage nous aidera à mettre l'accent sur quatre grands principes fondamentaux : la transparence, la responsabilité, la fiabilité et la prévisibilité.

[Traduction]

Je crois que la Dre Lynn Tomkins va faire une déclaration préliminaire, qui sera suivie des observations de Mme Love. Docteure Tomkins, la parole est à vous.

[Français]

Dre Lynn Tomkins, présidente, Association dentaire canadienne : Bonsoir aux sénateurs et aux sénatrices ainsi qu'aux autres témoins.

[Traduction]

Pour commencer, je tiens à souligner que je me joins à vous aujourd'hui depuis le territoire traditionnel des nations huronne-wendat, haudenosaunee, anishinabe et mississauga de Credit.

Je vous remercie d'avoir invité l'Association dentaire canadienne à l'une de vos premières séances d'étude du projet de loi C-31, qui mettrait en œuvre le régime d'assurance dentaire du Canada. J'ai également eu le plaisir de rencontrer en personne de

Senate over the past week, and I look forward to continuing to engage with you in the weeks and months to come.

At CDA, we know that oral health is an essential component of overall health, and we believe that Canadians have a right to good oral health. That is why we fully support efforts by all levels of government to improve Canadians' oral health and to enhance their access to dental care. Poor oral health strains other parts of the health care system, whether through hospital visits for dental emergencies or managing the long-term impact of poor oral health on systemic disease. This is particularly the case with children, as good childhood oral health serves as a foundation for the rest of a person's life.

Unfortunately, despite progress over the last decades, tooth decay remains the most common, yet preventable, childhood chronic disease in Canada. It is the most common reason for Canadian children to undergo day surgery and is a leading cause of why children miss school. Beyond the risk of pain and infection, tooth decay can impact eating, sleep and proper growth; development of speech; tooth loss and malocclusion; and increase the need for dental treatment throughout life.

Having been in private practice for 35 years, I can testify that nothing is more heart-wrenching than seeing a child come in with severe dental decay. This often requires treatment under general anaesthesia in a surgical facility, which may involve lengthy wait times. In addition to the impact on a child's health, the experience can lead to long-term dental fear and anxiety. Therefore, it is important to ensure that Canadian parents can access dental care for their children within months of the eruption of the first tooth. Early detection of susceptibility to dental decay and exposure to good oral hygiene habits and preventive care can make a lifetime of difference for a person's mouth.

While Canada compares favourably to many other countries, too many people, including children, still do not receive the dental care they need. More than 6 million Canadians each year avoid visiting the dentist primarily because of cost, particularly those in low-income families. While every province and territory in Canada has some sort of publicly funded program for children, these vary from jurisdiction to jurisdiction and leave significant gaps. We, therefore, welcomed the government's commitment earlier this year of a significant, ongoing investment in dental care.

nombreux sénateurs au cours de la dernière semaine, et j'ai hâte de poursuivre le dialogue avec vous au cours des semaines et des mois à venir.

À l'ADC, nous savons que la santé buccodentaire est un élément essentiel de la santé globale, et nous croyons que les Canadiens ont droit à une bonne santé buccodentaire. C'est pourquoi nous appuyons pleinement les efforts déployés par tous les ordres de gouvernement pour améliorer la santé buccodentaire des Canadiens et améliorer leur accès aux soins dentaires. Une mauvaise santé buccodentaire pèse sur d'autres secteurs du système de santé, que ce soit en raison des visites à l'hôpital pour des urgences dentaires ou de la gestion des répercussions à long terme d'une mauvaise santé buccodentaire sur les maladies systémiques. C'est particulièrement le cas pour les enfants, car une bonne santé buccodentaire pendant l'enfance sert de fondement au reste de la vie d'une personne.

Malheureusement, malgré les progrès réalisés au cours des dernières décennies, la carie dentaire demeure la maladie chronique infantile la plus courante, mais évitable, au Canada. C'est la raison la plus fréquente pour laquelle les enfants canadiens subissent des chirurgies d'un jour et c'est l'une des principales raisons pour lesquelles les enfants manquent l'école. Au-delà du risque de douleur et d'infection, la carie dentaire peut avoir une incidence sur l'alimentation, le sommeil et la croissance, ainsi que le développement de l'élocution, la perte de dents et la malocclusion, et accroître le besoin de soins dentaires tout au long de la vie.

Ayant exercé en cabinet privé pendant 35 ans, et je peux témoigner que rien n'est plus déchirant que de voir un enfant arriver avec une carie dentaire grave. Cela exige souvent un traitement sous anesthésie générale dans un établissement chirurgical, ce qui peut entraîner de longs temps d'attente. En plus des répercussions sur la santé de l'enfant, cette expérience peut entraîner une peur et une anxiété durables à l'égard des soins dentaires. Par conséquent, il est important de veiller à ce que les parents canadiens puissent avoir accès à des soins dentaires pour leurs enfants dans les mois suivant l'éruption de la première dent. La détection précoce de la susceptibilité à la carie dentaire et l'exposition à de bonnes habitudes d'hygiène buccale et à des soins préventifs peuvent faire toute la différence pour la bouche d'une personne.

Même si le Canada se compare avantageusement à de nombreux autres pays, trop de gens, notamment des enfants, ne reçoivent toujours pas les soins dentaires dont ils ont besoin. Chaque année, plus de 6 millions de Canadiens évitent de consulter un dentiste, principalement en raison du coût, surtout dans le cas des familles à faible revenu. Bien que chaque province et territoire du Canada dispose d'un programme financé par l'État pour les enfants, ces programmes varient d'une administration à l'autre et laissent des lacunes importantes. Nous avons donc accueilli favorablement l'engagement pris par le

CDA also appreciates the government's phased-in approach to this initiative. This will allow time to consult and collaborate with all relevant stakeholders on a long-term solution that is a well informed, targeted, comprehensive and effective approach to improving access to dental care. This includes continuing to work with provincial and territorial governments on the interactions between federal proposals and existing dental programming.

CDA also appreciates the close collaboration demonstrated so far by Minister Duclos and Health Canada, and we look forward to working with them as they develop their long-term approach. In the coming months, the government, CDA and other oral health organizations must work together to promote awareness of the Canada dental benefit and to educate families on the importance of using the benefit to take care of their children's oral health needs. Dentists and other front-line oral health providers will be the key touchpoints with patients as this benefit, and future proposals, are rolled out. In our recent submission to the House of Commons Finance Committee, we recommended that the government provide financial support to oral health organizations over the next several years for activities such as public awareness, patient education and member support.

Finally, I would like to very briefly highlight a few other items which CDA has recommended should be addressed in the context of enhancing access to dental care and improving Canadians' oral health. They are improving the NIHB program and Indigenous oral health outcomes; better support for oral health data collection and research by regularly including oral health as part of federal health surveys; advancing the healthy eating strategy and incentivizing community water fluoridation; and addressing ongoing shortages of dental office staff and other workforce challenges.

Thank you again for inviting us to testify today. I would be happy, along with our CDA CEO Dr. Aaron Burry, to answer any questions you may have.

Ondina Love, Chief Executive Officer, Canadian Dental Hygienists Association: Good evening, Mr. Chair and committee members. I would like to acknowledge that I am joining you this evening from the traditional unceded territory of the Anishinabeg Algonquin Nation.

gouvernement, plus tôt cette année, d'investir de façon importante et continue dans les soins dentaires.

L'ADC approuve également l'approche graduelle du gouvernement à l'égard de cette initiative. Cela lui donnera le temps de consulter et de collaborer avec tous les intervenants pertinents sur une solution à long terme qui constituera une approche éclairée, ciblée, complète et efficace pour améliorer l'accès aux soins dentaires. Cela comprend la poursuite de la collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sur les interactions entre les propositions fédérales et les programmes dentaires existants.

L'ACD est également satisfaite de l'étroite collaboration dont ont fait preuve jusqu'à présent le ministre Duclos et Santé Canada, et nous avons hâte de travailler avec eux à l'élaboration de leur approche à long terme. Au cours des prochains mois, le gouvernement, l'ADC et d'autres organismes de santé buccodentaire devront travailler ensemble pour promouvoir la Prestation dentaire canadienne et sensibiliser les familles à l'importance d'utiliser cette prestation pour répondre aux besoins de santé buccodentaire de leurs enfants. Les dentistes et les autres fournisseurs de soins buccodentaires de première ligne seront les principaux points de contact avec les patients à mesure que cette prestation et les propositions futures seront mises en œuvre. Dans le mémoire que nous avons présenté récemment au Comité des finances de la Chambre des communes, nous avons recommandé que le gouvernement accorde une aide financière aux organismes de santé buccodentaire au cours des prochaines années pour des activités comme la sensibilisation du public, l'éducation des patients et le soutien des membres.

Enfin, j'aimerais souligner très brièvement quelques autres points que l'ACD a recommandé d'aborder dans le contexte de l'amélioration de l'accès aux soins dentaires et de l'amélioration de la santé buccodentaire des Canadiens. Il s'agit d'améliorer le programme des SSNA et les résultats en matière de santé buccodentaire chez les Autochtones; de mieux soutenir la collecte de données sur la santé buccodentaire et la recherche en incluant régulièrement la santé buccodentaire dans les enquêtes fédérales sur la santé; de faire progresser la stratégie en matière de saine alimentation, et de promouvoir la fluoruration de l'eau dans les collectivités; et de s'attaquer aux pénuries continues de personnel des cabinets dentaires et aux autres problèmes de main-d'œuvre.

Merci encore de nous avoir invités à témoigner aujourd'hui. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions, avec le chef de la direction de l'ACD, le Dr Aaron Burry.

Ondina Love, Cheffe de la direction, Association canadienne des hygiénistes dentaires : Bonsoir, monsieur le président et membres du comité. Je tiens à souligner que je me joins à vous ce soir depuis le territoire traditionnel non cédé de la nation algonquine anishinabe.

On behalf of CDHA and our members, I would like to thank you for inviting us to participate in your committee meeting tonight. CDHA is the collective national voice of over 30,000 dental hygienists in Canada, directly representing 22,000 members. Dental hygienists are the sixth-largest group of regulated health professionals in the country.

Part 1 of Bill C-31 enacts the dental benefit act. This legislation validates and addresses many issues regarding affordability and access to oral health care in Canada. Dental hygienists have heard clearly that delivering direct support to vulnerable populations within a national model will make a meaningful difference to the oral and overall health of Canadians. Dental caries, cavities, is the number one disease in the world and can be prevented, as Dr. Tomkins mentioned. This act recognizes the need to provide interim dental benefits to an estimated half million children, which is an excellent first step in reducing the burden of oral diseases and conditions across Canada.

CDHA has long called for improving access to preventive oral health services for people across Canada. This first stage of the Canada dental benefit is welcomed by dental hygienists, who see first-hand the effects of poor oral health on children. Unfortunately, financial insecurity influences how individuals without dental coverage prioritize their oral health needs. With limited disposable income, many people forgo regular preventive oral health care services, thus increasing their risk for oral diseases. It is critical that access to care for low-income groups be addressed, as this population carries most of the burden of oral diseases in this country.

As primary care providers, dental hygienists understand the importance of oral health to general health and well-being. Studies have shown that poor oral health is associated with serious systemic health conditions. These include diabetes, respiratory and cardiovascular diseases as well as adverse pregnancy outcomes. Dental hygienists also advise their clients on the risks associated with smoking, alcohol and substance use and sugar consumption, all of which can contribute to the incidence of tooth decay, periodontal disease — gingivitis and periodontitis — and many systemic diseases.

Research has shown that early childhood visits to a dentist or dental hygienist are effective in reducing the need for restorative treatments such as fillings later in life. These visits also offer

Au nom de l'ACHD et de ses membres, je tiens à vous remercier de nous avoir invités à participer à la réunion de votre comité ce soir. L'ACHD est la voix nationale collective de plus de 30 000 hygiénistes dentaires au Canada, représentant directement 22 000 membres. Les hygiénistes dentaires constituent le sixième groupe en importance de professionnels de la santé réglementés au pays.

La partie 1 du projet de loi C-31 édicte la Loi sur la prestation dentaire. Cette loi valide et règle de nombreux problèmes concernant l'abordabilité et l'accès aux soins de santé buccodentaire au Canada. Les hygiénistes dentaires ont clairement entendu que la prestation d'un soutien direct aux populations vulnérables dans le cadre d'un modèle national aura un impact positif important sur la santé buccodentaire et globale des Canadiens. La carie dentaire est la maladie buccodentaire la plus répandue dans le monde et elle peut être prévenue, comme l'a mentionné la Dre Tomkins. Cette loi reconnaît la nécessité d'accorder une prestation dentaire provisoire à environ un demi-million d'enfants, ce qui constitue une excellente première étape pour réduire le fardeau des maladies buccodentaires et des affections buccodentaires au Canada.

L'ACHD réclame depuis longtemps un meilleur accès aux services de santé buccodentaire préventifs pour les Canadiens. Cette première étape de la prestation dentaire canadienne est bien accueillie par les hygiénistes dentaires, qui voient de leurs propres yeux les effets d'une mauvaise santé buccodentaire sur les enfants. Malheureusement, l'insécurité financière influe sur la façon dont les personnes qui n'ont pas d'assurance dentaire accordent la priorité à leurs besoins en matière de santé buccodentaire. Avec un revenu disponible limité, de nombreuses personnes renoncent à des services de santé buccodentaire préventifs réguliers, ce qui augmente leur risque de maladies buccodentaires. Il est essentiel de s'attaquer au problème de l'accès aux soins pour les groupes à faible revenu, car c'est cette population qui porte la plus grande partie du fardeau des maladies buccodentaires au Canada.

En tant que fournisseurs de soins primaires, les hygiénistes dentaires comprennent l'importance de la santé buccodentaire pour la santé générale et le bien-être. Des études ont montré qu'une mauvaise santé buccodentaire est associée à des problèmes de santé systémiques graves. Il s'agit notamment du diabète, des maladies respiratoires et cardiovasculaires ainsi que des résultats indésirables de la grossesse. Les hygiénistes dentaires conseillent également leurs clients sur les risques associés au tabagisme, à la consommation d'alcool et de substances et à la consommation de sucre, qui peuvent tous contribuer à l'incidence de la carie dentaire, de la maladie parodontale — gingivite et parodontite — et de nombreuses maladies systémiques.

La recherche a démontré que les visites chez un dentiste ou un hygiéniste dentaire pendant la petite enfance sont efficaces pour réduire le besoin de traitements réparateurs, comme les

opportunities for targeted oral health education such as instruction on proper oral hygiene practices and discussions about the importance of a healthy diet for oral and overall health. For these reasons, dental hygienists believe the top priority for the new federal dental care program must be oral health promotion and disease prevention. Another publicly funded program with a narrow focus on dental treatments alone will not be enough to achieve better long-term oral health outcomes.

As the delivery of oral health services is carried out by a variety of clinicians, the inclusion of dental hygienists within the definition of dental services providers in the proposed legislation is a positive step in expanding access to oral care. At a time when health care human resources are facing many challenges, the direction to engage the contributions of the entire oral health workforce paves the way for progress and success.

Dental hygienists offer innovative ways to improve access to care as they practise in a variety of settings such as stand-alone clinics, community clinics, daycares, schools and mobile settings. One of our members practising in British Columbia shared her perspective on how mobile dental hygiene practices that take their services directly to children help families by removing the barrier of parents having to take time off work to bring their child to a dental appointment.

Bill C-31 also aligns with the recently released 2022 report of the National Advisory Council on Poverty, which encourages the Government of Canada to implement the national dental care program for low-income Canadians as soon as possible.

As always, the Canadian Dental Hygienists Association seeks a public policy environment that is beneficial to the practice of dental hygiene and the overall health of Canadians. We look forward to continued collaboration with the federal government as you work towards the development of a comprehensive oral health care program with full implementation in the coming years.

Thank you very much for your time. CDHA's Director of Dental Hygiene Practice, Sylvie Martel, and I look forward to your questions.

The Chair: Thank you very much for participating this evening.

obturations, plus tard dans la vie. Ces visites offrent également des possibilités d'éducation ciblée en santé buccodentaire, comme de la formation sur les bonnes pratiques d'hygiène buccodentaire et des discussions sur l'importance d'une alimentation saine pour la santé buccodentaire et la santé en général. Pour ces raisons, les hygiénistes dentaires croient que la priorité absolue du nouveau programme fédéral de soins dentaires doit être la promotion de la santé buccodentaire et la prévention des maladies. Un autre programme financé par l'État qui met l'accent uniquement sur les traitements dentaires ne sera pas suffisant pour obtenir de meilleurs résultats à long terme en matière de santé buccodentaire.

Étant donné que la prestation des services de santé buccodentaire est assurée par une variété de cliniciens, l'inclusion des hygiénistes dentaires dans la définition des prestataires de services dentaires dans le projet de loi constitue une étape positive dans l'élargissement de l'accès aux soins buccodentaires. À une époque où les ressources humaines en soins de santé font face à de nombreux défis, en faisant appel à la contribution de l'ensemble du personnel de santé buccodentaire, on ouvre la voie au progrès et au succès.

Les hygiénistes dentaires offrent des moyens novateurs d'améliorer l'accès aux soins lorsqu'ils exercent dans divers milieux, comme des cliniques autonomes, des cliniques communautaires, des garderies, des écoles et des cliniques mobiles. Une de nos membres qui exerce en Colombie-Britannique nous a fait part de son point de vue sur la façon dont les cliniques d'hygiène dentaire mobiles, qui offrent leurs services directement aux enfants, aident les familles en éliminant l'obligation pour les parents de s'absenter du travail pour amener leur enfant à un rendez-vous.

Le projet de loi C-31 cadre également avec le rapport publié récemment en 2022 par le Conseil consultatif national sur la pauvreté, qui encourage le gouvernement du Canada à mettre en œuvre, le plus tôt possible, le Programme national de soins dentaires pour les Canadiens à faible revenu.

Comme toujours, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires recherche une politique publique qui soit avantageuse pour la pratique de l'hygiène dentaire et la santé générale des Canadiens. Nous nous réjouissons à l'idée de poursuivre notre collaboration avec le gouvernement fédéral alors que vous travaillez à l'élaboration d'un programme complet de soins de santé buccodentaire dont la mise en œuvre complète aura lieu au cours des prochaines années.

Merci beaucoup de votre attention. Sylvie Martel, directrice des pratiques d'hygiène dentaire de l'ACHD, et moi-même nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

Le président : Merci beaucoup de votre participation, ce soir.

Before proceeding to questions, I would ask members and witnesses in the room to please refrain from leaning in too close to the microphone, or remove your earpiece when doing so. This will avoid any sound feedback that could negatively impact the committee staff.

[Translation]

With that, we will move on to questions and answers. I would like to remind senators that they have five minutes for the first round.

[English]

When we move to the second round, you will have three minutes each. The clerk will inform me when the time is up.

I would also like to recognize that Senator Lankin is on the web and following the discussions and the meeting this evening. Welcome, Senator Lankin.

[Translation]

I'll give the floor to Senator Gignac, who is first on the list to ask questions about Bill C-31.

[English]

Senator Gignac: Thank you to the witnesses for being available this evening.

My question will be addressed to both associations. Is there enough capacity in the system right now to accept all these new eligible Canadians under this new bill? Will you have an issue in terms of human resources to respond to these newly eligible people? We can start with Dr. Tomkins, followed by Ms. Love.

Dr. Tomkins: Thank you very much.

We have some concerns about the support staff that we have in the office. In the dental office, the dental assisting staff are the ones that you often see first and the ones that seat you and look after you. It is a very highly skilled and highly trained position. There is a shortage of dental assistants in Canada, and it existed before COVID and has been exacerbated since COVID. At any one time in Canada, one in three dental offices are looking to add staff to their roster. There is a bit of a concern there.

There is not a shortage of dentists. We have a distribution issue. We would like to see more young dentists going out to remote and rural areas, especially in the North, and I know in New Brunswick they would like to see more dentists as well. Anything we can do to encourage new graduates and dentists

Avant de passer aux questions, je demanderais aux sénateurs et aux témoins dans la salle de ne pas se pencher trop près du microphone ou de retirer leur oreillette lorsqu'ils le font. Cela évitera les bruits indésirables qui pourraient nuire au personnel du comité.

[Français]

Sur ce, nous allons passer à la période des questions. J'aimerais rappeler aux sénateurs qu'ils disposent de cinq minutes pour le premier tour de parole.

[Traduction]

Au deuxième tour, vous aurez trois minutes chacun. La greffière m'informera lorsque le temps sera écoulé.

J'aimerais également souligner que la sénatrice Lankin est en ligne et qu'elle suit les discussions et la réunion de ce soir. Bienvenue, sénatrice Lankin.

[Français]

J'aimerais donner la parole au sénateur Gignac, qui est le premier sur la liste pour poser des questions sur le projet de loi C-31.

[Traduction]

Le sénateur Gignac : Je remercie les témoins de s'être mis à notre disposition ce soir.

Ma question s'adresse aux deux associations. Y a-t-il suffisamment de capacité dans le système à l'heure actuelle pour accepter tous les nouveaux Canadiens admissibles en vertu de ce nouveau projet de loi? Aurez-vous de la difficulté, sur le plan des ressources humaines, à satisfaire ces personnes nouvellement admissibles? Nous pouvons commencer par la Dre Tomkins, qui sera suivie de Mme Love.

Dre Tomkins : Merci beaucoup.

Nous avons des préoccupations au sujet du personnel de soutien que nous avons au cabinet. Au cabinet du dentiste, les assistants dentaires sont souvent les personnes que vous voyez en premier, qui vous installent et qui s'occupent de vous. C'est un emploi très spécialisé exigeant une formation poussée. Il y a une pénurie d'assistants dentaires au Canada, qui existait avant la COVID-19 et qui a été exacerbée depuis. À tout moment, au Canada, un cabinet dentaire sur trois cherche à recruter du personnel. C'est assez préoccupant.

Il n'y a pas de pénurie de dentistes. Nous avons un problème de répartition. Nous aimerions qu'un plus grand nombre de jeunes dentistes aillent dans les régions éloignées et rurales, surtout dans le Nord, et je sais qu'au Nouveau-Brunswick, on aimerait aussi voir plus de dentistes. Tout ce que nous pourrions

considering moving to these areas, including loan forgiveness, would be appreciated.

We will deal with the influx of new patients that come in. We dealt with COVID, so we feel like we can deal with anything, but there is an issue with the dental assisting support staff.

Ms. Love: There are 30,000 dental hygienists in Canada, and we have about 1,300 dental hygienists that practise independent of a dentist. They work in a variety of settings, such as mobile clinics. They work in daycares, schools, public health and research in a variety of settings.

We are seeing trends where dental hygienists in some regions — for example, in Newfoundland — work four days a week, Monday to Thursday, in a traditional dental office, and then on Fridays they will drive to remote communities and provide services independently. It is increasing access to care for some of these programs.

As Dr. Tomkins says, there are distribution issues. CDHA has been advocating for a number of years with ESDC on expanding the student loan forgiveness program to include dental hygienists and dentists. The government has announced they will be expanding the program beyond physicians and nurses this year, and we are hopeful it will include our oral health professionals because that will benefit and encourage students to work in those rural and remote communities.

Senator Gignac: Thank you.

[*Translation*]

Do I have time for a second question? Thank you.

Some provinces, such as Quebec, already offer free dental care to children up to age 9. In light of the participation rate, can you foresee percentages... What would the consequences be for provinces that presently do not have such a system, given Quebec's experience? Would there be a significant increase of clients aged 10 and under?

I would like an idea of the consequences, in light of our experience in Quebec. Perhaps Dr. Tomkins could answer the question.

[*English*]

Dr. Tomkins: When you look across the country, there are variable plans from jurisdiction to jurisdiction that provide some type of child care programs and dental care programs. There is so much variation from jurisdiction to jurisdiction. This is what

faire pour inciter les nouveaux diplômés et les dentistes à envisager de déménager dans ces régions, notamment l'exonération des prêts d'étude, serait une bonne chose.

Nous allons nous occuper de l'afflux de nouveaux patients. Comme nous avons fait face à la COVID-19, nous pensons pouvoir faire face à n'importe quoi, mais il y a un problème en ce qui concerne le personnel de soutien dentaire.

Mme Love : Il y a au Canada 30 000 hygiénistes dentaires, dont environ 1 300 exercent leur profession indépendamment d'un dentiste. Ils travaillent dans divers milieux, comme des cliniques mobiles. Ils travaillent dans les garderies, les écoles, la santé publique et la recherche, dans divers milieux.

Dans certaines régions, par exemple à Terre-Neuve, les hygiénistes dentaires travaillent quatre jours par semaine, du lundi au jeudi, dans un cabinet dentaire traditionnel, puis ils se rendent, le vendredi, dans des collectivités éloignées et fournissent des services de façon indépendante. Cela améliore l'accès aux soins pour certains de ces programmes.

Comme l'a dit la Dre Tomkins, il y a des problèmes de répartition. L'ACHD préconise depuis un certain nombre d'années, de concert avec ESDC, l'élargissement du programme d'exonération des prêts d'études afin d'y inclure les hygiénistes dentaires et les dentistes. Le gouvernement a annoncé qu'il élargira le programme au-delà des médecins et des infirmières cette année, et nous espérons qu'il inclura les professionnels de la santé buccodentaire, car cela profitera aux étudiants et les encouragera à travailler dans les collectivités rurales et éloignées.

Le sénateur Gignac : Merci.

[*Français*]

Ai-je encore du temps pour poser une deuxième question? Merci.

Il y a certaines provinces, comme le Québec, qui ont déjà un régime dentaire gratuit accessible pour les enfants âgés de 9 ans et moins. À la lumière du taux d'assiduité, voyez-vous des pourcentages... Quelles seraient les conséquences dans les provinces qui n'ont pas ce régime, à la lumière de l'expérience du Québec? Est-ce qu'il y a une augmentation importante de la clientèle pour les enfants de 10 ans et moins?

Je voudrais mesurer les conséquences, à la lumière de notre expérience au Québec. Peut-être que la Dre Tomkins pourrait répondre à la question?

[*Traduction*]

Dre Tomkins : Dans l'ensemble du pays, il y a divers régimes, d'une administration à l'autre, qui offrent certains types de programmes de garde d'enfants et de soins dentaires. Il y a tellement de différences d'une administration à l'autre. C'est ce

makes the discussion between the federal government and the provincial and territorial governments so important so that any federal plan rolled out will not adversely affect the existing provincial programs.

In Quebec, you have the 9 to 12 age group that potentially could be covered under this program, and going forward up to age 18 as phase two rolls out.

In terms of statistics, I will ask Dr. Aaron Burry to see if there are any specific amounts of utilization he can offer on that.

Dr. Aaron Burry, Chief Executive Officer, Canadian Dental Association: The utilization on programs will differ from province to province. It's not uncommon to see utilization rates in the 30 to 40% range. There are others that are much higher. It depends on how long the program has been in existence, how comprehensive it is for coverage, et cetera. There are variations across the country. It is also based on things like how simple it is to enrol in the program or whether it is automatic. In some provinces, for example, Prince Edward Island, it's automatic for every child, and there is a high utilization rate related to that because that is the program that covers all children in the province.

Senator Gignac: Thank you.

Senator Smith: Ms. Martel, we could ask you this question and then pass the question around.

Your organization commissioned a survey this year and found that 56% of Canadians 60 years and older do not have dental insurance. You noted that the health professionals have established a link between healthy mouths and healthy bodies. Following up on some of the discussions we had in previous meetings, I would like to ask if you could enlighten us with potential cost savings to the health care sector if the government were to implement a dental care program. Do you have numbers or data that you can share with us in this regard? Obviously both associations would probably have access to this type of information. It would be helpful if you could give us some ideas.

Sylvie Martel, Director of Dental Hygiene Practice, Canadian Dental Hygienists Association: When we commissioned that paper, you will see that there were very few programs across Canada that will look at oral health with seniors, and one of the findings is that the amount of coverage for oral health across Canada is very limited for seniors, and if there is coverage, the threshold or the eligibility criteria for seniors is so low that only a very small percentage of the eligible seniors are able to be part of certain programs. For example, in Ontario, where the threshold is very low, only a few seniors can participate in this. In terms of data, we have not looked into this further to give you percentages of usage. At this point in time, we know that our seniors are not taken care of.

qui rend la discussion entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux si importante pour que tout plan fédéral ne nuise pas aux programmes provinciaux existants.

Au Québec, les enfants de 9 à 12 ans pourraient être couverts par ce programme, et ensuite jusqu'à l'âge de 18 ans à mesure que la phase deux sera mise en œuvre.

Pour ce qui est des statistiques, je vais demander au Dr Aaron Burry s'il peut nous donner des chiffres précis à ce sujet.

Dr Aaron Burry, directeur général, Association dentaire canadienne : L'utilisation des programmes variera d'une province à l'autre. Il n'est pas rare de voir des taux d'utilisation de l'ordre de 30 à 40 %. Il y en a d'autres qui sont beaucoup plus élevés. Cela dépend de la durée du programme, de son étendue, etc. Il y a des variations d'un bout à l'autre du pays. Cela dépend aussi de choses comme la simplicité de l'inscription au programme ou si c'est automatique. Dans certaines provinces, par exemple à l'Île-du-Prince-Édouard, c'est automatique pour chaque enfant, et il y a un taux d'utilisation élevé lié à cela parce que c'est le programme qui couvre tous les enfants de la province.

Le sénateur Gignac : Merci.

Le sénateur Smith : Madame Martel, je vais vous adresser cette question, et les autres témoins pourront aussi y répondre.

Votre organisation a commandé un sondage cette année, et elle a constaté que 56 % des Canadiens de 60 ans et plus n'ont pas d'assurance dentaire. Vous avez noté que les professionnels de la santé ont établi un lien entre une bouche en bonne santé et un corps en bonne santé. Pour faire suite à certaines des discussions que nous avons eues lors de réunions précédentes, j'aimerais vous demander si vous pourriez nous éclairer sur les économies que pourrait faire le secteur des soins de santé si le gouvernement mettait en œuvre un programme de soins dentaires. Avez-vous des chiffres ou des données que vous pourriez nous communiquer à ce sujet? Évidemment, les deux associations ont probablement accès à ce genre d'information. Il serait utile que vous nous donniez des idées.

Sylvie Martel, directrice de la pratique de l'hygiène dentaire, Association canadienne des hygiénistes dentaires : Lorsque nous avons commandé ce document, il était évident qu'il y avait très peu de programmes au Canada qui se penchaient sur la santé buccodentaire chez les aînés, et l'une des constatations est que le montant de la couverture pour la santé buccodentaire au Canada est très limité pour les aînés, et que s'il y a en a une, le seuil ou les critères d'admissibilité sont si bas que seul un très petit pourcentage des aînés admissibles peuvent participer à certains programmes. Par exemple, en Ontario, où le seuil est très bas, seuls quelques aînés peuvent participer. Pour ce qui est des données, nous n'avons pas fait un examen plus poussé nous permettant de vous fournir les pourcentages

You have alluded to the fact that in terms of cost savings, when we look at the link between the mouth and the rest of the body, we're able to have an impact on the control of diabetes and the incidence of diabetes, as well as with stroke and cardiovascular and pulmonary diseases. In the long run, without having percentages of cost-saving measures, there is definitely an impact on general diseases if you are able to access oral health care and maintain good oral health.

Senator Smith: Would the focus on that type of question be better aimed at younger people? Is that where your focus is? The other question I have in the back of my mind is what about remote areas and territories in the North and across the northern part of Canada?

Ms. Martel: Could you repeat the beginning part of your question? Sorry.

Senator Smith: I'm trying to find out about the type of research or information that you have. If you had information on people 60 years old and older, what type of data do you have on young people? Does it go from 1 to 15 years old or 1 to 20 years old? The other thing I wanted to find out is what type of information do you have on the North in terms of participation in oral health. What comparison do you have between northern and southern Canada?

Ms. Martel: I will defer to Ms. Love to answer that question. She can answer more in depth than I can.

Ms. Love: If you're looking at cost savings, one of the key measurable cost savings is emergency dental visits. In Ontario, the estimated cost to the health system for these visits ranges from \$16 million to \$30 million annually. Between 2011 and 2015, there was a yearly average of almost 28,000 visits to Alberta's emergency rooms for dental reasons, costing the system up to \$6.2 million annually. B.C. also saw high usage of emergency room visits for dental reasons, costing them \$1.54 million.

Not only does this cost our health care system with avoidable visits, but emergency rooms are not the right places for people to get appropriate oral health care. For example, 70% of emergency room patients with oral-health-related issues were working adults, and 98% of them were seen and discharged within a two-hour time frame due to the non-urgent natures of those conditions and because they don't get treatment. It's estimated that 1 out of every 100 emergency room visits is for dental complaints, primarily from low-income adults without access to an oral health care provider.

d'utilisation. À l'heure actuelle, nous savons que nos aînés ne sont pas pris en charge.

Vous avez fait allusion au fait qu'en termes d'économies de coûts, lorsque nous examinons le lien entre la bouche et le reste du corps, nous pouvons avoir un impact sur le contrôle du diabète et l'incidence du diabète, ainsi que sur les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiovasculaires et pulmonaires. À long terme, sans avoir les pourcentages de réduction des coûts, si les gens peuvent avoir accès à des soins buccodentaires et maintenir une bonne santé buccodentaire, cela a certainement un impact sur les maladies en général.

Le sénateur Smith : Serait-il préférable de vous poser cette question en ce qui concerne les jeunes? Est-ce sur eux que vous centrez votre attention? L'autre question qui me vient à l'esprit est la suivante: qu'en est-il des régions éloignées et des territoires du Nord et du Nord du Canada?

Mme Martel : Pourriez-vous répéter la première partie de votre question? Désolée.

Le sénateur Smith : J'essaie de savoir quel type de recherche ou d'information vous avez. Si vous aviez de l'information sur les gens de 60 ans et plus, quel genre de données avez-vous sur les jeunes? Les avez-vous pour les enfants de 1 à 15 ans ou de 1 à 20 ans? L'autre chose que je voulais savoir, c'est quel type d'information vous avez sur le nord en ce qui concerne la participation à la santé buccodentaire. Quelle comparaison faites-vous entre le Nord et le Sud du Canada?

Mme Martel : Je vais demander à Mme Love de répondre à cette question. Elle pourra vous répondre de façon plus approfondie que moi.

Mme Love : Si vous voulez réaliser des économies, l'une des principales économies mesurables concerne les visites dentaires d'urgence. En Ontario, le coût estimatif de ces visites pour le système de santé varie de 16 à 30 millions de dollars par année. Entre 2011 et 2015, il y a eu une moyenne annuelle de près de 28 000 visites aux urgences de l'Alberta pour des raisons dentaires, ce qui a coûté jusqu'à 6,2 millions de dollars par année au système. La Colombie-Britannique a également connu une forte utilisation des visites à l'urgence pour des raisons dentaires, ce qui lui a coûté 1,54 million de dollars.

Non seulement ces visites évitables coûtent cher à notre système de soins de santé, mais les salles d'urgence ne sont pas le bon endroit où les gens peuvent obtenir des soins buccodentaires appropriés. Par exemple, 70 % des patients en salle d'urgence pour des problèmes de santé buccodentaire étaient des adultes qui travaillaient, et 98 % d'entre eux ont été vus et ont obtenu leur congé dans un délai de deux heures en raison de la nature non urgente de ces problèmes et parce qu'ils n'ont pas reçu de traitement. On estime que 1 visite sur 100 à l'urgence concerne des plaintes d'ordre dentaire, principalement

Senator Smith: Do you have a national number for all the provinces in terms of emergency room visits?

Ms. Love: I don't have a national number. We've been trying to look into this, but we just have some provincial data. A report was just released this week from the Office of the Chief Dental Officer of Canada which gives a lot of data on the public health program and the utilization of the public health program. That report just came out a few days ago.

Dr. Tomkins: Your question is extremely important, and it really highlights what we need. We need more good, long-term data on just exactly what the oral health situation is. When you look at something like the Canadian Health Measures Survey, the dental component of that is just coming up again this year, but it hasn't been surveyed since 2008. If the government is looking at bringing out any sort of an oral health program with measurable outcomes, we need good data and good data collection. I mentioned that in my remarks. We need support for good data because, in some ways, we don't have that kind of comprehensive data. We would appreciate you advocating for us on that. That would be great.

Dr. Burry: Just quickly, I can add two things to expand a little bit. I think the major impact to our health care system — and this was talked about — would be in removing cases from the emergency room. This does not help emergentologists at all. They don't have the equipment for it. Cases are better seen by dentists. Costs in Ontario are \$500 to \$700 per patient, and essentially they can only get a prescription for painkillers.

The other group that was mentioned and which is really important is children aged 0 to 12 years. Those who go without any dental care can wind up with significant problems, often seen in a hospital operating room. That is a very expensive way to treat basic dentistry, so you want to do a lot of prevention. For over 25 years, I worked in that area, trying to reduce the number of kids going into OR as well as reducing the impact and burden on the health system.

Senator Pate: Thank you to all the witnesses. Thank you especially for outlining in a very cogent and clear way the impact of dental health care on health and the risks in terms of long-term care.

One of the issues occupying my mind is the adequacy of the amount being provided through the legislation. Will \$650 per year be sufficient to cover off the sorts of services and supports that you see as ideally preventive? Dr. Burry, you just mentioned

de la part d'adultes à faible revenu qui n'ont pas accès à un fournisseur de soins bucco-dentaires.

Le sénateur Smith : Avez-vous un chiffre national pour toutes les provinces en ce qui concerne les visites à l'urgence?

Mme Love : Je n'ai pas de chiffre national. Nous avons essayé d'examiner la question, mais nous n'avons que des données provinciales. Le Bureau du dentiste en chef du Canada vient de publier un rapport cette semaine qui contient beaucoup de données sur le programme de santé publique et sur son utilisation. Ce rapport a été publié il y a quelques jours.

Dre Tomkins : Votre question est extrêmement importante, et elle met vraiment en évidence ce dont nous avons besoin. Nous avons besoin de plus de bonnes données à long terme sur la situation exacte de la santé bucco-dentaire. Si l'on prend l'exemple de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, la composante dentaire vient juste d'être de nouveau incluse cette année, mais elle n'a pas fait l'objet d'un sondage depuis 2008. Si le gouvernement envisage de mettre sur pied un programme de santé bucco-dentaire qui donnera des résultats mesurables, nous avons besoin de bonnes données et d'une bonne collecte de données. J'en ai parlé dans mon exposé. Nous avons besoin d'un appui pour obtenir de bonnes données parce que, d'une certaine façon, nous n'avons pas ce genre de données exhaustives. Si vous pouviez plaider en notre faveur à ce sujet, nous vous en serions reconnaissants. Ce serait formidable.

Dr Burry : Très rapidement, j'aimerais ajouter deux choses. Je pense que la principale répercussion sur notre système de soins de santé — et on en a parlé — serait le retrait de ces cas de la salle d'urgence. Cela n'aide en rien les urgentologues. Ils n'ont pas l'équipement nécessaire. Ces cas sont mieux traités par les dentistes. En Ontario, les coûts sont de 500 \$ à 700 \$ par patient, et les patients ne peuvent obtenir qu'une ordonnance pour des analgésiques.

L'autre groupe qui a été mentionné, et qui est vraiment important, ce sont les enfants de 0 à 12 ans. Ceux qui n'ont pas de soins dentaires peuvent se retrouver avec des problèmes importants, souvent vus dans la salle d'opération d'un hôpital. C'est une façon très coûteuse de fournir des soins dentaires de base, alors il faut faire beaucoup de prévention. Pendant plus de 25 ans, j'ai travaillé dans ce domaine pour essayer de réduire le nombre d'enfants qui entrent en salle d'opération ainsi que l'impact et le fardeau sur le système de santé.

La sénatrice Pate : Merci à tous les témoins. Je vous remercie tout particulièrement d'avoir décrit de façon très claire et convaincante l'incidence des soins dentaires sur la santé et les risques en ce qui concerne les soins de longue durée.

L'une des questions qui me préoccupent, c'est la suffisance du montant prévu par la loi. Un montant de 650 \$ par année suffira-t-il à couvrir le genre de services et de mesures de soutien que vous considérez comme des mesures préventives idéales?

that's essentially the cost of one emergency room visit. What issues do you see? What dental procedures do you foresee not being covered as a result of the inadequate funding?

Dr. Tomkins: First, we do appreciate that there will be some sort of a benefit for low-income children to get to the dentist, so it's a good thing. This is an interim program. We understand it comes to an end in June 2024, bracketing two calendar years. Theoretically, that provides up to \$1,300 per child. The amount of money being proposed per child will vary a lot, depending on the situation of the child and how old they are.

If we can get very little kids to come in — we advocate parents bringing their child to the dentist within six months of the eruption of the first tooth for disease susceptibility, evaluation and counselling of the parents. That will get that child on a good path.

If you look at another child who is coming in at age four with a few cavities, they will have an examination, some X-rays, diagnosis by the dentist, perhaps teeth cleaning, oral hygiene counselling by the dental hygienist on the team, and then perhaps a few fillings. That could also include the baby-tooth equivalent of root canals which sometimes teeth need when there are cavities. They are very small teeth, and cavities don't have to be very big to affect the nerve.

The care will be limited. For some kids, it will be more than enough and, for some kids, it will not be enough. That is something to consider. Any long-term program needs to be more needs-based so that children who need more care get more care and kids who don't need as much care don't use the system as much.

Ms. Love: Yesterday, we had a technical briefing with CRA and Health Canada regarding this program. We were pleased to be informed that this program will be in addition to any provincial programs. That's a good news story. It's not going to detract from the programs currently in place. Each of the provinces offers some type of program. This will only enhance the ability to provide care for those children. That was a very good news story for us yesterday.

Senator Pate: In terms of a needs-based program, do you have a model that you could recommend that we might want to look at in terms of wording or language?

Dr. Tomkins: The provinces of P.E.I. and Newfoundland — and actually I think the Northwest Territories as well, or is it the Yukon — have just signed agreements with their provincial governments for children's programs that are considered better. There is no ideal program. Some don't cover certain things, so this program would perhaps have the capacity to top up the

Docteur Burry, vous venez de dire qu'il s'agit essentiellement du coût d'une visite à l'urgence. Quels problèmes voyez-vous? À votre avis, quelles interventions dentaires ne seront pas couvertes en raison d'un financement insuffisant?

Dre Tomkins : Premièrement, nous sommes contents que les enfants à faible revenu bénéficient d'une prestation pour aller chez le dentiste, et c'est donc une bonne chose. Il s'agit d'un programme provisoire. Nous croyons savoir qu'il prendra fin en juin 2024, ce qui donne deux années civiles. Théoriquement, cela donne jusqu'à 1 300 \$ par enfant. Le montant d'argent proposé par enfant variera beaucoup, selon la situation de l'enfant et son âge.

Si nous pouvons faire venir de très jeunes enfants — nous préconisons que les parents amènent leur enfant chez le dentiste dans les six mois suivant l'éruption de la première dent pour la susceptibilité à la maladie, l'évaluation et le counselling des parents. Cela mettra l'enfant sur la bonne voie.

Si vous prenez un autre enfant qui arrive à l'âge de quatre ans avec quelques caries, il y aura un examen, des radiographies, le diagnostic du dentiste, peut-être un nettoyage des dents, des conseils en hygiène buccale donnés par l'hygiéniste dentaire de l'équipe, et peut-être quelques obturations. Cela pourrait aussi comprendre l'équivalent pour les dents de bébé des traitements de canal dont les dents ont parfois besoin lorsqu'il y a des caries. Comme ce sont de très petites dents, les caries n'ont pas besoin d'être très grosses pour affecter le nerf.

Les soins seront limités. Pour certains enfants, ce sera plus que suffisant, et pour d'autres, cela ne suffira pas. C'est une chose à considérer. Tout programme à long terme doit être davantage axé sur les besoins afin que les enfants qui nécessitent plus de soins en reçoivent plus, et que ceux qui n'en ont pas autant besoin n'utilisent pas autant le système.

Mme Love : Hier, nous avons eu une séance d'information technique avec l'ARC et Santé Canada au sujet de ce programme. Nous avons été heureux d'apprendre qu'il s'ajoutera aux programmes provinciaux. C'est une bonne nouvelle. Cela ne nuira pas aux programmes actuellement en place. Chacune des provinces offre un programme quelconque. Cela ne fera qu'améliorer la capacité de prendre soin de ces enfants. C'était une très bonne nouvelle pour nous hier.

La sénatrice Pate : Pour ce qui est d'un programme axé sur les besoins, avez-vous un modèle que vous pourriez recommander et que nous pourrions examiner en ce qui concerne le libellé?

Dre Tomkins : Les provinces de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve — et, en fait, je crois que les Territoires du Nord-Ouest aussi, ou est-ce le Yukon — viennent de signer des ententes avec leurs gouvernements provinciaux pour des programmes destinés aux enfants qui sont jugés meilleurs. Il n'y a pas de programme idéal. Certains ne couvrent pas certaines

others. We had not heard that it could be in addition to existing programs. That would be something we would have to look into.

I will let Dr. Burry talk about international programs that have very good effect.

Dr. Burry: On the funding of dental care, this is a good first step or first movement. Internationally, we can look at the commitment of various governments. In Canada, about 6% of total expenditures have come from government. Other countries have been at this for a much longer long time. They started developing their programs after World War II, so they're 70-plus years into development. We often think of places like Germany, Sweden, et cetera, even the U.K. They are contributing up to 40% of the total costs in terms of overall government expenditure. This is a first movement toward ensuring that more Canadians are covered. Again, in those countries where the systems include all of their residents and individuals, that is the level of government commitment currently being used in those various countries. The United States started making movement in this area in approximately 2010. They were the same as Canada, and they moved to about 12% of total government funding through things like Obamacare, as well as a much broader oral health strategy.

This is another part of something we've been talking about at the Canadian Dental Association so that it's not just spending the money on treatment. We really need to look at a broader oral health strategy for the country, as other countries have done, so that we arrive at improving our overall health.

Senator Yussuff: Thank you, witnesses, for being here.

Let me start with the most basic of questions. Clearly, the people we are targeting here are poor families and their children having access to dental care. Based on your experience in your associations, what has been the challenge with poor families having access to dental care, recognizing that income is a huge challenge and people are spending additional money for dental care? What has been the experience within your associations with poor families accessing this?

I'll use myself as an example. I have been fortunate since 18 years of age to have had access to dental care as part of workplace plans that I belonged to, but I know that's not the norm. Now that I'm a senator, I have additional access to workplace plans because it comes with the job. I know for far too many families in this country, this is not the norm.

choses, alors ce programme aura peut-être la capacité de compléter les autres. Nous n'avions pas entendu dire qu'il pourrait s'ajouter aux programmes existants. Il faudrait que nous nous penchions là-dessus.

Je vais laisser le Dr Burry parler des programmes internationaux qui ont un très bon effet.

Dr Burry : Pour ce qui est du financement des soins dentaires, c'est un premier pas dans la bonne direction. À l'échelle internationale, nous pouvons examiner ce que divers gouvernements y consacrent. Au Canada, environ 6 % des dépenses totales proviennent du gouvernement. D'autres pays travaillent à cela depuis beaucoup plus longtemps. Ils ont commencé à élaborer leurs programmes après la Seconde Guerre mondiale, ce qui fait plus de 70 ans de développement. On pense souvent à des pays comme l'Allemagne, la Suède, etc., et même le Royaume-Uni. Ils assument jusqu'à 40 % du coût total, qui est couvert par les dépenses gouvernementales. Il s'agit d'un premier pas vers une meilleure couverture pour les Canadiens. Encore une fois, dans les pays où les systèmes couvrent tous les résidents et citoyens, c'est le niveau de financement gouvernemental qui a cours actuellement dans ces divers pays. Les États-Unis ont commencé à prendre des mesures dans ce domaine vers 2010. Elles étaient les mêmes qu'au Canada, et elles sont passées à environ 12 % de financement gouvernemental total grâce à des choses comme l'Obamacare, ainsi qu'une stratégie beaucoup plus vaste en matière de santé buccodentaire.

C'est un autre aspect dont nous avons parlé à l'Association dentaire canadienne, pour qu'on ne se contente pas de dépenser de l'argent pour les soins. Nous devons vraiment envisager une stratégie de santé buccodentaire plus vaste pour le pays, comme d'autres pays l'ont fait, afin d'améliorer notre santé globale.

Le sénateur Yussuff : Je remercie les témoins de leur présence.

Permettez-moi de commencer par les questions les plus fondamentales. De toute évidence, les gens que nous ciblons ici sont les familles pauvres et l'accès de leurs enfants à des soins dentaires. Selon votre expérience au sein de vos associations, quelle a été la difficulté pour les familles pauvres d'avoir accès à des soins dentaires, sachant que le revenu pose un énorme défi et que les gens dépensent plus d'argent pour les soins dentaires? Quelle a été l'expérience de vos associations en ce qui concerne l'accès des familles pauvres à ce programme?

Je vais me citer en exemple. J'ai eu la chance, depuis l'âge de 18 ans, d'avoir accès à des soins dentaires dans le cadre des régimes offerts par l'employeur auxquels j'ai participé, mais je sais que ce n'est pas la norme. Maintenant que je suis sénateur, j'ai encore accès à ce genre de régimes parce que cela vient avec l'emploi. Je sais que pour beaucoup trop de familles canadiennes, ce n'est pas la norme.

Who are the majority of people who access your services through your associations? Is it insurance-based or cash-based that is based on a family's ability to help their kids when in dire conditions?

Dr. Tomkins: If we look overall at patients and families who access dental care more frequently, they will be in that so-called insured group, which are the two thirds of Canadians covered under some sort of a plan. We know that Canadians do value having their benefits through employer-sponsored health benefits. That is something we wouldn't want to see disrupted by any program that's brought in. If employers were to start dropping their plans because there is some new federal plan, that is a potential concern.

In my practice, I saw kids from all different socio-economic backgrounds. Being a new Canadian can be a barrier because language can be a barrier as well. Certainly finances are a barrier. Sometimes it's the education and orientation of the parents and their knowledge of the importance of early visits to the dentist. Some feel that baby teeth are not very important. We prefer to consider them as primary teeth and the foundation of good oral health.

I think that's part of what we would want in any program that's coming out. We have asked for some support in getting information out to all parents, particularly to the parents of children who are eligible for this program, of the importance of bringing a child to the dentist early. Don't wait until they're 5 or 6. Bring them when they're 12 to 18 months of age so they can be seen. I think education and outreach is a really important part of it.

With this interim program, the financial aspect is somewhat addressed, so now it's a matter of education and outreach. I think all of us here would agree that education and prevention are the keys.

The Chair: Ms. Love, do you have any comments?

Ms. Love: Among our members, we have a number of dental hygienists who have a lot of innovative ways to reach out. We struck a task force to advise us on this national dental care benefit, with dental hygienists from every province and territory in the country who work in public health and work with these federally funded programs. We hear stories of dental hygienists going to daycares and finding out that only 2 out of 12 children have access to workplace-funded dental benefits. They help those other 10 children and their families sign up for whatever provincial programs are available. As Dr. Tomkins said, sometimes it is our health care providers helping them understand what programs are available and signing them up so they can have access.

Qui sont la majorité des gens qui accèdent à vos services par l'entremise de vos associations? Est-ce financé par une assurance ou est-ce payé par la famille en fonction de sa capacité d'aider ses enfants alors qu'elle se trouve dans une situation difficile?

Dre Tomkins : Dans l'ensemble, les patients et les familles qui ont accès plus fréquemment à des soins dentaires font partie du groupe dit assuré, qui représente les deux tiers des Canadiens couverts par un régime quelconque. Nous savons que les Canadiens accordent de l'importance aux prestations de santé offertes par l'employeur. C'est une chose que nous ne voudrions pas voir être perturbée par quelque programme que ce soit. Si les employeurs commençaient à abandonner leur régime parce qu'il y a un nouveau régime fédéral, cela pourrait être préoccupant.

Dans mon cabinet, j'ai vu des enfants de tous les milieux socioéconomiques. Le fait d'être un Néo-Canadien peut constituer un obstacle, car la langue peut également être un frein. Les finances constituent certainement un obstacle. Parfois, cela dépend de l'éducation et de l'orientation des parents, et de leur connaissance de l'importance des visites précoces chez le dentiste. Certains estiment que les dents de lait ne sont pas très importantes. Nous préférons les considérer comme des dents primaires et le fondement d'une bonne santé buccodentaire.

Je pense que cela fait partie de ce que nous voudrions voir dans n'importe quel programme. Nous avons demandé de l'aide pour informer tous les parents, en particulier les parents d'enfants qui sont admissibles à ce programme, de l'importance d'amener un enfant chez le dentiste très tôt. N'attendez pas qu'ils aient 5 ou 6 ans. Amenez-les quand ils ont de 12 à 18 mois pour qu'on puisse les voir. Je pense que l'éducation et la sensibilisation sont des éléments très importants.

Dans le cadre de ce programme provisoire, l'aspect financier est en quelque sorte réglé, alors c'est maintenant une question d'éducation et de sensibilisation. Je pense que nous sommes tous d'accord pour dire que l'éducation et la prévention sont la clé.

Le président : Madame Love, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Love : Parmi nos membres, nous avons un certain nombre d'hygiénistes dentaires qui ont de nombreuses façons novatrices de rejoindre les gens. Nous avons mis sur pied un groupe de travail chargé de nous conseiller sur cette prestation nationale de soins dentaires, avec des hygiénistes dentaires de toutes les provinces et de tous les territoires du pays qui travaillent dans le domaine de la santé publique et avec ces programmes financés par le gouvernement fédéral. Nous entendons parler des hygiénistes dentaires qui se rendent dans des garderies et qui découvrent que seulement 2 enfants sur 12 bénéficient d'une assurance dentaire financée par l'employeur. Ils aident les 10 autres enfants et leur famille à s'inscrire aux programmes provinciaux offerts. Comme l'a dit la Dre Tomkins, c'est parfois les prestataires de soins de santé qui les aident à

Sylvie, you probably have further information through your work with that task force.

Ms. Martel: Yes, and like Dr. Tomkins said, outreach is important but also public education. Like Ms. Love was saying, there are a lot of parents out there who do not know they can access some benefits through different programs across the country.

I think what's important here is that not all kids are treated equally, not only with the financial burden but also access to care within a close proximity, access to professionals and knowing which professional they can see on a regular basis. There is a cultural impact that comes with that, as well as a financial impact, but there is also access to the professionals in such a way that the burden is not larger for the parents to take their kids for treatment.

Senator Yussuff: Also, as indicated by you, this program will cover ages 12 and under. Some provincial programs do not allow 12-year-old kids to get access to dental care. Do we know what the gaps are in regard to provinces and how many kids might get coverage as a result of this program coming in? You now have a threshold that is hard on most provincial programs. More importantly, in terms of the data you provided, about 500,000 children will be impacted by this.

I can tell you, as a father, I'm fortunate that my daughter never had to worry about whether her teeth would be taken care of, including getting braces at an early age. Quite often kids grow up in a world where braces are not even a consideration, given the cost. Of course, this impacts the aesthetics of children's teeth and also impacts how they look at themselves.

With regard to the gap that exists and also how we can deal with some of these children, another phase of this program will come at some point while working with the provinces. At some point, we'll need to figure out what gaps we need to fill in because kids are very much struggling with this reality. For parents who are fortunate enough to have these resources available for their children, that's great, but for too many in this country, they don't have access and they're struggling with this reality day in and day out.

Ms. Love: That's an excellent question that I asked at the technical briefing yesterday, how much the federal government had budgeted for this program in terms of access. They're estimating 500,000 don't currently have access. They actually said between 600,000 and 700,000 children under 12, but they

comprendre quels programmes sont offerts et qui les inscrivent pour qu'ils puissent y avoir accès.

Madame Martel, vous avez probablement d'autres renseignements du fait de votre participation à ce groupe de travail.

Mme Martel : Oui, et comme l'a dit la Dre Tomkins, la sensibilisation est importante, mais l'éducation du public l'est aussi. Comme Mme Love l'a dit, il y a beaucoup de parents qui ne savent pas qu'ils peuvent avoir accès à certaines prestations dans le cadre de différents programmes partout au pays.

Je pense que ce qui est important ici, c'est que tous les enfants ne sont pas traités sur un pied d'égalité, non seulement en ce qui concerne le fardeau financier, mais aussi l'accès aux soins à proximité, l'accès à des professionnels de la santé en sachant quels sont ceux qu'ils peuvent voir régulièrement. Cela a un impact culturel, ainsi qu'un impact financier, mais il faut aussi donner accès aux professionnels de la santé de façon à ne pas alourdir le fardeau des parents qui doivent amener leurs enfants pour des soins.

Le sénateur Yussuff : De plus, comme vous l'avez indiqué, ce programme s'adresse aux jeunes de 12 ans et moins. Certains programmes provinciaux ne permettent pas aux enfants de 12 ans d'avoir accès à des soins dentaires. Savons-nous quelles sont les lacunes au niveau des provinces et combien d'enfants pourraient être couverts par ce programme? Vous avez maintenant un seuil qui est difficile pour la plupart des programmes provinciaux. Plus important encore, selon les données que vous avez fournies, environ 500 000 enfants seront touchés par cette mesure.

En tant que père de famille, j'ai la chance que ma fille n'a jamais eu à se demander si on allait prendre soin de ses dents, ou si elle pourrait avoir des broches orthodontiques à un jeune âge. Très souvent, les enfants grandissent dans un monde où les broches orthodontiques ne sont même pas envisagées, en raison de leur coût. Bien sûr, cela a une incidence sur l'esthétique des dents des enfants et aussi sur la façon dont ils se perçoivent.

En ce qui concerne l'écart qui existe et la façon dont nous pouvons nous occuper de certains de ces enfants, une autre phase de ce programme viendra à un moment donné, en collaboration avec les provinces. À un moment donné, nous devons déterminer quelles sont les lacunes que nous devons combler parce que les enfants sont aux prises avec cette réalité. Pour les parents qui ont la chance de disposer de ces ressources pour leurs enfants, c'est très bien, mais un trop grand nombre de Canadiens n'y ont pas accès et doivent composer avec cette réalité jour après jour.

Mme Love : C'est une excellente question que j'ai posée lors de la séance d'information technique d'hier, en ce qui concerne l'accès, à savoir quel montant le gouvernement fédéral avait prévu pour ce programme. On estimait qu'à l'heure actuelle, 500 000 enfants n'avaient pas accès aux soins dentaires. On a

were hoping that 500,000 would access it. They did clarify that they have enough of a budget if there will be more than 500,000 who access these services. That was the answer provided yesterday.

Dr. Burry: One of the other key things is that there will be province-to-province differences. There will be some parts of the country where the provincial program is already relatively adequate and you won't see that they will be applying for the federal benefit. They won't need it in most of those cases.

In places like where we are in Ontario, there is a financial threshold. What this does is move it up. There will be families, like many of the farm families I see in Eastern Ontario, who don't qualify on the income level but will qualify for this financial outcome, and that will allow them to take their four to six children to the dentist. That is the group I think the federal government is targeting. We raised this early on.

We're looking not to have a lot of duplication and overlap between the programs. It re-emphasizes the need to go back and do more coordination between the provinces and the federal government around the benefit so that it maximizes what is actually happening out there, as well as starts to deal with some of the inadequacies of some of the provincial programs.

The Chair: Thank you. Ms. Martel, your hand is up. Do you want to make a comment?

Ms. Martel: Just to answer a little bit more to the person who was asking about the Quebec program that covers up to age 9, there is absolutely no prevention covered in that program from 0 to 9 years old, and of course, it doesn't allow for children who are 10 plus, unless the parents are on a social assistance program, to access any types of benefits. So you will have an uptake within the province of Quebec for children wanting to have prevention done, such as cleaning or to see a dental hygienist. With the change in legislation in Quebec, where dental hygienists can actually provide services directly to clients without the supervision of a dentist, there's an influx of dental hygienists who are now offering services directly to the client. You will see an uptake in the province of Quebec in regard to preventive services by dental hygienists for that category of 0 to 9 but also for children older than 9 years old.

Senator Galvez: My first question is to Dr. Tomkins. We have a colleague in the Senate that is a dentist. She is Indigenous and works in Indigenous communities in northern Manitoba. I asked her to provide me with a question. This is Senator McCallum's question: With the high cost of dental treatment, \$650 will not pay for much depending on the size of the

parlé, en fait, de 600 000 à 700 000 enfants de moins de 12 ans, mais on espérait que 500 000 y auraient accès. On a précisé que le gouvernement disposerait d'un budget suffisant si plus de 500 000 enfants accédaient à ces services. C'est la réponse qui m'a été donnée hier.

Dr Burry : L'un des autres éléments clés, c'est qu'il y aura des différences d'une province à l'autre. Il y aura des régions du pays, où le programme provincial est déjà relativement adéquat, qui ne demanderont pas la prestation fédérale. Dans la plupart des cas, elles n'en auront pas besoin.

Dans des endroits comme l'Ontario, il y a un seuil financier. Cela aura pour effet de l'augmenter. Il y aura des familles, comme bon nombre des familles d'agriculteurs que je vois dans l'Est de l'Ontario, qui ne seront pas admissibles en fonction du niveau de revenu, mais qui le seront en fonction du résultat financier, ce qui leur permettra d'emmener leurs quatre à six enfants chez le dentiste. Je pense que c'est ce groupe que vise le gouvernement fédéral. Nous avons soulevé cette question dès le début.

Nous voulons éviter qu'il y ait beaucoup de dédoublement et de chevauchement entre les programmes. Cela souligne de nouveau la nécessité de revenir en arrière et d'assurer une meilleure coordination entre les provinces et le gouvernement fédéral en ce qui concerne les prestations afin de maximiser ce qui se passe réellement et de commencer à remédier à certaines des lacunes de certains programmes provinciaux.

Le président : Merci. Madame Martel, vous avez levé la main. Voulez-vous faire une remarque?

Mme Martel : Pour compléter la réponse à la question posée au sujet du programme québécois qui couvre les enfants jusqu'à l'âge de 9 ans, ce programme ne couvre aucune visite de prévention pour les enfants de 0 à 9 ans et, bien sûr, il ne les couvre pas non plus pour les enfants de 10 ans et plus, à moins que les parents ne bénéficient d'un programme d'aide sociale, pour avoir accès à n'importe quel type de prestations. Le programme sera donc utilisé, au Québec, pour les enfants qui veulent des services de prévention, comme le nettoyage ou la consultation d'un hygiéniste dentaire. Avec la modification de la loi au Québec, où les hygiénistes dentaires peuvent offrir des services directement aux clients sans la supervision d'un dentiste, il y a maintenant un grand nombre d'hygiénistes dentaires qui offrent des services directement au client. Au Québec, les hygiénistes dentaires offrent des services de prévention pour les enfants de 0 à 9 ans, mais aussi pour les enfants de plus de 9 ans.

La sénatrice Galvez : Ma première question s'adresse à la Dre Tomkins. Nous avons une collègue, au Sénat, qui est dentiste. Elle est autochtone et elle exerce dans des communautés autochtones du Nord du Manitoba. Je lui ai demandé de me suggérer une question : compte tenu du coût élevé des soins dentaires, 650 \$ ne suffiront pas à couvrir une

restorations needed. It may cover an exam, and X-ray and maybe a couple of restorations depending on the size and per child. To ensure adequate care is provided, given the needs of the patient, what do you feel will be a dollar amount that would be more realistic? Can you give me an annual cost of dental care per child?

Dr. Tomkins: There is so much variation in what children need. That is a very good question, but a very difficult one to answer because some kids are, as I said earlier, going to need only very few treatments and some are going to need many more. If you have a child who has caries in all 20 primary teeth and needs to be treated in the hospital, this amount won't come close to that. It might enable a dentist to put some silver diamine fluoride on some of the larger caries to put them on hold. It's an excellent question, and I will defer to Dr. Burry, if he has statistics on that. I don't think anyone has ever calculated the average cost per child because there is so much variation.

Dr. Burry: There is a difference between what it cost to program versus what it might cost to treat a child. There are really two costs. If you have a child, for example, treated in hospital, you have the cost to perform the dentistry, and in a child, that could be anywhere from \$2,000 up to \$5,000; and then we have the cost of the health care system. Minister Duclos has been using a number of the total utilization in dentistry, if you would like, both surgery as well as emergency departments, and that number is about \$2 billion across the country.

When you look at those ranges, we are spending a lot of money for individuals who are being treated in hospital for very severe dental caries problems, and that will give a range of where there are the possibilities of doing this differently and not in the health care system. There is quite a range, and \$650 for a relatively healthy child, as Dr. McCallum indicated, is likely adequate, but again, that's why we talk about this as a good interim step to at least get individuals into the dental office. This also creates an opportunity for the government to see how many people are going to utilize the program and then try to design something that better meets the needs of individuals seeking care through the program.

Senator Galvez: In case you can do some estimates in the following days, I would appreciate it if you can send that information to the clerk of the committee.

Dr. Burry: Our pleasure to do so.

Senator Galvez: Thank you so much.

grande partie des frais, selon l'importance des restaurations nécessaires. Cela peut couvrir un examen, une radiographie et peut-être quelques restaurations selon la taille, et par enfant. Pour assurer la prestation de soins adéquats, compte tenu des besoins du patient, quel serait, selon vous, un montant plus réaliste? Pouvez-vous me donner le coût annuel des soins dentaires par enfant?

Dre Tomkins : Les besoins des enfants varient énormément. C'est une très bonne question, mais il est très difficile d'y répondre parce que, comme je l'ai dit plus tôt, certains enfants n'auront besoin que de très peu de soins et d'autres, de beaucoup plus. Si vous avez un enfant dont les 20 dents de lait sont cariées et qui doit être traité à l'hôpital, ce montant sera loin du compte. Cela pourrait permettre à un dentiste de mettre, en attendant, un peu de fluorure de diamine d'argent sur certaines des plus grosses caries. C'est une excellente question, et je vais demander au Dr Burry s'il a des statistiques à ce sujet. Je pense que personne n'a jamais calculé le coût moyen par enfant parce qu'il y a tellement de variations.

Dr Burry : Il y a une différence entre ce qu'il en coûte au programme et ce qu'il en coûte pour traiter un enfant. Il y a en fait deux coûts. Si vous avez un enfant, par exemple, qui est traité à l'hôpital, vous avez le coût des soins dentaires, et dans le cas d'un enfant, cela peut aller de 2 000 \$ à 5 000 \$; et il y a ensuite le coût du système de soins de santé. Le ministre Duclos s'est, disons, basé sur le nombre d'utilisations totales, pour des soins dentaires, des services de chirurgie et d'urgence, et ce chiffre est d'environ 2 milliards de dollars à l'échelle du pays.

Quand on regarde ces fourchettes, on voit que nous dépensons beaucoup d'argent pour les personnes qui sont traitées à l'hôpital pour des problèmes de carie dentaire très graves. Cela ouvre toutes sortes de possibilités de faire les choses autrement plutôt que dans le système de soins de santé. Il y a toute une fourchette, et 650 \$ pour un enfant dont la santé est relativement bonne, comme l'a indiqué la Dre McCallum, est probablement un montant suffisant, mais encore une fois, c'est la raison pour laquelle nous disons que c'est une bonne mesure provisoire pour au moins amener les gens au cabinet dentaire. Cela donne également l'occasion au gouvernement de voir combien de personnes vont utiliser le programme et d'essayer de concevoir quelque chose qui répondra mieux aux besoins de ceux qui chercheront à obtenir des soins dans le cadre du programme.

La sénatrice Galvez : Au cas où vous pourriez faire des estimations au cours des prochains jours, j'aimerais beaucoup que vous fassiez parvenir ces renseignements à la greffière du comité.

Dr Burry : Nous serons heureux de le faire.

La sénatrice Galvez : Merci beaucoup.

My question follows the question from my colleague Senator Gignac, not concerning the capacity per se but actually the expertise. We are talking about dental care in children. I have three children and had to take them to the dentist, and it was always a drama. We passed so many hygienists and so many dentists before we got the person that had the patience and the expertise to deal with children. Otherwise, my experience and other people's experience is that the dentist will say, "Let's put the baby or the child to sleep in order to make all the reparations that are needed," and parents don't like that. So talking about the capacity and the expertise, I know that dentists are mostly comfortable with adults, but what is the percentage of dentists and hygienists that are dealing with children this age? If we need to anaesthetize the child in the Northern regions, how will we go about it?

Dr. Tomkins: In dental school, we all get training in pediatric dentistry, and as we graduate and go into practice, people develop an affinity for certain areas, and there are people who decide that they are going to specialize in being pediatric dentists. I'm speaking to their group tomorrow. Dr. Burry can give the exact number of pediatric dentists across the country. They do tend to see more of these patients who have multiple areas of decay. I did talk about seeing young patients who need a lot of dentistry and who may need treatment in the OR, and that experience may affect the child's future orientation to dentistry.

I found in practice that if I could get kids early and figure out what was going on with them and could grow them to the age of 6 or 7, if those kids needed some dental treatment, they were going to be very accepting of dental treatment and had expectations of being treated with kindness and respect. It became a positive outcome. In very small children, sometimes there is no alternative but to treat them with some sort of sedation; otherwise, you can create a truly phobic child if you have to have six or eight restorative appointments where you are doing two or three fillings at a time. That is not a good scene for a very small child.

Dr. Burry, how many pediatric dentists do we have in the country?

Dr. Burry: We will follow up and get the exact number in terms of pediatric dentists.

The other key issue — we have been advocating for this as the Canadian Dental Association — is an increased investment in places or surgery centres across the country, so moving these treatments out of the hospital. There are parts of the country where they now have these services where there is anaesthesia that could be provided out of the hospital and get the dental care quickly. The issue for our hospital care system across the country, especially with respect to pediatric dentistry, is there hasn't been any growth in this since the 1990s. It's the same

Ma question fait suite à celle de mon collègue, le sénateur Gignac, et porte non pas sur la capacité comme telle, mais plutôt sur la compétence. Nous parlons des soins dentaires pour les enfants. J'ai trois enfants que j'ai dû emmener chez le dentiste, et c'était toujours un drame. Nous avons vu tellement d'hygiénistes et de dentistes avant de tomber sur la personne qui avait la patience et la compétence nécessaires pour soigner des enfants. Sinon, d'après mon expérience et celle d'autres personnes, le dentiste suggère d'endormir le bébé ou l'enfant pour faire toutes les réparations nécessaires, mais les parents n'aiment pas cela. Pour ce qui est de la capacité et de la compétence, je sais que les dentistes sont généralement à l'aise avec les adultes, mais quel est le pourcentage de dentistes et d'hygiénistes qui s'occupent d'enfants de cet âge? Si on doit anesthésier l'enfant dans les régions du Nord, comment s'y prend-on?

Dre Tomkins : À l'école de médecine dentaire, nous recevons une formation en dentisterie pédiatrique. Une fois que nous avons notre diplôme et que nous commençons à pratiquer, nous développons une affinité pour certains domaines, et certains d'entre nous décident de se spécialiser en dentisterie pédiatrique. Je vais justement m'adresser à un groupe demain. Le Dr Burry pourra vous donner le nombre exact de dentistes pédiatriques au pays. En général, ils soignent surtout des patients qui ont beaucoup de caries. J'ai parlé de jeunes patients qui ont besoin de beaucoup de soins dentaires et que nous devons parfois traiter dans une salle d'opération, ce qui risque de leur laisser un mauvais souvenir de leur expérience chez le dentiste.

J'ai constaté en pratique que si je pouvais voir les enfants le plus tôt possible pour comprendre et surveiller leur état dentaire jusqu'à l'âge de 6 ou 7 ans, lorsque ces enfants ont besoin d'un traitement dentaire, ils l'acceptent très bien, sachant qu'ils seront traités avec gentillesse et respect. Cette méthode donne un résultat positif. Chez les très jeunes enfants, il n'y a pas d'autre solution que de les traiter avec une sorte de sédation. Sinon, l'enfant deviendra vraiment phobique s'il doit endurer six ou huit rendez-vous où l'on restaure deux ou trois obturations d'un coup. Cela ne laisse vraiment pas de bons souvenirs à un très petit enfant.

Docteur Burry, combien comptons-nous de dentistes pédiatriques au Canada?

Dr Burry : Nous allons vérifier et vous envoyer le nombre exact de dentistes pédiatriques.

Notre autre grand problème — que nous avons souligné à l'Association dentaire canadienne — est l'urgent besoin d'accroître le nombre de centres de chirurgie partout au pays, pour qu'il n'y ait plus besoin d'effectuer ces traitements à l'hôpital. Certaines régions du pays ont maintenant des centres avec services d'anesthésie qui permettent d'effectuer rapidement les traitements dentaires hors de l'hôpital. Malheureusement, notre système de santé n'a pas accru le nombre de services de dentisterie pédiatrique depuis les années 1990. Nous devons

capacity. At this particular point in 2020, what we have is this lack of growth, leading to the increased wait-lists. Communities have looked at alternatives, adding more operating rooms in some cases, but for the most part it's surgery centres where we're finding communities are using them. We have been advocating for the government to look at this as an investment in those types of facilities so we can move this out of hospitals.

Ms. Love: I wanted to comment on your question regarding people in the North. The federal government spends over \$450 million a year flying people out of northern regions to have emergency dental treatment. For the last probably seven years, CDHA has had a contract with the Government of Nunavut where we fly in dental hygienists to 17 fly-in and remote communities to do preventive services for children 0 to 12. We do that in conjunction with the COHI aide in the community, the Children's Oral Health Initiative, and it has been very successful. It went on pause during COVID, but we're starting again in the next couple of weeks, bringing a dental hygienist in to do preventive care, which prevents that cost to fly people out for surgeries.

Senator Boehm: Thank you to our witnesses for responding so eloquently to the questions that have been asked.

Most of the questions I wanted to ask have been asked already, but I would like to zero in on the issue of staffing levels. That was raised earlier on, and Dr. Tomkins touched on it in her opening remarks. Did staffing levels suffer as a result of the COVID-19 pandemic? If so, have they more or less returned to pre-pandemic levels?

Dr. Tomkins: The question is whether they returned to pre-pandemic levels? No. I mentioned that on any given day, one in three dental offices is looking to add another person to their staff. There is a critical shortage. We did lose members of staff during COVID. They stopped coming into work in terms of dentistry. They didn't die. They didn't pass away, but we lost people working in the office because it's tremendously stressful. Dentists were shut down for a little bit during the pandemic in the beginning, and then we came back.

In terms of the requirements, we had pretty stringent infection prevention and control requirements before. Throughout the pandemic, they have certainly become much more strict. I don't know if you have been to your dental office, but you see us in there. We all look like we are astronauts or about to do brain surgery because we are covered in gowns and masks and shields and so on. Certain barriers and dividers had to be put up in dental offices. This created much more pressure on the front-line staff, who are primarily the dental assisting staff, because they are

travailler avec les mêmes capacités. Maintenant, dans les années 2020, ce manque de services allonge considérablement les listes d'attente. Certaines collectivités ont essayé de pallier cela en ajoutant des salles d'opération, mais dans la plupart des cas, ce sont les centres de chirurgie qui les utilisent. Nous avons demandé au gouvernement d'investir dans ce genre d'installations afin que nous puissions effectuer ces traitements hors des hôpitaux.

Mme Love : Je voulais répondre à votre question concernant les gens du Nord. Le gouvernement fédéral dépense chaque année plus de 450 millions de dollars pour transporter des gens des régions du Nord qui ont besoin de soins dentaires d'urgence. Depuis environ sept ans, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires a conclu un contrat avec le gouvernement du Nunavut, et nous envoyons des hygiénistes dentaires par avion dans 17 communautés éloignées pour donner des services de prévention aux enfants de la naissance à 12 ans. Nous faisons cela dans le cadre de l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants, qui est très efficace. Nous avons dû interrompre ce service pendant la pandémie de la COVID-19, mais au cours des semaines qui viennent, nous enverrons à nouveau un hygiéniste dentaire pour assurer des soins préventifs, ce qui évitera bien des frais de déplacement pour des chirurgies.

Le sénateur Boehm : Je remercie nos témoins d'avoir répondu avec tant d'éloquence aux questions qui leur ont été posées.

Mes collègues ont déjà posé la plupart des questions que j'avais, mais j'aimerais revenir sur celle des niveaux de dotation. Dre Tomkins en a parlé dans sa déclaration préliminaire. Les niveaux de dotation ont-ils baissé pendant la pandémie de la COVID-19? Dans l'affirmative, sont-ils plus ou moins revenus aux niveaux d'avant la pandémie?

Dre Tomkins : Vous désirez savoir s'ils sont revenus aux niveaux d'avant la pandémie? Non. J'ai mentionné que chaque jour, un cabinet dentaire sur trois cherche à embaucher quelqu'un. Nous faisons face à une pénurie critique. Nous avons perdu des membres du personnel pendant la pandémie de la COVID-19. Ces personnes ont quitté la dentisterie. Elles ne sont pas mortes, elles ne sont pas décédées, mais nous les avons perdues parce que leur travail était devenu extrêmement stressant. Au début de la pandémie, les dentistes ont dû fermer leurs cliniques pendant quelque temps, puis ils ont réouvert.

Pour ce qui est des exigences, nous appliquions déjà des exigences plutôt strictes en matière de prévention et de contrôle des infections. Évidemment que la pandémie les a rendues beaucoup plus strictes. Je ne sais pas si vous êtes allé chez votre dentiste, mais nous avons tous l'air d'être des astronautes ou d'être sur le point de faire de la chirurgie cérébrale, parce que nous sommes couverts de blouses, de masques, d'écrans faciaux et autres. Nous avons dû installer des bandes et des cloisons dans nos cabinets dentaires. Cela a mis beaucoup de pression sur le

responsible for setting up everything, tearing down everything, making sure everything is sterilized. It has created a lot of pressure in the system.

I have to say I am quite proud of the way the profession stepped up. There hasn't been a single case of transmission of COVID patient to doctor, doctor to patient, clinician to patient, in Canada. Any small transmissions that took place were unfortunately a part of the lunch room. Perhaps people relaxed a little. But in the clinical setting, there were no transmissions.

We are undertaking a project with the Canadian Dental Assistants' Association. We applied for a grant to look at ways to encourage more people to consider dental assisting as a career and to encourage them to stay in the profession. That also includes distance-learning opportunities so they can do a lot of the didactic work remotely. The clinical work obviously has to be done in person. We are looking at creative ways of encouraging more people and also new Canadians to come into dental assisting.

Senator Boehm: It's on that last point that I wanted to intervene in particular because we have about 400,000 newcomers coming every year. Some of them will need dental care and will probably fall under this program in one way or another. I'm thinking in particular of refugees. There is also the recognition of foreign credentials. I know that's a provincial matter, but surely this could be a pool to tap in terms of both dentists and hygienists. I would like to get comments on that, actually from all of you, if you want to.

Dr. Tomkins: In Canada, we have two ways for foreign-trained dentists to come into the country. One is through the National Dental Examining Board of Canada with a series of examinations. They start with a credential evaluation and confirmation of what the person has graduated with in the country they're coming from. Then there is a series of didactic examinations on content and knowledge and then clinical examinations. Any dentist coming into the country who is competent to the level of Canadian dental school graduate will be able to pass that exam.

The secondary route is that each of the dental schools has an internationally trained dentist program. Those dentists apply and come into the dental school partway through the second year of dentistry. They enter into the clinical years of third- and fourth-year dentistry, along with our regular DDS students, and they graduate with a degree from that university.

We have about 500 dentists a year coming in from outside the country, as well as our 500 graduates from the U of T school. We do have a program for that.

personnel de première ligne, surtout sur les assistants dentaires, qui sont responsables de tout installer, de tout détruire, de tout stériliser. Cela a créé beaucoup de pression dans nos lieux de travail.

Je dois dire que je suis très fier de la façon dont notre profession a réagi. Au Canada, il n'y a pas eu un seul cas de transmission de la COVID-19 d'un patient à un médecin, d'un médecin à un patient, d'un clinicien à un patient. Toutes les petites transmissions ont eu malheureusement lieu à la salle à manger. Les gens se sont peut-être un peu relâchés. Mais en milieu clinique, il n'y a pas eu de transmission.

Nous avons entrepris un projet avec l'Association canadienne des assistants dentaires. Nous avons demandé une subvention pour encourager un plus grand nombre de personnes à envisager une carrière d'assistant dentaire et pour les assistants à rester dans la profession. Cela comprend également des possibilités d'apprentissage à distance pour la partie théorique. L'apprentissage clinique doit évidemment se faire en présentiel. Nous cherchons des façons créatives d'encourager un plus grand nombre de personnes et de nouveaux Canadiens à s'engager dans le domaine des soins dentaires.

Le sénateur Boehm : Je voulais justement parler de cela avec vous. Nous accueillons environ 400 000 nouveaux arrivants chaque année. Certains d'entre eux auront besoin de soins dentaires et seront probablement visés par ce programme d'une façon ou d'une autre. Je pense en particulier aux réfugiés. Il y a aussi la reconnaissance des titres de compétence étrangers. Je sais qu'elle relève des provinces, mais elle pourrait certainement créer d'un bassin de dentistes et d'hygiénistes. J'aimerais que chacun de vous me donne son point de vue à ce sujet.

Dre Tomkins : Au Canada, les dentistes formés à l'étranger ont deux voies possibles pour entrer dans la profession. L'une est de subir la série d'examens du Bureau national d'examen dentaire du Canada. Le Bureau évalue d'abord les titres de compétence et obtient la confirmation que les candidats détiennent bel et bien un diplôme du pays d'où ils viennent. Il y a ensuite une série d'examens théoriques sur le contenu et les connaissances, puis des examens cliniques. Tout dentiste qui arrive au Canada et qui possède le niveau de compétence des diplômés d'écoles dentaires canadiennes réussira cet examen.

L'autre voie est le programme que toutes nos écoles dentaires offrent aux dentistes formés à l'étranger. Après avoir présenté leur candidature, les dentistes entrent au milieu de la deuxième année de médecine dentaire. Ils commencent les années cliniques de la troisième et de la quatrième année avec nos étudiants et ils obtiennent ainsi leur diplôme universitaire.

Nous recevons ainsi chaque année environ 500 dentistes de l'étranger en plus des 500 qui se diplôment du programme spécial de l'école de l'Université de Toronto.

Most dentists who come from other countries may be interested in working as a dental assistant for a short period of time, but their goal is to practise dentistry. Dental assisting is a much shorter education process, and if people are looking to get a designated skill and then enter the workforce, we can make them aware that dental assisting is an attractive profession and one in which there is great need.

Senator Boehm: Any comment from the hygienists' perspective?

Ms. Martel: Thank you. It's a little bit of the same process for dental hygienists who are internationally trained. Under the Federation of Dental Hygiene Regulators of Canada, the applicant applies, and their curriculum and experience are assessed against the Canadian national competencies. If they are eligible or equivalent to Canadian programs, then they would sit the national certification program in Canada, which is a requirement in every province in Canada, other than Quebec, to practise and obtain a licence to practise in dental hygiene. The difficulty is that competency can vary greatly. In Europe, for example, there are some countries where dental hygiene does not exist, but there is a process to come into the country and have their credentials assessed.

On human resources, we did conduct a survey in 2019 — and we will repeat it next year — which showed about 18% of dental hygienists were planning to leave the profession in the next two years, and up to one in four in the next five years. Is it because of COVID? Of course, in 2019, we were just before COVID. It's very hard to say, but if we look at the number of graduates in dental hygiene, every program in Canada is over-subscribed. We haven't lost in terms of the influx of graduating dental hygienists obtaining licences to practise. We did not lose on that count, but the percentage of dental hygienists wanting to leave the profession in the next five years was higher in the 2019 survey.

Dr. Burry: On the assistants issue, there are no international standards related to this. We talked about hygiene and dentistry, and for those, there are international standards, and they are well trained. With people coming into Canada, we almost have to start from scratch because the Canadian system has some of the highest standards in the world. Dr. Tomkins mentioned just the daily understanding of how sterilization works in this country is very different than elsewhere. It's very technical and highly sophisticated. Our assistants also take radiographs in this country, which is something you don't often see. You can't just start taking X-rays on day one when you come into an office. That requires a good amount of training.

La plupart des dentistes qui viennent d'autres pays désirent parfois travailler comme assistants dentaires pendant une brève période, mais leur but est de pratiquer la dentisterie. Le processus d'assistant dentaire est beaucoup plus court. Dans le cas des gens qui veulent acquérir une compétence particulière afin d'entrer sur le marché du travail, nous pouvons les sensibiliser au fait que la profession d'assistant dentaire est attrayante et que ce domaine a un grand besoin de personnel.

Le sénateur Boehm : Quelqu'un aurait-il des observations du point de vue des hygiénistes?

Mme Martel : Merci. Le processus est à peu près le même pour les hygiénistes dentaires formés à l'étranger. En vertu de la Fédération des organismes de réglementation d'hygiène dentaire du Canada, le demandeur présente sa candidature, et son curriculum et son expérience sont évalués en fonction des compétences nationales canadiennes. S'ils sont admissibles ou équivalents aux programmes canadiens, les candidats doivent suivre le programme national de certification au Canada, qui est exigé dans toutes les provinces du Canada, sauf au Québec, pour exercer et obtenir un permis d'exercice en hygiène dentaire. Le problème, c'est que les compétences requises varient considérablement. Dans certains pays d'Europe, par exemple, la profession d'hygiéniste dentaire n'existe pas, mais les candidats peuvent suivre un certain processus pour faire évaluer leurs titres de compétences et entrer dans la profession.

En ce qui concerne les ressources humaines, nous avons mené un sondage en 2019 — et nous le ferons à nouveau l'année prochaine — qui a révélé qu'environ 18 % des hygiénistes dentaires prévoient quitter la profession au cours de ces deux prochaines années, et qu'un hygiéniste sur quatre envisage de quitter la profession au cours de ces cinq prochaines années. Est-ce à cause de la COVID? En 2019, la COVID ne sévissait pas encore. C'est très difficile à dire, mais tous les programmes d'enseignement de l'hygiène dentaire au Canada reçoivent plus de demandes qu'ils ne peuvent accepter d'étudiants. Nous n'avons pas perdu de diplômés en hygiène dentaire. Cependant, les résultats du sondage de 2019 indiquent que le pourcentage d'hygiénistes dentaires qui envisageaient de quitter la profession au cours des cinq prochaines années était plus élevé.

Dr Burry : Il n'existe pas de normes internationales pour les assistants dentaires. Nous avons parlé de l'hygiène et de la dentisterie, qui sont régies par des normes internationales, et ces professionnels sont bien formés. Ceux qui viennent au Canada doivent presque recommencer à zéro, parce que le système canadien a des normes parmi les plus élevées au monde. La Dre Tomkins a mentionné qu'il est difficile de comprendre les méthodes quotidiennes de stérilisation au Canada, car elles sont très différentes de ce qui se fait ailleurs. Elles sont très techniques et complexes. Nos assistants dentaires prennent aussi des radiographies, ce qui ne se fait pas dans beaucoup d'autres pays. Les nouveaux assistants ne peuvent pas prendre de

The Chair: Dr. Burry, that's why we're the best country in the world.

Senator Duncan: A special thanks to our witnesses for appearing before us this evening.

Dr. Tomkins mentioned improving NIHB, non-insured health benefits. I may stand corrected, but I believe it was the Parliamentary Budget Officer who appeared before our committee and said that the program, albeit admittedly in its initial design stages, was modelled after NIHB. My question is really to the dental hygienists, and it's a bit down in the weeds. The NIHB fee code, after which this program is modelled, would provide for a certain amount of cleaning or dental hygienist services. Are those fee codes enough to also provide the oral health care that dental hygienists can provide, particularly to a new patient and a young patient? That's a bit down in the weeds, and it's specific, but is that one area where we need improvement in the NIHB fee codes? Are there other suggestions that you have?

Ms. Love: Thank you very much for the question.

I have to note that we had over 100 dental hygienists in the Yukon three weeks ago for a sold-out summit. We had a presentation from the Office of the Chief Dental Officer. We had conversations about NIHB and the issues with the NIHB program. One good thing about this new kind of intern program is that the money can be used on top of the current benefit. That's what they said yesterday in the technical briefing. The NIHB program has improved, but there is still significant room for improvement because there are caps on the number of units, for example, of scaling that children are eligible for.

The bigger issue is that, oftentimes, the children will travel great distances to receive services. If they need more services than are available, then they have to apply for an exemption to have more services. That means they have to be driven four hours back to their community and reschedule to commute all over again. With the price of gas and the economy these days, it's very difficult. There are challenges with the logistics as well as some of the reimbursement levels for dental hygiene services for NIHB, but I do note that it has improved significantly over the last number of years.

Sylvie is probably more familiar with the program than I am, and she can add anything that I have missed.

radiographies dès leur premier jour à la clinique. Ils doivent pour cela suivre une longue formation.

Le président : Docteur Burry, cela explique pourquoi nous sommes les meilleurs au monde.

La sénatrice Duncan : Je remercie tout particulièrement nos témoins d'être venus comparaître devant nous ce soir.

La Dre Tomkins a mentionné l'amélioration des services de santé non assurés, les SSNA. Corrigez-moi si je me trompe, mais je crois que le directeur parlementaire du budget a comparu devant notre comité et nous a dit que ce programme, même s'il n'en est qu'à l'étape de la conception initiale, s'inspire des SSNA. Ma question s'adresse en fait aux hygiénistes dentaires, et ma question sera peut-être un peu spécialisée. Le code des frais des SSNA, qui sert de modèle à ce programme, prévoit une certaine quantité de services de nettoyages et de services d'hygiène dentaire. Ces codes de frais sont-ils suffisants pour fournir les soins de santé buccodentaire que les hygiénistes dentaires peuvent fournir, en particulier à un nouveau patient et à un jeune patient? Je rentre peut-être un peu trop dans les détails, mais devrions-nous améliorer les codes de frais des SSNA? Avez-vous d'autres suggestions?

Mme Love : Merci beaucoup pour cette question.

Je dois souligner que nous avons accueilli plus de 100 hygiénistes dentaires au Yukon il y a trois semaines pour un sommet, qui s'est tenu à guichets fermés. Nous y avons entendu un exposé du Bureau du dentiste en chef. Nous avons discuté des SSNA et des problèmes liés à ce programme. L'un des avantages de ce nouveau type de programme de stagiaires est que l'argent peut servir à d'autres fins que les prestations habituelles. C'est ce qu'on nous a dit hier pendant la séance d'information technique. Le programme des SSNA s'est amélioré, mais il y a encore beaucoup de place à l'amélioration. Par exemple, il limite le nombre d'unités de détartrage auxquels les enfants sont admissibles.

Le plus grand problème est le fait que bien souvent, les services sont fournis très loin des communautés où les enfants résident. S'ils ont besoin d'autres services, il faut faire quatre heures d'auto pour les ramener dans leur communauté, demander une exemption et refaire ce long trajet pour les ramener à leur nouveau rendez-vous. Vu le prix de l'essence et l'état de l'économie actuelle, cela rend la vie très difficile pour les familles. Le programme des SSNA présente encore des problèmes de logistique et de niveau de remboursement des services d'hygiène dentaire, mais il s'est bien amélioré au cours de ces dernières années.

Mme Martel connaît probablement mieux ce programme que moi, alors elle pourra compléter ma réponse.

Ms. Martel: I think you've just touched upon it. It was more about the logistics. The predetermination process is pretty lengthy and time consuming and, as Ondina was saying, there is definitely a need to look at the logistics of the program and also coverage for preventive services. Like you mentioned, there is very limited coverage in regard to the preventive services, and that would be beneficial even if there is a predetermination that is engaged for a particular client. We know that usually the situation will not change year over year and that there could be provision for that predetermination to increase and the number of units of services offered could lapse in two or three years' time instead of having to be done every year within a 12-month period.

Senator Duncan: Since you met in Whitehorse and were in the Yukon and had these discussions, did you also discuss that the three northern territories offer dental services in the school system? In Nunavut, children in Grade 7 and under — and, of course, there is no income threshold. They are offered the dental services and dental hygienists at school. It is the same with the Northwest Territories and the Yukon. Granted there is a shortage of staff, but there is no income threshold. There is no charge for these services. Was it asked how these services, NIHB and this new program will fit together? Will it be people submitting paperwork to NIHB or paperwork to CRA? How will they tie together?

I am concerned about your comment about the lengthy approval process. Do you have any sort of recommendations for us that we could then pass on to the government?

Ms. Love: The technical briefing just happened yesterday. Dr. Hanley presented and met with our dental hygienists when we were in the Yukon, and we were appreciative that he did come. We had representatives from all the territories at that meeting as well. I think the biggest issue they raised was travel and the cost of travel. There should be more coordination from a primary health care perspective. When physicians or nurses go to communities, they should have dental hygienists or dentists going with them so that there is a team approach to providing care in those communities. That's often not the case, and that is one of the big issues they talked about needing to address.

Senator Loffreda: Thank you to our panellists for being here this evening.

I'd like to start with a question for Dr. Tomkins, the Canadian Dental Association President, and maybe the other panellists can weigh in. It is nice to see you once again, Dr. Tomkins, and welcome to our committee.

Mme Martel : Vous avez bien décrit la situation. À mon avis, c'est plutôt un problème de logistique. Le processus de prédétermination est assez long et, comme Mme Love l'a dit, il faut absolument réexaminer la logistique du programme ainsi que la couverture des services de prévention. Comme vous l'avez mentionné, cette couverture est très limitée. Il serait bon de la réexaminer, même si l'on a déjà établi une prédétermination pour le client. Nous savons qu'habituellement, l'état dentaire des clients ne change pas d'un an à l'autre. On pourra peut-être établir une disposition au cas où cette prédétermination augmentait et que le nombre d'unités de services offerts expirait dans les deux ou trois ans qui suivent, au lieu de devoir effectuer la détermination chaque année dans un délai de 12 mois.

La sénatrice Duncan : Au cours de ce sommet à Whitehorse, avez-vous également discuté du fait que les trois territoires du Nord offrent des services dentaires dans les écoles? Au Nunavut, jusqu'à la 7^e année — et, bien sûr, il n'y a pas de seuil de revenu —, on offre aux élèves des services d'hygiène et de soins dentaires. Il en est de même aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Il est vrai qu'il y a une pénurie de personnel, mais on n'a pas fixé de seuil de revenu. Ces services sont gratuits. A-t-on demandé comment ces services, les SSNA et ce nouveau programme s'y intégreront? Les gens devront-ils soumettre des documents aux SSNA ou à l'ARC? Comment ces programmes seront-ils reliés?

Le long processus d'approbation dont vous avez parlé m'inquiète. Avez-vous des recommandations que nous pourrions transmettre au gouvernement?

Mme Love : La séance d'information technique a eu lieu hier. Au sommet du Yukon, le Dr Hanley avait présenté un exposé et rencontré nos hygiénistes dentaires, alors nous lui sommes reconnaissants d'être venu à cette séance technique. Des représentants de tous les territoires y étaient également présents. Je pense que la question la plus importante qu'ils ont soulevée était celle des frais de déplacement. Il faut absolument coordonner les soins de santé primaires. Lorsque des médecins ou des infirmières se rendent dans les communautés, ils devraient être accompagnés d'hygiénistes dentaires ou de dentistes afin d'appliquer une approche d'équipe de soins dans ces communautés. Souvent ce n'est pas le cas, et les participants ont souligné l'urgence de régler ces graves problèmes.

Le sénateur Loffreda : Merci à nos témoins d'être venus ce soir.

J'aimerais commencer par poser une question à la Dre Tomkins, présidente de l'Association dentaire canadienne, et d'autres témoins pourront peut-être compléter sa réponse. Je suis heureux de vous revoir, docteur Tomkins, et je vous souhaite la bienvenue à notre comité.

A lot has been covered, and looking forward, I'd like to lean in a little more on the temporary nature of the program. It is an interim dental program expiring in June 2024. My question is if we can really take it away after two years. If we do, what will be the impact not only on the optics of taking it away but will there be any impact on the health of our children as to what you are seeing now with respect to poor families and families in need? Are they using dental care? What is the health situation if they are not?

The other question is that if it does become permanent and we do expand it, how high is the risk of displacement whereby corporations will say, "Well, we're not going to insure our employees any more for dental care because now it's being covered by the government"? It would be an excuse. Even though certain elements are being covered or partially covered, would corporations say at this point we are in a period of cost-cutting and fiscal responsibility. Is there any risk of that displacement happening?

Dr. Tomkins: Thank you for those questions.

First of all, when we talk about this being an interim program and that in the legislation it says it will come to an end — this program itself, this health spending account is really how we are considering it — at the end of June 2024, the good thing about this is that it gives us a bit of a breather to look at all the types of questions you raise.

Going forward, what I think we should anticipate and I hope we can anticipate is that when we get into the next phase of the program, that the 0-to-12 age group will be rolled into a more robust needs-based program that's more like a private insurance plan. I see this CDP ending, or the Canada dental benefit ending, the idea that somebody goes into CRA and checks the boxes and gets a cheque and then goes and spends it at the dentist, but I do think we would be looking at rolling that group into whatever the larger plan is, because we understand that by the end of 2023 we will be looking at some sort of program for the 12-to-18 age group, persons with disabilities and seniors. This interim phase — and we appreciate that the minister is putting it out in phases and taking the time to look at the longer implications — I expect will be rolled into whatever program we will have, something that goes for kids from zero to 18, and they will all be part of that program together. That's what I would hope. So I don't think it will be taken away. It will just evolve into a different program.

The second issue you raise is an excellent one, because that is one of the concerns that was raised when we had round tables with dentists across the country this summer. They all raised the same point that if there is a very robust government program and the eligibility criteria are such that it includes families who make between \$70,000 and \$90,000 a year, that could potentially capture a lot of families, and employers could very well make a

Nous avons discuté d'un grand nombre d'enjeux. Je voudrais maintenant parler un peu plus de la nature temporaire du programme. Il s'agit d'un programme dentaire provisoire qui prendra fin en juin 2024. Mais qu'arrivera-t-il si nous éliminons ce programme au bout de deux ans? Quelles répercussions cela aura-t-il sur la santé de nos enfants, surtout ceux de familles à faible revenu et de familles dans le besoin? Utilisent-elles ces services de soins dentaires? Qu'advient-il de leur état de santé si elles ne reçoivent plus ces services?

En outre, si ce programme devient permanent et que nous l'étendons, dans quelle mesure incitera-t-il les entreprises à cesser d'assurer leurs employés puisque le gouvernement le fait lui-même? Ce serait une mauvaise excuse. Si le programme couvre certains éléments entièrement ou partiellement, les entreprises décideront-elles de réduire leurs dépenses pour mieux assumer leurs responsabilités fiscales? Est-ce que cela risque de se produire?

Dre Tomkins : Je vous remercie pour ces questions.

Tout d'abord, le fait qu'il s'agisse d'un programme temporaire qui se terminera en juin 2024, d'une sorte de compte de dépenses en santé, puisque c'est ainsi que nous le considérons, il nous donnera le temps d'examiner toutes les questions similaires à celles que vous posez.

J'espère que nous pourrions prévoir qu'à l'avenir, lorsque nous passerons à la phase suivante du programme, le groupe des enfants de la naissance à 12 ans sera intégré à un programme plus solide axé sur les besoins, un programme qui ressemblera plutôt à un régime d'assurance privée. Je pense que lorsque le régime temporaire, ou la prestation de soins dentaires du Canada — cette idée que les gens remplissent un formulaire à l'ARC, puis reçoivent un chèque à dépenser chez le dentiste — prendra fin, nous envisagerons d'intégrer ce groupe dans le régime plus vaste, quelle que soit la forme qu'il prendra. En effet, d'ici à la fin de 2023, on cherchera à établir un programme pour les jeunes de 12 à 18 ans ainsi que pour les personnes handicapées et pour les aînés. Le programme intérimaire actuel — nous sommes heureux que le ministre établisse cela par étapes et afin d'examiner les répercussions à long terme — sera intégré au nouveau programme, quel qu'il soit, un programme pour les enfants de la naissance à 18 ans. Du moins, c'est ce que j'espère. Je ne pense donc pas que le programme intérimaire sera supprimé. Il va simplement devenir un programme différent.

La deuxième question que vous m'avez posée est excellente, car c'est l'une des préoccupations qui ont été soulevées lors des tables rondes que nous avons tenues cet été auprès des dentistes de tout le pays. Ils ont tous soulevé la même inquiétude, à savoir que s'il existe un programme gouvernemental très solide et que les critères d'admissibilité sont tels qu'il inclut les familles qui gagnent entre 70 000 et 90 000 \$ par année, ce programme

business decision to say that since the government is going to be providing this benefit, why should we, especially as we are entering into an era of high inflation and high interest rates with a lot of pressure on businesses and the bottom line. If you look at, for instance, in the United States when Obamacare came in, the government brought in reparative legislation to ensure that employers continued to have benefits for their staff. I think it has been done in some other countries as well. That is a concern that has been raised. Two thirds of Canadians have some sort of plan right now, and we would not want to see that displaced. That is going to be part of the discussion. How will we incentivize employers to continue to provide benefits to their staff? We know everyone is short-staffed so there is an employment situation in terms of attracting staff. Hopefully, the government will look at ways to promote, protect and incentivize employers to keep the plans they have.

Senator Loffreda: Any other comments from our other panellists?

Ms. Love: I agree with Dr. Tomkins. The current program has to evolve into another program, because the first one is tied to the Canada child care benefit, so when we evolve to accessing it to under 18 and to seniors, of course, seniors won't qualify under the child benefit. The program is intended to evolve, and it gives us an opportunity to, as Dr. Tomkins said, work collaboratively and come up with the best program for Canadians to improve their oral health.

In terms of the fear for employers to drop their plan, it is a real fear, but I think you either incentivize employers to maintain their dental benefits or you disincentivize them through large government fines and penalties if they take them away.

Dr. Burry: This is an area where we have been advocating for some time for essentially an oral health strategy for the country to really focus on those Canadians. As previous surveys showed back in 2008, there are 20% of the population that is not doing well in Canada. We believe those numbers have not improved, but until there are surveys done and we start to focus on this as a priority, we really don't know where Canada stands in terms of oral health compared to other countries.

Senator Loffreda: Thank you very much.

We discussed data, and Dr. Tomkins brought up the issue that you would need data. Here, too, maybe we can have some further comments. How can we really measure the success of this program? If we can't measure the success of this program, how

couvrira un grand nombre de familles. Il est donc bien possible que les employeurs décident que, puisque le gouvernement offre cette prestation, ils n'auront plus à l'offrir eux-mêmes, surtout pendant la période de forte inflation et de taux d'intérêt élevés. Cette conjoncture économique met beaucoup de pression sur les entreprises et sur leurs résultats financiers. Par exemple, aux États-Unis, lors de la mise en vigueur d'Obamacare, le gouvernement a adopté une loi réparatrice pour que les employeurs continuent d'inclure l'assurance médicale dans leurs avantages sociaux. Je crois que d'autres pays ont fait la même chose. Cette préoccupation a été soulevée. Comme les deux tiers des Canadiens ont actuellement un plan quelconque, nous ne voudrions pas que les employeurs cessent de l'offrir. Nous en discuterons plus en profondeur. Comment allons-nous inciter les employeurs à continuer de verser des prestations à leurs employés? Nous savons que les entreprises manquent de personnel, alors cette prestation pourra servir à attirer du personnel. Nous espérons que le gouvernement cherchera des moyens de promouvoir, de protéger et d'inciter les employeurs à maintenir leurs régimes d'assurance.

Le sénateur Loffreda : Est-ce que d'autres témoins voudraient ajouter quelque chose?

Mme Love : Je suis d'accord avec la Dre Tomkins. Le programme actuel doit évoluer en un nouveau programme, parce qu'à l'heure actuelle, il est lié à l'Allocation canadienne pour enfants. Lorsque nous ouvrirons l'accès à ce programme aux moins de 18 ans ainsi qu'aux aînés, il est bien évident que les aînés ne seront pas admissibles à l'Allocation canadienne pour enfants. Ce programme est destiné à évoluer. Il nous donne l'occasion, comme l'a dit la Dre Tomkins, de collaborer pour concevoir le meilleur programme possible pour les Canadiens afin d'améliorer leur santé buccodentaire.

La crainte que les employeurs cessent de fournir un régime d'assurance est tout à fait réelle. Je pense que le gouvernement devra soit les inciter à maintenir leurs prestations dentaires, soit les dissuader de les éliminer en leur imposant des amendes et des pénalités élevées.

Dr Burry : Nous réclamons depuis assez longtemps une stratégie en matière de santé buccodentaire pour que le pays se concentre vraiment sur ces Canadiens. Comme les résultats des enquêtes de 2008 l'ont démontré, 20 % de la population canadienne fait face à des difficultés. Nous croyons que ces chiffres ne se sont pas améliorés. Cependant, tant que nous ne mènerons pas de sondages portant sur ce problème, nous ne saurons pas vraiment où se situe le Canada en matière de santé buccodentaire par rapport à d'autres pays.

Le sénateur Loffreda : Merci beaucoup.

Nous avons parlé des données, et la Dre Tomkins a souligné que nous manquons de données. Nous pourrions peut-être entendre d'autres observations à ce sujet. Comment pourrions-nous vraiment mesurer le succès de ce programme? Si nous ne

do we know the benefits are reaching the right people and they're being taken and we know it's the right thing to do and keep doing?

Dr. Tomkins: I think I agree; the right thing is to ensure that kids that don't currently have access to dental care get dental care. How will we know? What we can find out from our members is going to be largely anecdotal. Certainly, we will be surveying our members to see, but dentists themselves would have no way of knowing if someone coming into the office was actually accessing this benefit unless they phoned the office first and told them. Theoretically, people would make an appointment, they would come in, they would pay for their appointment in cash, the treatment would be done and there would be no way of knowing that. We'd like to be as helpful as we can, but there is no way that dentists can track that without asking every patient who comes in if they are accessing the dental benefit. That is sort of discriminatory in a way, to actually have to police the program in order to get that type of information. It is going to be difficult to know, other than anecdotal reporting from our members. We will find out through our provincial and territorial dental associations if there is a perceived increase in patients showing up who potentially could be covered under this program, but we don't really have any way of measuring it.

Dr. Burry: There are some measures in some provinces. Some do a better job of looking at the current status, for example, of schoolchildren. We've heard about this in the North. They certainly do this in Ontario. Certainly what you would want to see is using those measurements and then looking at that.

Again, this is coming back to the Canadian Health Measures Survey, where you're looking at the survey of Canadians and looking at moving the bar. That's setting some objectives nationally to say this is what we would like to look like as a country. This is what countries in Scandinavia have been doing since the 1960s. They have a very good sense of what the oral health status of their population is, as well as other European countries. In Canada, we haven't been as dedicated to it and we've put it on the back burner for a long time.

[Translation]

Senator Dagenais: My question is for Dr. Tomkins. The need and the necessity for children to access dental care is unquestionable. However, my concern with Bill C-31 is the lack of information and of rules to control the costs.

I am not alone in saying this. The Parliamentary Budget Officer shared his concerns right here yesterday. As I have personal experience in managing a collective dental insurance program, I witnessed profiteering in the bills of certain professionals. The bill would be higher for a patient who had insurance than another bill for a patient who paid out of pocket.

pouvons pas le faire, comment savoir si les prestations parviennent aux bonnes personnes, si les gens s'en prévalent et si nous faisons ce qu'il faut?

Dre Tomkins : Je suis d'accord avec vous. Nous devons fournir des soins dentaires aux enfants qui n'y ont pas accès. Comment savoir s'ils les reçoivent? Nous l'apprendrons surtout en écoutant nos membres. Nous allons certainement le demander à nos membres, mais les dentistes eux-mêmes n'ont aucun moyen de savoir si les gens qui se présentent à leur clinique ont accès à cette prestation à moins que les clients ne téléphonent d'abord au bureau pour le dire. En général, les gens prennent rendez-vous, puis ils paient leur traitement en liquide, alors il n'y a pas moyen de le savoir. Nous voulons aider le mieux possible, mais les dentistes ne peuvent pas demander à chaque patient s'il a accès à la prestation dentaire. En un sens, il serait discriminatoire d'interroger les gens pour obtenir cette information. La seule façon de le savoir sera d'entendre ce que nous diront nos membres. Les associations dentaires provinciales et territoriales pourront nous dire s'il leur semble qu'un plus grand nombre de patients sont couverts par ce programme. Nous n'aurons vraiment pas moyen de mesurer cela.

Dr Burry : Certaines provinces prennent de bonnes mesures. Certaines surveillent bien la situation des écoliers, par exemple. Nous en avons entendu parler dans le Nord. On le fait certainement en Ontario. Il faudra examiner les mesures que ces provinces effectuent.

Cela nous ramène de nouveau à l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé. Cette enquête permet de faire avancer les choses, d'établir des objectifs nationaux pour relever l'image du pays. Les pays scandinaves le font depuis les années 1960. Ils se font ainsi une idée claire de l'état de la santé buccodentaire de leur population. D'autres pays d'Europe le font aussi. Le Canada ne s'y est pas consacré et l'a mis en veilleuse pendant longtemps.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Ma question s'adresse à la Dre Tomkins. On ne peut pas contester le besoin et la nécessité pour les enfants d'avoir accès à des soins d'hygiène dentaire. Cependant, ma préoccupation en ce qui concerne le projet de loi C-31 que l'on a présenté est le manque d'information et de règles pour contrôler les coûts.

Je ne suis pas seul à le dire : le directeur parlementaire du budget a d'ailleurs fait part de ses préoccupations ici même hier. Étant donné que j'ai personnellement de l'expérience dans la gestion d'un programme d'assurance dentaire collectif, j'ai été témoin d'abus dans les factures de certains professionnels. La facture était plus élevée pour un patient couvert par une

Is this normal? I do not believe so. As a matter of fact, I sometimes had a dental officer check the billing, and he told me that some were overcharging: They were not charging the amount established for a certain service.

To avoid this type of situation, do you believe we should create a price chart for the services that will be offered, so we can avoid such abuses? I dealt with this for eight years. When someone asks a dentist what the price will be, they are often asked if they have insurance. If they do, it is not the same price. I would like to hear your thoughts on this.

[English]

Dr. Tomkins: Well, I feel that I have to defend the professional integrity of my profession in that our fees to our patients are the same whether they are insured or not. Each province and territory has a suggested fee guide that is based on real data in terms of economic data, the cost of providing care and so on.

In terms of the Office of the Parliamentary Budget Officer and the government finding out if they're getting value for money or that the money is being used appropriately, that is a great question to be posed to the CRA in how they intend to monitor where the money goes out of this program.

[Translation]

Senator Dagenais: I do not want to get into it too much, but I myself had to intervene in certain files concerning dentists.

Based on your experience with children's oral health, what proportion of children will need more than the established \$650 worth of care? Have you looked into this? Between you and me, if there is major work to be done, \$650 is not a lot of money. How did you estimate the proportion of children who will need care for which the cost exceeds \$650?

[English]

Dr. Tomkins: Right now, there really is not a mechanism to track that, other than, as I said, with anecdotal reporting from dentists and our members, because we wouldn't have any way of knowing. When that patient comes in for treatment, the parent may say they only have \$650 to spend. That may have been said to the front office staff. The dentist may not even know about what that patient has said. Again, it's a good question. There is not really an effective tracking mechanism to make sure that the money will go where it needs to go, other than I can tell you that with over 35 years of practice in treating many kids with their

assurance comparativement à une autre facture payée avec les propres moyens du patient. Est-ce normal? Je ne crois pas. Je faisais d'ailleurs parfois venir un dentiste-conseil pour vérifier la facturation et il me disait : « Monsieur Dagenais, ceci est une surfacturation et ce n'est pas le tarif qui devrait être établi pour un certain travail. »

Pour éviter ce genre de situation, est-ce que vous croyez qu'on devrait travailler à la création d'une charte de tarifs pour les services qui seront rendus afin d'éviter des abus? Je l'ai vécu pendant huit ans. Quand on demande le prix à un dentiste, ils nous posent souvent la question : « Avez-vous une assurance? » Si la réponse est oui, ce n'est pas le même prix. J'aimerais vous entendre là-dessus.

[Traduction]

Dre Tomkins : Écoutez, j'estime que je devrais défendre l'intégrité de ma profession en ce sens que les honoraires que nous facturons à nos patients sont les mêmes, qu'ils soient assurés ou non. Chaque province et territoire a un guide de tarification fondé sur des données économiques, sur le coût des traitements et autres.

Pour ce qui est de savoir si le Bureau du directeur parlementaire du budget et le gouvernement trouvent ce programme rentable et si les fonds sont utilisés à bon escient, il faudra poser cette excellente question à l'ARC pour savoir comment l'Agence pense surveiller où ira l'argent de ce programme.

[Français]

Le sénateur Dagenais : Je ne veux pas m'étendre sur le sujet, mais j'ai eu moi-même à intervenir dans certains dossiers avec des dentistes.

Selon votre expérience sur la santé buccale des enfants, dans quelle proportion les enfants vont-ils avoir besoin de soins qui vont dépasser le montant établi de 650 \$? Avez-vous étudié cela? S'il y a des travaux majeurs à faire, 650 \$, ce n'est pas beaucoup, entre vous et moi. Comment avez-vous évalué la proportion des enfants qui auront besoin des soins dépassant le montant de 650 \$?

[Traduction]

Dre Tomkins : À l'heure actuelle, il n'y a pas vraiment de mécanisme de suivi, sauf, comme je l'ai dit, les rapports anecdotiques des dentistes et de nos membres. Sans eux, nous n'aurions aucun moyen de le savoir. Lorsqu'un parent amène son enfant pour un traitement, il peut dire qu'il ne peut pas dépenser plus de 650 \$. S'il le dit à la réceptionniste, le dentiste ne le saura pas. C'est une excellente question. Il n'existe pas de mécanisme permettant de surveiller si l'argent est dépensé là où il devrait l'être. Je peux seulement vous dire qu'en 35 ans de dentisterie pédiatrique, j'ai remarqué que les parents tiennent à

parents, parents really want to do what is best for their children. I think this is a tremendous step for those kids who are not currently accessing care because of cost.

Ms. Love: I was just going to clarify that in the technical briefing yesterday, they clarified that there are two benefit periods for this interim program. In the first benefit period, if their expenses are more than \$650, they can apply for an additional benefit in the second benefit period. In doing so, they may apply for the new benefit for an expense incurred in the first benefit period to address exactly that concern. Essentially, they could have up to \$1,300 to pay for that visit. That was clarified yesterday in the technical briefing.

[Translation]

Ms. Martel: I believe it is very hard to establish a number that is fair for everyone. As stated earlier, each child will have their particular needs. The program prices will probably be much higher in the first years of implementation because we are talking about children who do not have access right now to dental care that is paid for by any of the various public programs. In the first years, the program's administration will likely be much more expensive while we normalize children's oral health. As Dr. Burry said, \$650 can be enough for some children and completely insufficient for others. Ultimately, it would be difficult to establish a different amount that could meet everyone's needs.

Senator Dagenais: I believe it was Dr. Tomkins who spoke of a child going to the dentist and being told he needs to have some work done, and the dentist will provide \$650 worth of services, after which the child has to go back the next year, when he will be entitled to another \$650, to finish the job. Did I understand that correctly?

[English]

Dr. Tomkins: Are you asking me that question?

Senator Dagenais: Yes.

Dr. Tomkins: Theoretically, the parent would come in with the child and have an examination and X-rays taken. The dentist would diagnose what needs to be done and devise a treatment plan. If the parent says, "I can afford to do this amount this year and this amount next year," then the dental office will work with the person to try to schedule things so that the most acute problems are looked after first and then the other treatment can be done afterwards. We're accustomed to doing that because patients who have insurance or don't have insurance want to know how much things will cost.

ce que leurs enfants reçoivent les meilleurs soins possible. Je trouve ce programme extraordinaire pour les enfants qui ne reçoivent pas de soins dentaires parce que leurs parents n'ont pas les moyens de les payer.

Mme Love : J'allais simplement préciser que lors de la séance d'information technique d'hier, on a précisé qu'il y aura deux périodes de prestations pour ce programme provisoire. Au cours de la première période de prestations, si les dépenses sont supérieures à 650 \$, les parents peuvent demander une prestation supplémentaire pour la deuxième période de prestations. Ce faisant, ils peuvent demander la nouvelle prestation pour une dépense engagée au cours de la première période de prestations. Cela répond justement à cette préoccupation. Essentiellement, ils pourraient recevoir jusqu'à 1 300 \$ pour une visite. Cela a été précisé hier lors de la séance d'information technique.

[Français]

Mme Martel : Je crois qu'il est très difficile de déterminer un chiffre équitable pour tout le monde. Comme on l'a dit plus tôt, chaque jeune arrivera avec ses besoins particuliers. Les coûts du programme, pendant les premières années de mise en œuvre, seront probablement beaucoup plus élevés, parce qu'on parle d'une catégorie de jeunes qui n'ont pas accès en ce moment à des soins buccodentaires payés par le biais de différents programmes publics. L'administration du programme pendant les premières années risque de coûter beaucoup plus cher jusqu'à ce qu'on parvienne à régulariser la santé buccale de ces jeunes. Comme le Dr Burry le disait, la somme de 650 \$ peut être suffisante pour certains jeunes et totalement insuffisante pour d'autres. En fin de compte, il est difficile de déterminer un montant différent qui pourra satisfaire les besoins de tous.

Le sénateur Dagenais : Je pense que la Dre Tomkins a fait la remarque suivante : l'enfant se présente dans le bureau du dentiste. On lui dit : « Il y a du travail à faire et je vais en faire pour 650 \$. Tu reviendras l'année suivante et tu auras droit à un autre 650 \$ pour terminer le travail. » Est-ce que j'ai bien compris?

[Traduction]

Dre Tomkins : Me posez-vous cette question?

Le sénateur Dagenais : Oui.

Dre Tomkins : Normalement, le parent amène l'enfant, qui subit un examen et des radiographies. Le dentiste fait un diagnostic et établit un plan de traitement. Si le parent dit qu'il ne pourra payer qu'un certain montant cette année et un autre montant l'année suivante, le bureau du dentiste établit un calendrier de rendez-vous en traitant d'abord les problèmes les plus urgents et le reste plus tard. Nous sommes habitués à cette façon de faire, parce que les patients, qu'ils aient une assurance ou non, veulent savoir combien le traitement leur coûtera.

The Chair: Senators, we have time for a second round, three minutes per senator which includes answers from the witnesses.

Senator Gignac: To echo the question asked by Senator Loffreda, my concern is regarding an employer's reaction and the possibility of the Canadian economy heading into difficult times with inflation and recession, and in this cost-cutting approach, they will decide to just phase out the private plan. Have you suggested that the government go with penalties or regulations to ensure that employers do not decide to phase out in order to control the cost? It could be a huge price tag for Canadian taxpayers if Canadian companies decide to suddenly cancel or stop their current program.

Dr. Tomkins: Well, certainly, that's a great question, and it is definitely a concern. You've identified the nub of the issue.

For instance, employer-sponsored health plans are not subject to federal or corporate income taxes. That is something we have lobbied. There was at one point a suggestion that maybe they should be subjected to tax as a benefit, and we certainly lobbied at the federal level with the government to not tax benefits, and that would be one way of ensuring that employers kept benefits going. I'm not sure what the policy levers are that the government can employ, but we talked about incentivizing employers to maintain plans or disincentivizing them to drop plans, and that would be something we would look for the government to explore, referring to what's been done in other jurisdictions, including the reparative legislation they brought in in the United States — Obamacare, the Affordable Care Act.

It is a big concern, because potentially the eligibility criteria of \$70,000 to \$90,000 captures up 70% of Canadian families that could theoretically fall in there, and in small towns that have one or two single employers, that could encompass the entire town. That is a risk, and we look for government to do what it can. We prefer the term incentivize employers to keep their plans.

Senator Gignac: I think we will have a good question for the minister when they come to the table.

Senator Smith: Thank you to the witnesses. You are doing a great job answering the questions.

I would just like to follow up with asking you a question going back to Senator Loffreda's initial inquiry about data. You may already know this, but the Parliamentary Budget Officer in his costing of the program used the Canadian Health Measures Survey from 2007 to estimate participation in this new program.

Le président : Honorables sénateurs, nous avons le temps pour un deuxième tour de trois minutes par sénateur, ce qui comprend les réponses des témoins.

Le sénateur Gignac : Pour faire écho à la question posée par le sénateur Loffreda, je m'inquiète de la réaction des employeurs au cours d'une période qui s'annonce difficile pour l'économie canadienne en raison de l'inflation et de la récession. Dans une approche de réduction des coûts, ils décideront de sortir progressivement du régime privé. Avez-vous suggéré que le gouvernement adopte des sanctions ou des règlements pour s'assurer que les employeurs ne décident pas de sortir progressivement du régime privé afin de contrôler les coûts? Cela pourrait coûter très cher aux contribuables canadiens si les entreprises canadiennes décidaient soudainement d'annuler ou de mettre fin à leur programme actuel.

Dre Tomkins : C'est une excellente question, et c'est clairement une préoccupation. Vous avez mis le doigt sur le nœud du problème.

Par exemple, les régimes de soins de santé parrainés par l'employeur ne sont pas assujettis à l'impôt fédéral sur le revenu ou sur le revenu des sociétés. C'est une chose pour laquelle nous nous sommes battus. À un moment donné, on a laissé entendre qu'ils devraient peut-être être assujettis à l'impôt comme prestations et nous avons fait du lobbying auprès du gouvernement fédéral pour que les prestations ne soient pas taxées. Voilà une manière de s'assurer que les employeurs continuent de verser des prestations. Je ne sais pas quels leviers politiques le gouvernement peut utiliser, mais il a été question d'inciter les employeurs à maintenir leurs plans ou de les dissuader de les abandonner, et nous aimerions que le gouvernement explore cette voie, en s'inspirant de ce qui a été fait dans d'autres administrations, y compris la loi réparatrice qui a été adoptée aux États-Unis — l'Obamacare, ou Affordable Care Act.

C'est une grande préoccupation, car les critères d'admissibilité de 70 000 à 90 000 \$ pourraient en théorie s'appliquer à 70 % des familles canadiennes et dans les petites villes qui n'ont qu'un ou deux employeurs, cela pourrait s'appliquer à toute la ville. C'est un risque, et nous demandons au gouvernement de faire ce qu'il peut. Nous préférons que les employeurs soient incités à conserver leurs régimes.

Le sénateur Gignac : Je pense que nous aurons une bonne question à poser à la ministre lorsqu'elle viendra témoigner.

Le sénateur Smith : Merci aux témoins. Vous répondez très bien aux questions.

J'aimerais poursuivre en vous posant une question qui fait suite à celle du sénateur Loffreda au sujet des données. Vous le savez peut-être déjà, mais le directeur parlementaire du budget, dans son calcul des coûts du programme, a utilisé l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007 pour estimer la

When I looked at that, I'm thought I have to get back and ask the question to the people talking with us tonight about the whole thing on data collection. Is the way your industry works that it is singular or regional where you have three or four dentists in an office and it is a highly personalized business, or is it evolving into having small practices with three or four dentists in larger type practices?

For the type of data you need to understand the program, if the program is only going to work until the end of 2023, is it worthwhile for you to do data collection and analysis, or can you use this as a lever to get the government to make a longer-term commitment so you can take a longer-term commitment in doing the type of research you need, especially when you look at Canada and the size of our country and the issues in the North and the issues throughout the rest of our country? What do you think of the reasonableness of really focusing — and maybe you already do this, so excuse my ignorance if I'm off base. Is there enough research or data collection that's actually going to take place and will there be a plan created to tie in that data with the evolution of your industry, or do you already do it?

Dr. Tomkins: We do surveys at the Canadian Dental Association, but we don't collect frequency data out of the dental offices. The information that we do have would be based out of the claims transmission that goes on where we do have good data, and that only includes insured patients. We have information on that. We have to be extremely careful how we use data because that comes under the Privacy Act and so on.

In terms of this interim program going on, there isn't really an effective mechanism for us to collect that data. We have 16,000 dental offices across the country. We like to be helpful, but there isn't a practical way of finding out from these offices exactly how many patients are coming in accessing this program.

Getting back to the bigger picture, the Canadian Health Measures Survey oral component was done in 2007 and is coming up this year. We would like to see it in there every three years as part of the regular data collection because we would have more robust information about the needs of Canadians and it would be pan-Canadian. Over time, we could predict patterns. Particularly if we're going to have a government program that will subsidize dental care for up to 6 million Canadians, we certainly need to have the data to see that we're getting the outcomes we want in terms of oral health and that the money is used wisely. What we're advocating for is better oral health data collection and research.

participation à ce nouveau programme. En étudiant la question, je me suis dit que je devais interroger les témoins de ce soir au sujet de la collecte de données. Votre secteur fonctionne-t-il à une échelle individuelle ou régionale? S'agit-il d'entreprises avec trois ou quatre dentistes qui travaillent dans un petit cabinet, ou ces petites structures sont-elles en train d'évoluer pour devenir des cabinets plus importants?

Pour ce qui est du type de données dont vous avez besoin pour comprendre le programme, si celui-ci s'achève fin 2023, est-ce qu'il vaut la peine que vous fassiez la collecte et l'analyse des données? Pouvez-vous vous en servir comme levier pour amener le gouvernement à prendre un engagement à plus long terme afin que vous puissiez prendre plus de temps pour faire le genre de recherche dont vous avez besoin, surtout compte tenu de la taille du Canada et des enjeux dans le Nord et dans le reste du pays? Pensez-vous qu'il soit raisonnable de se focaliser — et peut-être que vous le faites déjà, alors pardonnez mon ignorance si je me trompe. Y aura-t-il suffisamment de recherche ou de collecte de données et un plan sera-t-il créé pour intégrer ces données à l'évolution de votre industrie, ou le faites-vous déjà?

Dre Tomkins : Nous faisons des sondages au sein de l'Association dentaire canadienne, mais nous ne recueillons pas de données sur la fréquence à partir des cabinets dentaires. Les renseignements dont nous disposons sont fondés sur la transmission des demandes de règlement pour lesquelles nous avons de bonnes données, et cela ne comprend que les patients assurés. Nous avons de l'information à ce sujet. Nous devons faire très attention à la façon dont nous utilisons les données parce que cela relève de la Loi sur la protection des renseignements personnels et ainsi de suite.

Pour ce qui est de ce programme provisoire, il n'existe pas vraiment de mécanisme efficace pour recueillir ces données. Nous avons 16 000 cabinets dentaires au pays. Nous aimons nous rendre utiles, mais il n'y a pas de façon pratique de savoir, en interrogeant ces cabinets, combien de patients exactement ont accès à ce programme.

Pour revenir à la situation dans son ensemble, le volet bucco-dentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé a été réalisé en 2007 et sera réalisé à nouveau cette année. Nous aimerions qu'il le soit tous les trois ans pour contribuer la collecte régulière de données, ainsi nous aurions des renseignements plus solides sur les besoins des Canadiens de l'ensemble du pays. Au fil du temps, nous pouvions prévoir les tendances. Si nous voulons un programme gouvernemental qui subventionnera les soins dentaires pour quelque 6 millions de Canadiens, nous avons absolument besoin de données pour voir si nous obtenons les résultats escomptés en matière de santé bucco-dentaire et si l'argent est utilisé à bon escient. Nous préconisons une meilleure collecte de données et une meilleure recherche sur la santé bucco-dentaire.

Senator Smith: You mentioned countries like Germany and others that are well ahead of us in terms of their dental care programs. Is your association in contact with these countries learning of methods that they use that could be brought into our country? Who is ahead of whom? Who can learn from whom? Is it worthwhile to think there could be information sharing between countries, depending on their sophistication, that could be helpful?

Dr. Tomkins: We do have contacts through the International Dental Federation with other jurisdictions like Australia, the United States, Germany, the U.K. and so on. Dr. Burry is in fairly frequent contact with his counterparts in those other countries. I will defer to him on that question about what kind of data they collect and whether we can use it. Canada is unique country in many ways. It has an extremely diverse population, so it is unlike a lot of countries, and it is a very large country.

Dr. Burry: One of the key advantages some of our partners have outside of Canada is they don't have all of our provincial jurisdictions. They typically have one national program, one national dental regulatory and one national data collection. In many cases, dentistry is also part of their health care system already, which is way ahead of where we are in Canada. The key thing we can learn in the early days is how they actually fund dental care. It is often funded as part of an overall health care funding and insured through these national benefits. But the government's commitment is much higher in those countries to health care spending, and particularly to dental care spending, than what we have in Canada. It's at 6% versus 34 to 40% that other countries are investing. They didn't start doing that now. They've been at this a lot longer. Canada is just starting this journey.

Senator Smith: Doctor, you're getting me nervous because I have to go to the dentist on Friday. Thank you.

[Translation]

Senator Galvez: My question is for the representatives of the two associations.

[English]

I read your report, and I see there are some things you wish we could have seen in this bill, but they are not there. I don't know if you are aware that, as senators, we cannot increase or decrease the amount. We cannot move money in the bill, but we can make observations. This is the opportunity for you to tell us how the program can be improved and what things we have to look at so the committee can mention some of these observations in its report. This is an opportunity for you to have input on the gaps or make recommendations to the government.

Le sénateur Smith : Vous avez mentionné des pays comme l'Allemagne et d'autres dont les programmes de soins dentaires sont bien en avance sur les nôtres. Votre association est-elle en contact avec ces pays pour connaître les méthodes qu'ils utilisent et qui pourraient être introduites chez nous? Qui est en avance sur qui? Qui peut apprendre de qui? Serait-il utile d'avoir un échange d'information entre les pays, selon leur degré de sophistication?

Dre Tomkins : Nous avons des contacts par l'entremise de la Fédération dentaire internationale avec d'autres pays comme l'Australie, les États-Unis, l'Allemagne, le Royaume-Uni et ainsi de suite. Le Dr Burry est en contact assez fréquent avec ses homologues de ces autres pays. Je m'en remets à lui pour ce qui est de savoir quel genre de données ils recueillent et si nous pouvons les utiliser. Le Canada est un pays unique à bien des égards. Sa population est extrêmement diversifiée, ce qui la distingue de bien d'autres pays, et c'est un très vaste pays.

Dr Burry : L'un des principaux avantages de certains de nos partenaires à l'extérieur du Canada, c'est qu'ils n'ont pas toutes nos compétences provinciales. Ils ont habituellement un programme national, un organisme national de réglementation dentaire et une collecte de données nationale. Dans bien des cas, la dentisterie fait déjà partie de leur système de soins de santé, ce qui est bien en avance sur le Canada. La principale chose que nous pouvons apprendre au début, c'est comment ils financent les soins dentaires. Ils font souvent partie du financement global des soins de santé et sont assurés par ces prestations nationales. Mais dans ces pays, l'engagement du gouvernement est beaucoup plus élevé qu'au Canada en ce qui concerne les dépenses de santé, et en particulier les dépenses de soins dentaires. Ici, c'est 6 % en regard des 34 ou 40 % que d'autres pays investissent. Ils n'ont pas commencé à le faire hier. Ils y travaillent depuis beaucoup plus longtemps. Le Canada ne fait que commencer ce cheminement.

Le sénateur Smith : Docteur, vous me rendez nerveux parce que je dois aller chez le dentiste vendredi. Merci.

[Français]

La sénatrice Galvez : Ma question s'adresse aux représentants des deux associations.

[Traduction]

J'ai lu votre rapport et je constate qu'il y a des choses que vous auriez aimé voir figurer dans ce projet de loi, mais elles n'y sont pas. Je ne sais pas si vous savez que, comme sénateurs, on ne peut pas augmenter ou diminuer le montant. Nous ne pouvons pas transférer de l'argent dans le projet de loi, mais nous pouvons faire des observations. C'est l'occasion pour vous de nous dire comment le programme peut être amélioré et ce que nous devons examiner pour que le comité puisse mentionner certaines de ces observations dans son rapport. C'est l'occasion

Dr. Tomkins: I'll take that and then have Dr. Burry follow up.

The *What We Heard* report is basically the input directly from dentists. It hasn't been altered by us, but it's been collated and put together by us. That is what's coming out from our grassroots members and members of the provincial and territorial dental associations. It's a bit of the unvarnished truth coming back on us. What we are doing at the CDA is working diligently on a policy paper that looks toward a long-term solution of an oral health care system. When that policy paper is available, it will be shared widely and publicly, and we would be happy to share it with you.

On the current program, we have what we have. We will work with it the best we can, and we will use the interim measure to give us a bit of time to work on a more ideal, longer-term solution.

Dr. Burry: As an interim program in terms of getting started, this would be a good start. They have started in the right direction. They have avoided some of the pitfalls that dentists identified through that report, particularly not having a lot of additional administration at the moment. I think phase two is a much more difficult and challenging process.

We're also talking about, at this point, children aged 0 to 12. This is an area where, across the country, the provinces and dentists have a lot of experience treating this age group. Programs have existed in this domain since the 1960s. Some have improved; some are worse at this particular time.

What is going to be critical is discussing what the needs are of particularly two groups going forward, which are the disabled and seniors. This is where there is not a lot of program information. We heard earlier that many individuals, when they stopped working, lost their benefits, and many stopped going to the dentist. There are a lot of unmet needs in the seniors' group from 65 to 80. There are different needs, and this is where there is not a lot of good program information almost anywhere in the world at this point. We're looking at new territory that we're moving into. That is the type of thing where we are moving cautiously forward and looking how to best meet the oral health needs of those groups.

Dr. Tomkins: Just to complicate things, when you're looking at Canadians with disabilities who are covered under some disability program right now, a lot of them, at age 65, age out of those programs. We're going to have a subgroup of aged disabled seniors, and they're going to have very different needs to address.

pour vous d'avoir votre mot à dire sur les lacunes ou de faire des recommandations au gouvernement.

Dre Tomkins : Je vais répondre à cette question et je laisserai ensuite la parole au Dr Burry.

Le rapport *What We Heard* est essentiellement composé de l'apport direct des dentistes. Nous n'avons pas modifié leurs témoignages, mais nous les avons compilés. C'est ce que nous disent nos membres et les membres des associations dentaires provinciales et territoriales. C'est en quelque sorte la vérité pure et simple qui nous revient. L'Association dentaire canadienne travaille assidûment à un document d'orientation qui vise à trouver une solution à long terme pour un système de soins de santé bucco-dentaire. Lorsque ce document sera disponible, il sera rendu public et largement diffusé. Nous serons ravis de vous le transmettre.

Pour ce qui est du programme actuel, nous n'avons pas mieux. Nous ferons de notre mieux et nous utiliserons la mesure provisoire pour nous donner un peu de temps pour trouver une solution plus idéale et à plus long terme.

Dr Burry : Ce serait un bon point de départ pour un programme provisoire. Il a pris la bonne direction. Il a évité certains des pièges que les dentistes ont relevés dans ce rapport, en particulier de ne pas ajouter beaucoup d'administration supplémentaire pour l'instant. Je pense que la deuxième étape sera un processus beaucoup plus difficile.

Nous parlons aussi, à l'heure actuelle, d'enfants âgés de 0 à 12 ans. Partout au pays, les provinces et les dentistes ont beaucoup d'expérience dans le traitement de ce groupe d'âge. Les programmes existent dans ce domaine depuis les années 1960. Certains se sont améliorés; d'autres se sont dégradés.

Il sera essentiel de discuter des besoins de deux groupes en particulier : les personnes handicapées et les personnes âgées. Il n'y a pas beaucoup d'information sur les programmes à ce sujet. Nous avons entendu tout à l'heure que de nombreuses personnes, lorsqu'elles ont cessé de travailler, ont perdu leurs prestations, et beaucoup ont cessé de se rendre chez le dentiste. Il y a beaucoup de besoins non comblés chez les personnes âgées de 65 à 80 ans. Il y a des besoins différents, mais guère de bons renseignements sur les programmes, et c'est le cas presque partout dans le monde à l'heure actuelle. Nous nous dirigeons vers l'inconnu. C'est le genre de situation où nous avançons prudemment et cherchons la meilleure façon de répondre aux besoins en santé bucco-dentaire de ces groupes.

Dre Tomkins : Pour compliquer les choses, à l'heure actuelle, bon nombre de Canadiens handicapés couverts par un programme d'invalidité en perdent le bénéfice lorsqu'ils atteignent 65 ans. Nous aurons un sous-groupe d'aînés handicapés âgés, et ils auront des besoins très spécifiques à combler.

Senator Yussuff: This is a new program, and it is going to take a lot of effort to get Canadians to appreciate that this program will exist and they need to take advantage of it. Our citizens are not all of the same calibre and knowledge, so the bigger challenge will be, for families who need access to the program, the education and the outreach. In thinking through that challenge, the people we would like to have access to this program may never get access to this program because they don't know it exists.

How can we work together, recognizing the importance of your association and the reach and capacity that it has, to make sure that education and promotion will happen in a way that will give these families who need access to this program an opportunity to apply and do it? You have to apply for the program. That requires a degree of sophistication. Not all families are the same. They don't all have access to the internet. We also know from other data that with the Canada child benefit program that despite the fact that it is fairly generous and it will help out poor families, there are a significant number of poor families who don't access this program. How do we ensure this goes to those who are in need of the system?

My dentist, to a large extent, sends my bill directly to my insurance company, and I get reimbursed. The federal government, obviously, needs families to apply so they'll reimburse them directly. Is there a system that dentists can get reimbursed directly, if the dentists agree to do so, so the families don't have to offer the outreach?

The last point I would make applies to the provincial program. When P.E.I. brought in their program, and maybe your association can reveal some of the history here, what coverage disruption happened from private insurance? That is a real example that we know of. It's a relatively new program in terms of the country, but certainly it changed the lives of many families and children in that province. Did we see a drop-off of private coverage in P.E.I. when that program was brought in?

That is for any of the panellists. I would encourage you to offer whatever knowledge you may have.

Dr. Tomkins: I may start with the first question that you asked. I actually asked the Minister of Health directly, and we asked at committee that there be support from the government to our organization and other oral health organizations — the Canadian Dental Hygienists Association would be included in that ask as well, I would think — so that we can get information out to our members, the dentists and other health providers, about how to help patients access the program. One thing that could happen is that patients or persons who think they're going to be eligible for the program are going to call the dental office

Le sénateur Yussuff : Il s'agit d'un nouveau programme, et il faudra déployer beaucoup d'efforts pour faire comprendre aux Canadiens qu'il existe et qu'ils doivent en profiter. Nos citoyens n'ont pas tous le même niveau et les mêmes connaissances, alors le plus grand défi sera l'éducation et la sensibilisation des familles qui ont besoin d'accéder au programme. En réfléchissant à ce défi, on prend conscience que les gens que nous aimerions voir accéder à ce programme pourraient ne jamais en bénéficier parce qu'ils ignorent son existence.

Comment pouvons-nous travailler ensemble, en reconnaissant l'importance de votre association, sa portée et sa capacité, pour nous assurer que l'éducation et la promotion se feront d'une manière qui donnera aux familles qui ont besoin d'avoir accès à ce programme la possibilité de présenter une demande? Il faut présenter une demande dans le cadre du programme. Cela exige un certain degré de sophistication. Les familles ne sont pas égales. Elles n'ont pas toutes accès à Internet. Nous savons aussi, d'après d'autres données, que, même si l'Allocation canadienne pour enfants est assez généreuse et qu'elle est destinée à aider les familles pauvres, un nombre important de familles pauvres n'y ont pas accès. Comment pouvons-nous nous assurer que ces fonds sont versés à ceux qui en ont besoin?

En général, mon dentiste envoie sa facture directement à ma compagnie d'assurances, et je suis remboursé. De toute évidence, le gouvernement fédéral a besoin que les familles présentent une demande pour pouvoir les rembourser directement. Y a-t-il un système qui permet aux dentistes d'être remboursés directement, s'ils acceptent ce fonctionnement, afin que les familles n'aient pas à faire une demande?

Mon dernier point concerne le programme provincial. Lorsque l'Île-du-Prince-Édouard a mis en place son programme, et peut-être que votre association pourrait nous en dire davantage à ce sujet, dans quelle mesure l'assurance privée a-t-elle perturbé la couverture? C'est un exemple concret que nous connaissons. C'est un programme relativement nouveau pour le pays, mais il a changé la vie de nombreuses familles et de nombreux enfants dans cette province. A-t-on constaté une diminution de l'assurance privée à l'Île-du-Prince-Édouard lorsque ce programme a été mis en place?

Cette question s'adresse à tous les témoins. Je vous encourage à nous faire part de vos connaissances.

Dre Tomkins : Je vais commencer par la première question que vous avez posée. J'ai posé la question directement au ministre de la Santé, et nous avons demandé au comité que le gouvernement appuie notre organisation et d'autres organisations de santé bucco-dentaire — l'Association canadienne des hygiénistes dentaires ferait également partie de cette demande, me semble-t-il — afin que nous puissions informer nos membres, les dentistes et les autres fournisseurs de soins de santé sur la façon d'aider les patients à accéder au programme. Il pourrait arriver que les patients ou les personnes qui pensent être

and ask the dental office staff to walk them through the CRA website. As I said before, we are understaffed in dental offices, and now we're going to add to that administrative workload. We asked if we could have support from the federal government in terms of getting messaging out and the government itself getting direct messaging out to persons who will be able to access the program.

There was a question in between there, which I forgot, but the last question was about what happened in P.E.I. when the children's program was brought in and what happened to employer-sponsored health plans. I don't know the answer to that. Dr. Burry may be able to help us with that one.

Dr. Burry: It is still relatively early days, but one of the things that was done in Prince Edward Island was they did bring in income testing. They started it in a more universal position. They've moved back to more means testing. Basically, what they're seeing on the Island, from what we understand, is that individuals without insurance, without benefits, are those who are benefiting from it. It was a good private-public approach that they used in Prince Edward Island, and it got the kind of results that they were hoping for. That is why we hear mostly from them that largely this has been a win-win, a win for the government, a win the employers, and a win for the dentists and the patients in particular.

Ms. Love: I concur with Dr. Tomkins on the first question. On the second question, CRA confirmed yesterday that the dental provider — the dentist or dental hygienist — cannot be reimbursed directly. It must be paid to the parent of the child directly.

Senator Yussuff: I understand the hope that the provincial program and the federal program will be seamless, but our federation has never worked that way. As much as I'm optimistic about your enthusiasm, how can we better advocate? This is also a political question — no disparity to my provincial colleagues — but how can we work to keep the pressure on? I think what's happening at the federal and the provincial level can be a great complement to the greater good of the country. How do we try to do that? By the way, you are not without influence as an organization. How do we do this in a way that gives us some hope that we can actually bridge this gap? There is a next step, and we need to get that next step properly addressed by both levels of government.

Ms. Love: That's an excellent question. That's why CDHA has been a strong proponent of developing a national plan so that eventually, if the provinces decided on providing the services at

admissibles au programme téléphonent au cabinet dentaire et demandent au personnel du cabinet dentaire de les guider sur le site Web de l'ARC. Comme je l'ai déjà dit, nous manquons de personnel dans les cabinets dentaires, et nous allons maintenant ajouter à la charge de travail administrative. Nous avons demandé si nous pouvions obtenir l'appui du gouvernement fédéral pour ce qui est de la diffusion des messages et si le gouvernement lui-même pouvait envoyer des messages directement aux personnes qui pourront avoir accès au programme.

Il y avait une question entre les deux, que j'ai oubliée, mais la dernière question portait sur ce qui s'est passé à l'Île-du-Prince-Édouard lorsque le programme pour enfants a été mis en place et sur ce qui est arrivé aux régimes de soins de santé parrainés par l'employeur. Je ne connais pas la réponse à cette question. Le Dr Burry pourra peut-être nous aider.

Dr Burry : Ce programme n'en est qu'à ses débuts, mais à l'Île-du-Prince-Édouard, on a notamment mis en place l'évaluation du revenu. La province a commencé par adopter une position plus universelle puis est revenue à davantage d'examen des ressources. D'après ce que nous savons, le constat qui est fait sur l'île est que les personnes qui en bénéficient n'ont pas d'assurance et n'ont pas d'avantages sociaux. L'Île-du-Prince-Édouard a adopté une bonne approche privée-publicque qui a donné les résultats qu'elle espérait. C'est pourquoi on nous dit principalement que tout le monde y gagne, que le gouvernement y gagne, que les employeurs y gagnent et que les dentistes et les patients, en particulier, y gagnent.

Mme Love : Je suis d'accord avec la Dre Tomkins sur la première question. Pour ce qui est de la deuxième question, l'ARC a confirmé hier que le fournisseur de soins dentaires — le dentiste ou l'hygiéniste dentaire — ne peut pas être remboursé directement. La somme doit être versée au parent de l'enfant.

Le sénateur Yussuff : Je comprends l'espoir d'une parfaite intégration entre le programme provincial et le programme fédéral, mais notre fédération n'a jamais fonctionné de cette façon. Même si je partage votre enthousiasme, comment pouvons-nous mieux défendre cette cause? C'est aussi une question politique — sans dénigrer mes collègues provinciaux —, mais comment pouvons-nous travailler pour maintenir la pression? Je pense que ce qui se passe au niveau fédéral et au niveau provincial peut être parfaitement complémentaire et œuvrer au bien commun du pays. Comment pouvons-nous faire cela? Soit dit en passant, votre organisation n'est pas sans influence. Comment pouvons-nous le faire avec l'espoir de véritablement combler cet écart? Il y a une prochaine étape, et les deux ordres de gouvernement doivent s'en occuper sérieusement.

Mme Love : C'est une excellente question. C'est la raison pour laquelle l'ACHD est un fervent partisan de l'élaboration d'un plan national, de sorte que, si les provinces décidaient de

the provincial level, they would get a federal transfer, the same as the \$11 million that was done for mental health and home care. If we had an agreement that they had to comply to receive the funds, to start with the federal plan, have all the dental organizations on board in terms of what that plan is going to look like, make sure it is working, and then if provinces decided that they want the funding to administer the plan at the provincial level, to guarantee delivery at those national standards, then the federal government would do a transfer with the strings attached.

Dr. Tomkins: If we are to have any kind of federal transfers to the provinces, it certainly has to come with strings attached to it to ensure that the money goes to where it needs to go, and there has to be a national standard. This is why, from the beginning, we have been encouraging the federal government to be in close communication with the provincial and territorial governments, and we're glad to see that this seems to be going on. I think this will be part of the continuing dialogue. It is a political issue, so I will leave the political issue to the politicians to figure that part out.

The Chair: Thank you, Senator Yussuff. We'll stick with the mandate of our committee.

Senator Duncan: My questions were also related to the federal-provincial angles, but prior to doing that, I would like to follow up on my Non-Insured Health Benefits, or NIHB, questions. You've mentioned improvements to NIHB. We started talking about one specific area. I wonder if I could ask for that list of improvements that are necessary in your view to be submitted to the committee in writing. Would that be possible? I'm sure the chair will provide you with a date.

With regard to the federal-provincial transfer of money, there are issues around regulations. Are there issues in implementing this program with different regulations and licensing between provinces and territories? For example, is it possible that some dental hygienists are not licensed in the same way in different areas throughout the country? It may be that you wish to respond to that in writing as well in the interests of time.

Ms. Love: Thank you very much. I will briefly say that many provincial programs have been discussed this evening, and the problem with some of them is that they don't reimburse dental hygienists — only if a dental hygienist is working under the direct supervision of a dentist. Those dental hygienists who are working in mobile practices or independently in the community cannot be reimbursed by those provincial programs, which is a barrier to access to care. I think those are the kinds of things that have to be addressed if we look at the federal-provincial agreements.

fournir les services au niveau provincial, elles recevraient un transfert fédéral, sur le même modèle que les 11 millions de dollars qui ont été consacrés à la santé mentale et aux soins à domicile. Il faudrait une entente selon laquelle les provinces doivent se conformer à certains critères pour recevoir les fonds, pour entreprendre le programme fédéral, avec l'appui de toutes les organisations dentaires pour déterminer à quoi ressemblera le programme et pour s'assurer qu'il fonctionne. Ensuite, si les provinces décident qu'elles veulent des fonds pour administrer le régime au niveau provincial, pour garantir la prestation des services selon les normes nationales, le gouvernement fédéral effectuera un transfert assorti de conditions.

Dre Tomkins : Si nous voulons que le gouvernement fédéral transfère quoi que ce soit aux provinces, il doit le faire sous certaines conditions pour que l'argent aille là où il doit aller, et il doit y avoir une norme nationale. C'est pourquoi, depuis le début, nous encourageons le gouvernement fédéral à communiquer étroitement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, et nous sommes heureux de voir que cela semble être le cas. Je pense que cela fera partie du dialogue continu. C'est une question politique, alors je laisserai les politiciens s'en occuper.

Le président : Merci, sénateur Yussuff. Nous allons nous en tenir au mandat de notre comité.

La sénatrice Duncan : Mes questions portaient également sur les relations fédérales-provinciales, mais auparavant, j'aimerais revenir aux Services de santé non assurés. Vous avez parlé des améliorations apportées aux Services de santé non assurés. Nous avons commencé à parler d'un domaine précis. Pourriez-vous adresser par écrit au comité la liste des améliorations nécessaires selon vous. Est-ce que ce serait possible? Je suis certaine que le président vous donnera une date.

En ce qui concerne le transfert d'argent fédéral-provincial, il y a des problèmes de réglementation. Y a-t-il des problèmes dans la mise en œuvre de ce programme liés à des règlements et des permis différents entre les provinces et les territoires? Par exemple, est-il possible que certains hygiénistes dentaires ne soient pas agréés de la même façon dans différentes régions du pays? Il se peut que vous souhaitiez répondre à cette question par écrit également pour gagner du temps.

Mme Love : Merci beaucoup. Je dirai brièvement que de nombreux programmes provinciaux ont fait l'objet de discussions ce soir, et le problème de certains d'entre eux, c'est qu'ils ne remboursent pas les hygiénistes dentaires sauf s'ils travaillent sous la supervision directe d'un dentiste. Les hygiénistes dentaires qui travaillent dans des cabinets mobiles ou de façon indépendante dans la collectivité ne peuvent pas être remboursés par ces programmes provinciaux, ce qui constitue un obstacle à l'accès aux soins. Il faut régler ce genre de choses dans le cadre des ententes fédérales-provinciales.

Senator Duncan: If that was a recommendation to us, we could perhaps suggest it.

Senator Loffreda: My question once again — and I think it's important — is on data collection, which is key. Would the witnesses offer thoughts on what needs to happen to improve data collection? Is it an enhancement of the public health survey, or do they have other suggestions to offer?

While you're thinking about the answer to that important question, allow me to comment on the displacement risk issue I raised. To your comment on incentivizing or penalizing corporations for dropping plans, I think what we should focus on is to incentivize. It's not realistic to penalize corporations for dropping plans. I mean even Mark Carney the other evening told us that fiscal responsibility is imperative for the government, and we're in an era of cost cutting. In my corporate experience and what I saw in the corporate world before my nomination to the Senate — and this was in an era of endless economic growth — corporations were cutting pension plans from defined benefit to defined contribution. I've seen dental benefits cut from six months cleaning to nine months cleaning. They were making record profits. I sat on a few boards, and we were witnessing that, unfortunately. I think this is an important issue — the displacement risk. So keep in mind that we have to incentivize, not penalize.

Now that you have given some thought to the important question I asked, maybe we can have some answers.

Dr. Tomkins: First and foremost, we would like to see the inclusion of the oral health component of the Canadian Health Measures Survey on a more frequent basis. Every three years would be ideal. It should be occurring on a regular basis. That is our number one, because it's disinterested. It's from the government. It's collecting actual real data that everyone can use. That would be our number one push: to have the oral health component of the Canadian Health Measures Survey included on a much more frequent basis than it is now.

Dr. Burry: On the next part of this, once they look at the next phase, you also have the option of being able to actually gather much more of the data that you would need related to the program — how it's working, who is receiving it. Certainly in the next phase, that's what you would want to see.

In terms of your other area, certainly studies should be done to understand those systems and the financing. At the end of the day, what makes this work in other countries differently, particularly if you want to take Germany as an example, is they have a national scheme that's working with all the employers. The government is a part of that, but employers in those

La sénatrice Duncan : Si c'était une recommandation à notre intention, nous pourrions peut-être la suggérer.

Le sénateur Loffreda : Ma question, et je crois qu'elle est importante, porte à nouveau sur la collecte de données, qui est essentielle. Les témoins pourraient-ils nous dire ce qu'il faut faire pour améliorer la collecte de données? S'agit-il d'une amélioration de l'enquête sur la santé publique, ou ont-ils d'autres suggestions à faire?

Pendant que vous réfléchissez à la réponse à cette importante question, permettez-moi de revenir à la question du risque de déplacement que j'ai soulevée. Pour ce qui est d'encourager ou de pénaliser les entreprises qui abandonnent des régimes, je pense que nous devrions nous concentrer sur des incitatifs. Il n'est pas réaliste de pénaliser les sociétés qui abandonnent des régimes. Même Mark Carney nous a dit l'autre soir que la responsabilité financière est impérative pour le gouvernement, et que nous sommes dans une ère de réduction des coûts. Selon mon expérience d'entreprise et ce que j'ai vu dans le monde des affaires avant ma nomination au Sénat — et c'était à une époque de croissance économique sans fin —, les sociétés réduisaient les régimes de retraite, les faisant passer d'un régime à prestations déterminées à un régime à cotisations déterminées. J'ai vu les prestations dentaires passer d'un nettoyage aux six mois à un nettoyage aux neuf mois. Les sociétés faisaient des profits record. J'ai siégé à quelques conseils d'administration, et nous en avons été témoins, malheureusement. Je pense que le risque de déplacement est une question importante. Il ne faut donc pas oublier que nous devons inciter, non pas pénaliser.

Maintenant que vous avez réfléchi à l'importante question que j'ai posée, nous pourrions peut-être obtenir des réponses.

Dre Tomkins : Tout d'abord, nous aimerions que le volet santé bucco-dentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé revienne plus fréquemment. Idéalement, tous les trois ans. Cela devrait se faire régulièrement. C'est notre priorité, parce que c'est désintéressé. Cela repose sur le gouvernement. Il s'agit de recueillir des données réelles que tout le monde peut utiliser. Notre principal objectif serait d'inclure le volet santé bucco-dentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé beaucoup plus fréquemment que ce n'est le cas à l'heure actuelle.

Dr Burry : Ensuite, lorsque sera fait l'examen de l'étape suivante, vous aurez également la possibilité de recueillir beaucoup plus de données dont vous aurez besoin concernant le programme — comment il fonctionne, qui en bénéficie. C'est ce qu'il faudrait faire à l'étape suivante.

Pour ce qui est de votre autre question, il faudrait certainement faire des études pour comprendre ces systèmes et leur financement. Au bout du compte, ce qui fait que cela fonctionne différemment dans d'autres pays, surtout si vous prenez l'exemple de l'Allemagne, c'est qu'il existe dans ce pays un régime national qui fonctionne avec tous les employeurs. Le

countries provide the same or better benefits. That's how they get to opt out of various national schemes. Again, there are a number of different models out there. The government has chosen this particular one for now, but there may be other things into the future, so think of this as the beginning of a journey, not the end of it.

Dr. Tomkins: One survey we did was with the Canadian public. Something like 78% of Canadians, when asked if they were in favour of some sort of government-sponsored national dental care program, said yes. But then when they were asked questions like if this were to affect their current dental benefits, the support dropped by half. Less than 40% are in favour if it affects their dental benefits. You have identified a real risk that two thirds of Canadians might worry about — that if we bring in a national program or federally funded, provincially administered program, whatever we end up with, it could end up taking away benefits from Canadians that value those benefits and that have kept them healthy all those years.

[*Translation*]

Senator Dagenais: My question is for Ms. Martel.

Ms. Martel, let us put the government insurance program aside and talk about actual costs for parents who are willing to pay to take their children to the dentist.

Can you describe the annual yearly cost for a child who does not present any particular problems? Briefly, what services could a parent obtain for their child for \$650?

Ms. Martel: For a child who does not present a high risk of getting cavities or periodontal diseases, we are mostly talking about prevention. There would be one or two annual exams, with a cleaning and a fluoride application. There is sufficient evidence to show that applying fluoride twice a year, on average, helps prevent dental cavities. The children learn about healthy eating, good oral habits to have at home, and plaque removal.

For someone who does not require restorative work — someone with a relatively healthy mouth —, \$650 will be more than enough to cover two visits, and there will probably be \$200 left for other services, depending on what the dentist finds.

gouvernement en fait partie, mais les employeurs de ces pays offrent les mêmes avantages ou de meilleurs avantages. C'est ainsi qu'ils peuvent se retirer de divers régimes nationaux. Encore une fois, il existe un certain nombre de modèles différents. Le gouvernement a choisi celui-ci pour l'instant, mais il y aura peut-être d'autres choses à l'avenir, alors voyez cela comme le début d'un cheminement, et non la fin.

Dre Tomkins : Nous avons mené un sondage auprès de la population canadienne. Environ 78 % des Canadiens, lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient en faveur d'un programme national de soins dentaires financé par le gouvernement, ont répondu par l'affirmative. Mais lorsqu'on leur posait la question dans l'hypothèse que cela aurait une incidence sur leurs prestations dentaires actuelles, le soutien diminuait de moitié. Moins de 40 % sont en faveur d'un tel programme si cela a une incidence sur leurs prestations dentaires. Vous avez parlé d'un risque réel qui pourrait inquiéter les deux tiers des Canadiens. Si nous mettons en place un programme national ou un programme financé par le gouvernement fédéral et administré par les provinces, quel qu'il soit, il pourrait finir par retirer aux Canadiens des prestations qui leur tiennent à cœur et qui les ont maintenus en bonne santé pendant toutes ces années.

[*Français*]

Le sénateur Dagenais : Ma question s'adresse à Mme Martel.

Madame Martel, oublions le programme d'assurance du gouvernement et parlons des coûts actuels pour les parents qui consultent un dentiste avec leurs enfants, et qui sont prêts à payer.

Pouvez-vous nous parler des coûts moyens annuels pour un enfant qui n'a pas de problème particulier? En peu de mots, qu'est-ce qu'un parent peut obtenir comme service pour 650 \$?

Mme Martel : Pour un enfant qui n'est pas nécessairement à risque élevé pour la carie ou pour les maladies parodontales, on parle surtout de prévention. Il y a un à deux examens annuels avec un nettoyage et des applications de fluorure. Il y a suffisamment de preuves que les applications de fluorure deux fois par année en moyenne aident à prévenir la carie dentaire. On fait de l'enseignement par rapport au régime alimentaire, par rapport aux pratiques à la maison et à l'enlèvement de la plaque.

Pour quelqu'un qui n'a pas besoin de restauration — et qui a donc une bouche relativement en santé —, 650 \$ suffiront amplement pour couvrir les deux visites, et il restera probablement 200 \$ environ pour des soins supplémentaires en fonction de ce que le dentiste a trouvé.

The problem is when people have a lot of cavities. Very often, cavities follow the 80/20 rule, which means 20% of the vulnerable population will have 80% of the cavities. That is the part of the population for which the \$650 will not be enough.

However, with a program that starts early, with very young children, there is hope that the future will bring much better results, where children have fewer cavities and reach adulthood without having had any fillings, just by doing prevention.

Senator Dagenais: I want to go back to a comment made by Senator Loffreda. Most insurance companies recommend a cleaning every nine months. When people go to the dentist, it is strongly recommended to them to have one every six months.

What is the best solution? Is it because it would be cheaper for the insurance company to have it done every six months? It does make a difference for the dental plan, does it not?

Ms. Martel: Treatment plans should be made based on the needs of each patient. Some people need to go every two or three months, others every four, six or nine months. For a certain clientele, once a year is enough. The treatment plan should always be based on the patient's needs, not on the dental insurance plan.

Dr. Burry: I agree with that.

Senator Dagenais: Thank you.

[*English*]

Senator Pate: So many questions have been asked and answered. Thank you for that.

I want to provide an opportunity, as we wrap up, for any last suggestions you might have. In particular, I'm interested in the national standards issue and the idea of how we encourage jurisdictions to be part of this and how we incentivize these sorts of initiatives rather than disincentivize them. Any final recommendations would be gratefully received.

Dr. Tomkins: We have this interim program right now, so that gives us a little bit of time to talk about the long term and what kind of an oral health strategy we need to have in order to get those 6 or 7 million Canadians to the dentist so they get good oral health care or to the dental hygienist so they get optimal oral health.

Le problème, c'est quand on a des personnes qui ont beaucoup de caries. La carie, très souvent, c'est un peu le concept des 80/20. C'est 20 % de la population vulnérable qui a 80 % du taux de caries, et c'est pour cette population que le montant de 650 \$ ne sera pas suffisant.

Par contre, si on a un programme qui commence tôt, pour les enfants très jeunes, on peut espérer que l'avenir donnera des résultats beaucoup plus bénéfiques, où les enfants auront moins de caries, et qu'on pourra les mener à l'âge adulte sans avoir à faire de l'obturation, juste en faisant de la prévention.

Le sénateur Dagenais : Je veux revenir sur une remarque du sénateur Loffreda. La plupart des assureurs recommandent de faire un nettoyage des dents aux neuf mois. Quand on se présente chez le dentiste, ces derniers nous recommandent fortement de le faire aux six mois.

Quelle est la meilleure solution? Est-ce parce que cela revient moins cher à la compagnie d'assurance de le faire aux six mois? Cela fait tout de même une différence pour le régime dentaire, n'est-ce pas?

Mme Martel : Les plans de traitement devraient être faits en fonction des besoins de chaque patient. Certaines personnes doivent venir aux deux à trois mois; d'autres personnes, aux quatre mois, aux six mois, aux neuf mois. Pour une certaine clientèle, une fois par année, c'est suffisant. Le plan de traitement devrait toujours être fait non pas en fonction de la couverture du régime d'assurance dentaire, mais des besoins du patient.

Dr Burry : Je suis d'accord avec cela.

Le sénateur Dagenais : Merci.

[*Traduction*]

La sénatrice Pate : Il y a tellement de questions qui ont été posées et auxquelles on a répondu. Merci.

Avant de conclure, j'aimerais vous donner la possibilité de nous faire part de vos dernières suggestions. Je m'intéresse particulièrement à la question des normes nationales et à la façon dont nous encourageons les administrations à participer et dont nous encourageons ce genre d'initiatives plutôt que de les décourager. Toute recommandation finale serait la bienvenue.

Dre Tomkins : Nous avons ce programme provisoire à l'heure actuelle. Cela nous donne donc un peu de temps pour parler du long terme et du genre de stratégie en matière de santé bucco-dentaire dont nous avons besoin pour que ces 6 ou 7 millions de Canadiens se rendent chez le dentiste afin d'obtenir des soins bucco-dentaires de qualité ou chez l'hygiéniste dentaire pour bénéficier d'une santé bucco-dentaire optimale.

Our position really is that the federal government and the provincial and territorial governments have to be engaged in a meaningful dialogue backed up by information from us on what we would consider the elements of essential dental care. It is something that we have been working on at the Canadian Dental Association, and, along with our policy paper which we will be releasing before the end of the year, it will certainly give a very good idea.

The witnesses tonight have spoken about the variation of the population. Some people, perhaps, only need to go to the dentist once a year. Some need to go every three months and have scaling with a dental hygienist and examination by the dentist. I don't think we should look at private third party insurance plans as the standard for care. They are benefits that have been purchased at a particular price to help patients offset the cost of their own dental care. We need to work with robust data, which is going to be part of the discussion that we are going to be engaging in as we go forward.

Dr. Burry: In terms of looking at this, this is, again, a first step. You're looking at first steps. In the longer term, what we need to understand is the oral health status of Canadians, how well these programs work and also the conversations between the provinces and the feds in terms of creating that integrated system for Canadians.

This is one of the things that our dentist members are worried about, other programs that come on top of it that are more confusing and having to coordinate things between areas. There are some good things in the short term, like the \$650 that can be used to cover out-of-pocket expenses. For those who are on provincial programs, it doesn't cover that extra service. This is a good news approach, but, again, we need to have better integration between what's happening provincially, particularly when you have patients who move from province to province so they are not getting all these different levels of benefits. Our systems were largely designed in different times and different eras, and this would bring it up to those national standards of saying a program that was designed in the 1970s may need to move forward.

The Chair: To conclude on that question, Ms. Love, please.

Ms. Love: We totally concur. There are numerous federal programs for dental and dental hygiene care in Canada through NIHB, through Veterans Affairs Canada, through the RCMP, through Correctional Service Canada, and what we want to do is we want to come up with a standard that we can all agree to that would be most beneficial for Canadians and that is fiscally responsible for Canadians. Once we have established that national standard, then if in the future provinces agree to sign on, we can negotiate transfer agreements for the provinces to

Notre position, en réalité, est que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent participer à un dialogue constructif appuyé par de l'information de notre part sur ce que nous considérons comme les éléments des soins dentaires essentiels. C'est une chose à laquelle nous travaillons à l'Association dentaire canadienne et, en plus du document d'orientation que nous publierons avant la fin de l'année, cela permettra certainement de se faire une très bonne idée.

Les témoins de ce soir ont parlé de la diversité de la population. Certaines personnes n'ont peut-être besoin de consulter un dentiste qu'une fois par an. Certains doivent se présenter tous les trois mois et subir un détartrage avec un hygiéniste dentaire et se faire examiner par le dentiste. Je ne pense pas que nous devrions considérer les régimes d'assurance privés comme la norme en matière de soins. Ce sont des prestations qui ont été achetées à un prix particulier pour aider les patients à compenser le coût de leurs propres soins dentaires. Nous devons travailler avec des données solides, ce qui fera partie de la discussion à laquelle nous participerons à l'avenir.

Dr Burry : Encore une fois, il s'agit d'une première étape. Vous assistez aux premières étapes. À long terme, nous devons comprendre l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens, le bon fonctionnement de ces programmes et les discussions entre les provinces et le gouvernement fédéral en vue de créer un système intégré pour les Canadiens.

C'est l'une des choses qui inquiètent nos membres dentistes, d'autres programmes qui viennent s'ajouter à l'existant et qui créent de la confusion. Ils redoutent aussi d'avoir à coordonner les choses entre les secteurs. Il y a de bonnes choses à court terme, comme les 650 \$ qui peuvent servir à couvrir les dépenses personnelles. Pour ceux qui bénéficient de programmes provinciaux, cela ne couvre pas ce service supplémentaire. C'est une bonne approche, mais, encore une fois, nous devons mieux intégrer ce qui se passe à l'échelle provinciale, surtout lorsque les patients se déplacent d'une province à l'autre, de sorte qu'ils ne reçoivent pas tous ces niveaux différents de prestations. Nos systèmes ont été conçus en grande partie à des époques révolues, et cela nous ramènerait à ces normes nationales selon lesquelles un programme conçu dans les années 1970 pourrait devoir évoluer.

Le président : Pour conclure sur cette question, madame Love, s'il vous plaît.

Mme Love : Nous sommes tout à fait d'accord. Il existe de nombreux programmes fédéraux de soins dentaires et d'hygiène dentaire au Canada par l'entremise du programme des SSNA, d'Anciens Combattants Canada, de la GRC, du Service correctionnel du Canada. Nous voulons établir une norme sur laquelle nous pouvons tous nous entendre et qui serait la plus avantageuse pour les Canadiens et qui serait financièrement responsable vis-à-vis des Canadiens. Une fois que nous aurons établi cette norme nationale, si, à l'avenir, les provinces

administer those programs. In the interim, having a national standard and national program would be beneficial.

[*Translation*]

The Chair: Thank you to our witnesses for appearing today.

[*English*]

To the witnesses, it was enlightening. No doubt you have provided knowledge, information, understanding and insight into Bill C-31. I would like to remind the witnesses to submit your written responses to the clerk of the committee no later than Wednesday, November 2, 2022. Do we have agreement on that? Thank you.

I would like to take this opportunity before closing the meeting officially, on behalf of all the senators of the National Finance Committee, to thank the entire support team of this committee, those in the forefront of the room as well as those behind the scenes who are not visible. Thank you all for your work which contributes enormously to the success of our work as senators.

Honourable senators, our next meeting will be Tuesday, November 1, 2022, at 9 a.m., to continue our study on the subject matter of Bill C-31.

(The committee adjourned.)

acceptent de signer, nous pourrions négocier des accords de transfert pour que les provinces administrent ces programmes. Entretemps, il serait avantageux d'avoir une norme nationale et un programme national.

[*Français*]

Le président : Merci à nos témoins d'avoir comparu aujourd'hui.

[*Traduction*]

Merci aux témoins, c'était éclairant. Vous avez sans aucun doute fourni des connaissances et de l'information et vous nous avez permis de mieux comprendre le projet de loi C-31. J'aimerais rappeler aux témoins de soumettre leurs réponses écrites à la greffière du comité au plus tard le mercredi 2 novembre 2022. Sommes-nous d'accord là-dessus? Merci.

J'aimerais profiter de l'occasion, avant de clore officiellement la séance, au nom de tous les sénateurs du Comité des finances nationales, pour remercier toute l'équipe de soutien de ce comité, ceux qui sont à l'avant de la salle ainsi que ceux qui sont en coulisse et qui ne sont pas visibles. Merci à tous pour votre travail qui contribue énormément à la réussite de notre travail de sénateurs.

Honorables sénateurs, notre prochaine réunion aura lieu le mardi 1^{er} novembre 2022, à 9 heures, pour poursuivre notre étude de la teneur du projet de loi C-31.

(La séance est levée.)
