

Mémoire de l'AMSSCQ
Concernant la fluoruration de l'eau potable
Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
Le 23 avril 2013

Résumé

La carie dentaire et ses complications sont un problème de santé publique important au Québec. Des mesures simples et efficaces, comme l'ajustement à un niveau optimal de la concentration des fluorures dans l'eau potable distribuée par nos réseaux publics, existent pour y faire face. L'AMSSCQ recommande donc d'appliquer cette mesure en instaurant une norme optimale obligatoire pour les réseaux publics de traitement et de distribution d'eau potable au Québec. L'AMSSCQ recommande que l'implantation de cette norme soit soutenue par une stratégie efficace favorisant son acceptabilité sociale.

Présentation de l'Association

L'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec (AMSSCQ) regroupe environ 180 médecins spécialistes en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive. Elle est membre de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). « L'Association a pour rôle de promouvoir les intérêts professionnels et économiques de ses membres. Elle contribue à promouvoir et supporter l'apprentissage professionnel continu de ses membres. Elle suscite et appuie des activités scientifiques susceptibles de favoriser l'avancement de la santé des personnes, groupes et populations. Elle se prononce, s'il y a lieu, sur des problématiques de santé et de bien-être dans les meilleurs intérêts des personnes, groupes et populations. » (AMSSCQ, 2012)

Introduction

La médecine est un art et une science. Elle est un art parce que l'humain, son sujet d'intervention, est complexe et irréductible à toute généralisation. Chaque rencontre thérapeutique est unique. Les membres de l'AMSSCQ y ajoutent une couche de complexité supplémentaire dans leur travail, puisqu'ils interviennent auprès d'ensembles d'humains, qu'il s'agisse de petites collectivités ou de grandes populations. La médecine est aussi une science parce que des milliers d'études sur des milliers de cas permettent de tirer de grandes leçons de raisonnement diagnostique et d'intervention. Les données probantes, ossature scientifique de la médecine, guident le jugement clinique tant au niveau individuel que populationnel. C'est donc à partir de ce jugement clinique que nous présentons, aux distingués membres de cette Commission, notre point de vue sur la prévention de la carie dentaire et ses complications par le maintien d'un niveau adéquat de fluorure dans l'eau potable de nos municipalités.

La démarche clinique médicale est relativement simple. Y a-t-il un problème ? Quelle est l'importance du problème ? Comment peut-on intervenir pour résoudre ou atténuer le problème ? Comment peut-on faire le suivi de nos interventions ?

La carie dentaire est-elle un problème de santé publique ?

« La carie est une maladie des tissus durs de la dent qui évolue vers l'intérieur en formant une cavité et en entraînant la destruction localisée et progressive de l'émail, soit la première couche externe de la dent, puis de la dentine, située sous l'émail. Lorsque la carie est profonde, elle peut atteindre la pulpe dentaire, où se trouvent le nerf et les vaisseaux sanguins. » (ODQ, 2013) Une carie non traitée peut causer une infection locale, puis s'étendre à l'os et éventuellement causer une septicémie. La complication la plus fréquente est l'édentation progressive et ses complications (malnutrition, difficulté d'élocution, anxiété sociale, etc.).

Selon la dernière Enquête canadienne des mesures de santé (ECMS, 2010), près de 60 % des enfants de 6 à 19 ans présentaient de la carie.

En 2007-2009 au Québec, 13 % des personnes de 45 à 64 ans ainsi que 40 % des 65 ans et plus étaient complètement édentés, alors qu'en Ontario, respectivement 5 % et 20 % des personnes l'étaient (MSSQ, 2012).

Une étude sur la santé bucco-dentaire des enfants du primaire au Québec (1998 et 1999) a montré que la prévalence des caries dentaires est d'environ 42 % chez les enfants de la maternelle et de 56 % chez les enfants de 7 et 8 ans. Les enfants de la maternelle au Québec présenteraient 40 % plus de caries que les enfants du même âge en Ontario et aux États-Unis (Brodeur et coll., 2001).

« Une étude récente (Bedos, 2009), portant sur la pauvreté et l'accessibilité aux soins dentaires, a démontré que 24 % des Québécois de 35 à 44 ans, dont le revenu annuel est de 15 000 \$ ou moins, seraient complètement édentés, alors que cette proportion baisse à 6 % chez les personnes ayant un revenu de 75 000 \$ ou plus par année. Plus ou moins 30 % des Québécois disent avoir de la difficulté à se payer les soins dentaires requis. Cet écart dans la santé dentaire entre les riches et les pauvres se manifeste dès le plus jeune âge. On trouve en effet plus de deux fois plus de caries dentaires dans la bouche des enfants de cinq à six ans dont les parents gagnent moins de 30 000 \$ par année que dans celle des enfants dont les parents ont un revenu annuel de 50 000 \$ ou plus. Les personnes à faible revenu sont deux fois plus nombreuses à avoir des caries non traitées que celles plus nanties. » (MSSSQ, 2012)

Nous concluons qu'il s'agit bien d'un problème de santé publique, tant à cause du grand nombre de personnes touchées que par sa distribution qui accroît les inégalités de santé.

La carie dentaire est-elle un problème important ?

« Plus souvent qu'autrement, la carie dentaire cause des dommages irréversibles aux dents. La restauration des dents cariées ralentit la progression de la maladie mais les

récidives sont fréquentes. Elles nécessitent des traitements de plus en plus perfectionnés, coûteux (donc moins accessibles) et comportant des risques pour certaines personnes dont l'état de santé est fragilisé. La carie peut provoquer des douleurs, des infections et d'autres affections buccales qui nuisent grandement au développement des enfants ainsi qu'à la qualité de vie et à la santé globale des personnes atteintes. Une personne édentée, complication importante de la carie, se retrouve souvent avec des problèmes de malnutrition. Cela vient compliquer particulièrement d'autres problèmes liés au vieillissement » (MSSSQ, 2012).

« La carie dentaire est une maladie coûteuse. Elle affecte la très grande majorité de la population. Elle est la maladie chronique la plus commune chez les enfants, soit 5 à 8 fois plus que l'asthme (Nelson, 96). Avec les maladies cardiovasculaires, les traitements de la carie et de ses complications sont parmi les soins de santé qui engendrent le plus de dépenses au Canada. En effet, en 2009, les services dentaires représentaient un fardeau économique de plus de 12 milliards de dollars par année (environ trois milliards pour le Québec), soit une moyenne de 360\$ par personne (CIHI, 2011). De plus, selon les résultats de la dernière Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2,3 millions de journées d'école et 4,1 millions de journées de travail sont perdues chaque année relativement à des consultations pour des soins dentaires. » (MSSSQ, 2012)

Nous estimons que la carie dentaire, même si elle n'est pas un problème de santé qui menace la vie à court terme, est un problème important à cause du fardeau de souffrance évitable qu'elle entraîne directement ou de par ses complications, les coûts sociaux et économiques considérables qu'elle génère et sa contribution sérieuse au maintien des inégalités sociales de santé.

Comment peut-on intervenir pour résoudre ou atténuer le problème de la carie dentaire et de ses complications ?

Parmi les données probantes qui guident les décisions des médecins, figure la Charte d'Ottawa (Charte, 1986). Ce que nous dit la Charte, en quelques mots, est que cinq stratégies doivent être mises en œuvre simultanément pour qu'on soit efficace dans les domaines de la prévention des maladies et des traumatismes et la promotion de la santé ou du bien-être :

- Renforcer les capacités d'agir des personnes
- Renforcer les capacités d'agir des communautés
- Maintenir des environnements favorables
- Mettre en œuvre des politiques publiques saines
- Adapter le système de santé

La Commission est appelée à se pencher principalement sur deux stratégies, maintenir des environnements favorables et mettre en œuvre des politiques publiques saines. Nous allons cependant commenter les trois autres parce que nous savons qu'elles devront être mises en œuvre simultanément.

Voyons donc comment se déclinent les différentes stratégies au regard de la carie dentaire et de ses complications au Québec.

Renforcer les capacités d'agir des personnes

C'est la stratégie qui a été la plus utilisée au Québec ces dernières années. Il s'agit d'éduquer les personnes aux problèmes de santé dentaire, par l'école, par des campagnes publicitaires, par les cours prénataux, par les programmes qui s'adressent aux populations vulnérables, par les interventions préventives dans les cabinets de dentistes et médicaux, etc. Ces interventions doivent évidemment se poursuivre.

Renforcer les capacités des communautés

Les personnes se regroupent pour gérer localement leurs environnements ou autour de préoccupations qui les animent. Les conseils municipaux, les conférences régionales des élus, les commissions scolaires, les tables de concertation des jeunes ou des aîné(e)s, les organismes communautaires, etc. constituent autant de lieux d'influence et d'implantation des changements. Mis à part des interventions ponctuelles auprès de certaines municipalités, peu d'interventions ont été développées pour aider à la réflexion sur la problématique de la santé dentaire dans ces groupes. En particulier, les groupes environnementaux, habituellement composés de militants engagés et passionnés, ont souvent adopté des positions d'opposition ferme à l'égard des mesures environnementales efficaces pour la santé dentaire, lesquelles selon eux comportent des effets néfastes avérés ou potentiels injustifiables. Une approche ciblée de ces groupes axée sur un dialogue fondé sur les données probantes serait certainement bénéfique.

Maintenir des environnements favorables

Les humains, à travers le monde, boivent de l'eau. C'est un élément essentiel à leur survie. L'eau qu'ils boivent, si elle est composée principalement de la molécule H₂O, contient aussi d'autres molécules dissoutes dont certaines se dissocient en cations et anions. Les cations, chargés positivement, sont souvent des métaux comme le sodium, le potassium, le cuivre, le zinc, le fer, etc. Les anions, chargés négativement sont par exemple, le chlore, le brome, le fluor, etc. Dépendant de la composition des sols, les concentrations de ces composés varient de très faibles à plus importantes dans la nature.

Au début du vingtième siècle, on a constaté que les personnes atteintes de fluorose (une coloration anormale des dents due à une consommation excessive de fluor) étaient particulièrement résistantes à la carie dentaire. Plus tard on s'est aperçu que les populations, qui buvaient de l'eau dont les concentrations en fluorures étaient de l'ordre du mg par litre, étaient résistantes à la carie dentaire sans présenter de fluorose importante. Ailleurs, où la concentration de fluorure était faible, on retrouvait une bien plus grande proportion de personnes avec des caries dentaires. On a donc rajouté un peu de fluorures dans l'eau de ces régions pour rendre la concentration comparable à celles où on retrouvait peu de caries dentaires. L'expérience a été concluante. (Ripa, 1993) (Rabb, 2009)

Sur cette base, plusieurs municipalités ont ajusté les niveaux de fluorures dans l'eau de leurs réseaux d'aqueduc. Par exemple, dans une étude en Ontario (Brown, 1965), on a comparé les proportions de personnes ayant des caries et « vivant à Brantford (fluorée de manière optimale par ajustement), Stratford (naturellement fluorée de manière optimale) et Sarnia (taux de fluorure insuffisant). Leurs résultats révèlent des taux de carie dentaire nettement inférieurs à Brantford et à Stratford par rapport à Sarnia. » (MSSSQ, 2012)

En fait, tout comme il nous faut ingérer ou produire une certaine quantité de vitamine D et du calcium chaque jour pour préserver la santé de nos os, il nous faut ingérer (on ne produit pas nous même de fluor) une certaine quantité de fluorures pour maintenir la santé de nos dents. Si l'eau, dans la région où nous vivons, contient assez de fluorure, c'est très bien. S'il y en a trop, il y a un risque de fluorose, un problème dont la principale conséquence est la présence de taches blanches sur les dents. S'il n'y en a pas assez, on a un problème de santé et un problème d'iniquité sociale. Au fil du temps, on s'est rendu compte que la concentration de fluorures optimale était de 0,7 mg par litre d'eau. Au Québec, notre eau manque de fluorures. L'idée de rajouter des fluorures dans l'eau potable pour obtenir la concentration optimale de 0,7 mg/l suit donc la même logique que celle qui nous fait ajouter de l'acide folique dans la farine pour diminuer l'incidence des anomalies du tube neural chez les nouveau-nés, de l'iode dans le sel de table pour diminuer l'incidence du goitre ou de la vitamine D dans le lait pour prévenir le rachitisme.

L'ajustement de la concentration des fluorures dans l'eau potable est de loin la méthode la plus économique pour réduire le fardeau économique des maladies dentaires dans la population. Le coût annuel de l'ajustement de la concentration de fluorure de l'eau d'une communauté canadienne se chiffre de 0,77\$ à 4\$ environ par personne et par an. Le coût moyen de cette mesure appliquée sur une vie est souvent inférieur au coût d'une seule obturation dentaire. Dépendamment de la grosseur des villes, chaque dollar investi dans la fluoration de l'eau fait économiser environ 38 \$ en traitements dentaires (Griffin, 2001).

Bien qu'il y ait des opposants qui se basent essentiellement sur des écrits dont la rigueur ou méthodologie scientifiques sont souvent mises en doute, il y a par ailleurs un très large consensus scientifique international entourant la sécurité et l'efficacité de l'ajustement de la concentration de fluorure dans l'eau potable. Pourtant, cette mesure cause un casse-tête aux décideurs parce que la désinformation déguisée sous un manteau scientifique mobilise des craintes irrationnelles dans la population. Par exemple, Gilles Parent parle de la très haute toxicité du fluor et du complot pour tromper la population dans une présentation et une prise de position que l'on retrouve sur le site de l'Association des naturopathes du Québec (Parent, 1 et 2) et Pierre-Jean Morin parle du risque de nombreux cancers dans son livre qui inspire plusieurs groupes tout en prétendant que les fluorures sont inefficaces pour prévenir la carie (Morin, 2005). La Clinique dentaire Galt, de Sherbrooke, diffuse la même fausse information sur son site web (Galt, 2013). La société canadienne du

cancer consacre une page de son site web pour contrer cette peur non fondée (Cancer, 2013).

« Depuis les années 1960, de nombreuses études ont été réalisées pour évaluer l'effet de l'interruption des mesures d'ajustement sur la carie dentaire. Une des premières études a été menée à Antigo, Wisconsin. Dans cette ville, l'ajustement de la concentration avait commencé en 1949, pour être interrompu en 1960. Cinq ans plus tard, les enfants de deuxième année présentaient 200 % plus de caries, ceux de quatrième année 70 % de plus et ceux de sixième année 91 % de plus que des enfants de même âge avant l'interruption. En 1965, la ville a recommencé à ajuster la concentration des fluorures dans son eau potable en raison de la détérioration de la santé buccodentaire des enfants (Lemke, 1970). » (MSSSQ, 2012)

« En 2002, un groupe de travail indépendant réuni par les Centers for Disease Control and Prevention a examiné les taux de caries au niveau des dents « avant et après » la fluoration de l'eau. Il a constaté que le fait de commencer, ou de continuer, à fluorer l'eau faisait diminuer le nombre de caries dentaires chez les enfants âgés de 4 à 17 ans en moyenne de 29,1 % au cours des 3 à 12 années de suivi. Il a également démontré que l'interruption de la fluoration était associée à une augmentation moyenne de 17,9 % des caries dentaires au cours des 6 à 10 années de suivi (Truman, 2002). » (MSSSQ, 2012)

Bien que la fluoration de l'eau potable soit une mesure efficace pour réduire la carie dentaire, ses effets bénéfiques actuellement sont probablement moindres que par le passé, principalement à cause de l'utilisation du dentifrice fluoré qui est maintenant généralisée sauf dans les communautés matériellement et socialement défavorisées. De plus, son utilisation (ajoutée à celle du dentifrice fluoré) est responsable d'une augmentation de la fluorose dentaire légère dont les effets secondaires potentiels bien que probablement faibles sont encore sous étude.

Mettre en œuvre des politiques publiques saines

La vie en société exige la mise en place et le respect de contraintes. Nous avons des privilèges et des responsabilités. Comme le dicton nous le rappelle, la liberté de l'un s'arrête où celle de l'autre commence. Dans les démocraties nous discutons collectivement de ces contraintes et nous les adoptons à la majorité selon des mécanismes propres à chaque société. Ainsi, nous nous contraignons à conduire à droite sur la route, à limiter notre vitesse même si nos bolides pourraient aller deux fois plus vite, à porter une ceinture de sécurité, etc. Nous décidons de ces contraintes individuelles parce que nous sommes convaincus qu'elles donnent des résultats bénéfiques collectifs bien plus grands que l'inconvénient de la contrainte elle-même sur la personne. Dans le cas qui nous occupe, force est de constater que le fait de ne pas ajuster correctement le niveau de fluorure dans nos eaux de consommation altère notre santé, nous coûte cher et le poids des inconvénients est porté par la partie la moins riche et la plus défavorisée de notre société. Nous accentuons ainsi les inégalités de santé. C'est un inconvénient majeur. Si nous décidons que la

concentration de fluorure dans nos eaux doit être optimale, à part le fait que chaque personne n'est plus libre de boire une eau sous-optimale, quel inconvénient crée-t-on ? De toute façon, cette liberté individuelle que l'on réclame est strictement illusoire puisqu'on ingère déjà tous la quantité de fluorure qui est naturellement présente dans l'eau selon la région où on habite. Les personnes qui demeurent convaincues que les fluorures sont dangereux malgré toutes les preuves de leur innocuité pourront toujours acheter de l'eau embouteillée dont la concentration en fluorure sera plus basse ou se procurer un appareil pour éliminer les fluorures de l'eau qu'ils boivent.

Nous pensons donc qu'une réglementation exigeant une concentration optimale dans l'eau de consommation des systèmes d'approvisionnement publics en eau potable au Québec serait appropriée, couplée aux autres stratégies de la Charte d'Ottawa.

Adapter le système de santé

Le système de santé devra adopter des mesures cohérentes avec cette nouvelle politique de santé dentaire au Québec. Tous les milieux de soins devraient avoir reçu un minimum de formation pour être en mesure de répondre aux interrogations des citoyen(ne)s sur ce sujet. Des outils de promotions devraient être disponibles. L'accessibilité aux soins dentaires devrait être élargie. Le retard du Québec à mettre en œuvre des mesures environnementales de prévention de la carie pèse lourdement sur nos concitoyen(ne)s les plus vulnérables. Ces personnes devraient avoir accès aux soins de restauration adéquats sans qu'on leur impose une barrière financière. En fait, ici comme ailleurs, la mutualisation des risques et des coûts reste la solution la plus économique.

Comment peut-on faire le suivi de nos interventions ?

Tout comme dans le cadre de la rencontre thérapeutique, le médecin ne peut se contenter de prescrire. Que sa prescription porte sur l'ajout ou l'ajustement d'une médication, un changement dans les habitudes de vie comme l'activité physique ou l'arrêt tabagique ou une référence à un collègue d'une autre spécialité, le suivi de la prescription est essentiel. Dans la rencontre thérapeutique populationnelle l'obligation de suivi des recommandations est la même. L'édiction d'un règlement qui instaure une norme sans suivi sur la stratégie d'implantation et les résultats obtenus sera sans effet.

Nous suggérons fortement que les cinq stratégies de la Charte d'Ottawa soient mises en œuvre pour assurer l'implantation de la nouvelle norme. Cela implique que le règlement devrait prévoir des mesures de suivi des cinq stratégies, tant au niveau des processus que des résultats. Un calendrier de suivi doit être élaboré qui prévoit des moments de bilans, à l'image des visites de suivi que le médecin suggère à son patient.

Conclusion et recommandations

L'AMSSCQ recommande donc au gouvernement d'implanter une norme obligatoire de concentration des fluorures pour l'eau potable, optimale pour prévenir la carie tout en évitant la fluorose dentaire. Cette norme devrait être appliquée à tous les systèmes publics de traitement et de distribution d'eau potable au Québec ; elle devra prévoir les contrôles adéquats pour maintenir les concentrations de fluorures adéquates en évitant les niveaux excédentaires.

Nous recommandons que l'implantation de cette norme prévoie une vaste campagne d'information, de concertation et d'éducation. Des mesures particulières devraient être entreprises pour rencontrer les groupes communautaires et les citoyens et citoyennes particulièrement inquiets. Une façon de rassurer les citoyen(ne)s inquiets pourrait être d'animer un débat national par une commission comme le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) qui aurait l'avantage de centraliser les débats sur les données probantes et de favoriser l'acceptabilité sociale de cette réglementation. Nous pensons aussi que la stratégie d'accompagnement financier et technique pour l'implantation de la norme pour les municipalités qui en ont besoin devrait se poursuivre.

L'AMSSCQ offre sa collaboration et son soutien entier au gouvernement pour la mise en place de cette politique.

Ce texte a été rédigé par
Yv Bonnier Viger, MD, MSc, MM, FRCPC
Président de l'AMSSCQ

Il a été revu par le CA de l'AMSSCQ et distribué aux membres de l'Association avant son dépôt à la Commission de la santé et des services sociaux, le 15 avril 2013.

Bibliographie

AMSSCQ, 2012, Règlement de l'Association, http://www.amsscq.org/documents/Reglementsmodifies_20120428.pdf consulté le 2013-04-06.

Bedos, 2009, [Bedos C](#), [Levine A](#), [Brodeur JM](#), How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health, *J Dent Res.* 2009 Jul;88(7):653-7.

Brodeur et coll., 2001, Brodeur JM, Olivier M, Benigeri M, Bedos C, et Williamson S., Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Collection Analyses et surveillance, DGSP no 18, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 151 pp.

Brown, 1965, Brown, HK and Poplove, M. «The Brantford-Sarnia-Stratford fluoridation caries study: final survey», *Med Serv J Can*, 1965, vol. 21(7), p. 450-6. (cité dans Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012)

Cancer, 2013, Société canadienne du cancer, [Les mythes et les controverses au sujet du cancer](#) / La fluoration de l'eau, <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/be-aware/cancer-myths-and-controversies/fluoride-in-water/?region=bc> consulté le 2013-04-10

CIHI, 2011, Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2011*. Ottawa: CIHI, 2011

Charte, 1986, Charte d'Ottawa, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf> consulté le 2013-04-06

ECMS, 2010, Santé Canada. *Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009*, Ottawa, 2010.

Galt, 2103, **La controverse du fluor** <http://www.cliniquedentairegalt.com/fluor.php> 2013-04-10

Griffin, 2001, Griffin, S O, Jones, K and Tomar, S L. «An economic evaluation of community water fluoridation», *J Public Health Dent*, 2001, vol. 61(2), p. 78-86. (cité dans Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012)

Lemke, 1970, Lemke, C W, Doherty, J M and Arra, M C. «Controlled fluoridation: the dental effects of discontinuation in Antigo, Wisconsin», *J Am Dent Assoc*, 1970, vol. 80, p. 7882-6. (cité dans Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012)

Morin, 2005, La fluoration : autopsie d'une erreur scientifique Pierre-Jean Morin, Ph.D, Me John Remington Graham, et Gilles Parent, nd, Berger 2005.

MSSSQ, 2012, Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012

Nelson, 1996, Nelson, W E. *Textbook of Pediatrics*, Philadelphia: WB Saunders, 1996, vol. 15, p. 628. (cité dans Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012)

ODQ, 2013, Ordre des dentistes du Québec,
<http://www.odq.qc.ca/Protectiondupublic/Maladiesbuccodentaires/Lesstadesdelacarie/tabid/236/language/fr-CA/Default.aspx>, consulté le 2013-04-07

Parent, 1, Parent Gilles, La fluoration de l'eau, une erreur scientifique
<http://www.anaq.ca/articles/La%20fluoration%20de%20l%20eau%20une%20erreur%20scientifique%20ethique.pdf> consulté le 2013-04-10

Parent, 2, Parent Gilles, LA FLUORATION – PRISE DE POSITION pour l'ADNQ
<http://www.anaq.ca/articles/Fluoration%20prise%20de%20position.pdf> consulté le 2013-04-10

Rabb, 2009, Rabb-Waytowich Danielle, JADC, Juillet/Août 2009, Vol. 75, No 6,
<http://www.cda-adc.ca/jadc/vol-75/issue-6/451.pdf>, consulté le 2013-04-07

Ripa, 1993, Ripa, L. «A half-century of community water fluoridation in the United States: review and commentary», *J Public Health Dent*, 1993, vol. 53(1), p. 17-44.

Truman, 2002, Truman, B I, et al. «Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries», *Am J Prev Med*, 2002, vol. 23 (Suppl 1), p. 21S-54S. (cité dans Santé et services sociaux Québec, Fluoration de l'eau, Questions et réponses, Novembre 2012)