Canadian Academy of Health Sciences
Académie canadienne des sciences de la santé

Prospectus en vue d'une importante évaluation sur la façon d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des Canadiens

rédigé par

l'Académie canadienne des sciences de la santé

Mars 2008

À propos de l'Académie canadienne des sciences de la santé

L'Académie canadienne des sciences de la santé est un organisme à but non lucratif axé sur la recherche stratégique dont les membres honoraires, triés sur le volet, œuvrent dans différentes disciplines, tant au sein du secteur de la santé que dans d'autres secteurs d'activité. Les Membres de l'Académie, élus en fonction de leurs réalisations professionnelles et de leur engagement envers le service, sont des bénévoles qui consacrent leur temps et leur expertise à évaluer les défis sur le plan des politiques publiques qui préoccupent tous les Canadiens dans le secteur de la santé et des soins de la santé, et à offrir des conseils sur cette dimension. Être élu en tant que Membre actif de l'Académie représente non seulement un honneur mais également un engagement envers les activités de l'organisme.

L'Académie a été fondée en 2004 et sa configuration s'inspire de celle de l'Institut de médecine des États-Unis qui, depuis 1970, travaille hors du cadre de référence du gouvernement afin de proposer des analyses scientifiquement éclairées et des conseils indépendants sur un vaste éventail de questions importantes touchant les politiques publiques. L'Institut s'est donné pour mission d'agir à titre de conseiller des États-Unis en vue d'améliorer la santé à travers le pays. L'Institut offre des conseils et des renseignements non biaisés, fondés sur des faits et faisant autorité sur la santé et la politique scientifique aux décideurs, aux professionnels et aux chefs de file dans chaque secteur de la société ainsi qu'au grand public. Voici certains exemples de rapports clés publiés par l'Institut qui ont eu un impact d'envergure internationale sur les politiques en matière de santé :

- *To Err is Human: Building a Safer Health System* (1999)
- *Stem Cells and the Future of Regenerative Medicine* (2001)
- *Crossing the Quality Chasm: A New Health System* (2001)
- *Who will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century* (2002)
- *Preventing Childhood Obesity: Health in the Balance* (2004)

Bien que l'Académie des sciences de la santé en soit à un stade de développement moins avancé que l'Institut de médecine des États-Unis, elle regroupe une diversité exceptionnelle de talents parmi ses membres, lesquels proviennent de différents milieux au sein ou hors du secteur de la santé, dont la dentisterie, la médecine, les sciences infirmières, les professions apparentées, les sciences naturelles, sociales et du comportement, ainsi que le droit, l'administration, l'éthique, et les lettres et sciences humaines.

L'Académie œuvre selon un processus conçu afin d'assurer une expertise appropriée, l'intégration de la science à son meilleur et l'évitement de biais et de conflits d'intérêts, ces derniers constituant un facteur dynamique fréquent qui renverse les solutions à des problèmes complexes dans le secteur de la santé. S'inspirant de l'expérience de l'Institut de médecine des États-Unis, les rapports de l'Académie font l'objet de revues et d'évaluations approfondies menées par des experts externes anonymes dont les noms ne sont révélés que lors de la publication de l'étude.

Ce prospectus aborde un défi de taille auquel fait face le Canada, soit l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires pour les Canadiens.

Introduction

Bien que la santé bucco-dentaire des populations des sociétés occidentales se soit grandement améliorée au cours des trois dernières décennies, les maladies buccales, particulièrement la carie dentaire et les maladies parodontales, continuent de poser de sérieux problèmes. Ces maladies sont toujours très répandues au sein de la population et touchent les gens durant toute leur vie. Par exemple, la carie dentaire est la maladie chronique la plus courante chez l'enfant, affichant une prévalence d'environ cinq fois celle de l'asthme[1]. Les maladies parodontales telles la parodontite se produisent généralement plus tard dans la vie mais touchent la plupart des adultes au sein des sociétés occidentales. La carie et les maladies parodontales ont des conséquences graves car toutes deux donnent lieu à la perte de dents et, en fin de compte, à l'édentation. Au Québec, où l'on trouve les données les plus complètes sur le Canada, 14 % des adultes âgés entre 35 et 44 ans ont perdu toutes leurs dents, ce qui représente l'un des taux les plus élevés au monde[2].

Même si les maladies buccales sont largement répandues au sein de la population, on retrouve de profonds écarts dans notre société et leur impact est très marqué chez les segments défavorisés[3]. Le Canada manque de données épidémiologiques à l'échelle nationale même si, pour la première fois, des indicateurs de santé dentaire sont compris dans l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé dont la publication des données est prévue vers la fin de 2009. Ceci dit, des études provinciales ont démontré qu'une mauvaise santé bucco-dentaire prévaut chez les personnes de faible statut socioéconomique, en particulier les personnes assistées sociales, les travailleurs à faible revenu, les membres des Premières nations, les immigrants récemment arrivés au Canada et les personnes âgées. Au Québec, par exemple, les enfants âgés entre 5 et 6 ans et provenant de familles à faible revenu (moins de 30 000 $ par année) affichent un nombre de caries plus que deux fois supérieur à celui d'enfants de familles mieux nanties (plus de 50 000 $ par année). Ces écarts entre les pauvres et les mieux nantis se poursuivent à l'adolescence et à l'âge adulte[4-6].

La carie dentaire et les maladies parodontales ont des conséquences graves sur la santé et la qualité de vie. En effet, non seulement mènent-elles à la perte de dents et à l'édentation, comme nous l'avons déjà mentionné, mais elles engendrent également de la douleur et de la souffrance. Ces états compromettent la capacité de manger d'une personne et semblent réduire l'espérance de vie en raison de leurs effets sur le statut nutritionnel[7,8]. En bref, les maladies dentaires ont une grande incidence sur la qualité de vie des gens et un impact social et économique marqué sur la société: Aux États-Unis, par exemple, les problèmes dentaires font perdre aux enfants plus de 51 millions d'heures scolaires chaque année et plus de 164 millions d'heures de travail aux adultes[1].

En outre, on établit avec de plus en plus de certitude un lien entre les maladies buccales et les maladies systémiques. La bouche est en effet une porte d'entrée pour les infections qui se répandent ensuite dans d'autres parties du corps. Par exemple, les bactéries buccales telles *A. Actinomycetemcomitans* ou *E. corrodens* peuvent causer l'endocardite infectieuse alors que les bactéries émanant de la pulpe dentaire peuvent entraîner des abcès cérébraux comme l'indiquent certaines études de cas. Par ailleurs, des recherches récentes ont montré une corrélation entre les infections parodontales et différents problèmes de santé tels le diabète, les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance de poids à la naissance[1]. La santé bucco-dentaire fait donc partie intégrante de la santé globale et la cavité buccale devrait donc recevoir les mêmes traitements que le reste du corps.

Malgré la prévalence élevée des maladies buccales et les liens entre la santé bucco-dentaire et la santé globale, la carie dentaire et les maladies parodontales ne sont habituellement pas couvertes par le régime d'assurance maladie au Canada. En conséquence, le statut socioéconomique – plutôt que le besoin de traitement – est un déterminant majeur de l'accès aux soins : plus le revenu est faible, moins les gens consultent un dentiste pour des soins préventifs[9] et plus longtemps ils attendent lorsqu'ils ont un problème dentaire[10]. À titre d'exemple, en 1999, les membres du segment le plus riche de la population du Canada se rendaient chez le dentiste environ deux fois plus souvent que ceux faisant partie de la catégorie la plus pauvre et ce, même si ces derniers souffraient de maladies plus avancées et avaient un besoin plus prononcé de soins de santé[11]. Le problème d'accès est également grave chez les enfants pauvres qui ont souvent besoin de sédation importante lors de traitements. Toutefois, les longues listes d'attente dans les cliniques dentaires pour enfants indiquent que ces enfants doivent généralement attendre des mois avant de faire traiter une infection chronique.

En résumé, l'utilisation du régime d'assurance maladie est proportionnelle au besoin alors que l'utilisation des soins dentaires est inversement proportionnelle au besoin et directement proportionnelle au revenu. Ce phénomène comporte de sérieuses répercussions sur la population. En effet, les pauvres ont plus de caries, de dents malades non traitées ou extraites que les mieux nantis. L'accès insuffisant aux services professionnels a aussi une incidence importante sur la qualité de vie et la santé globale des Canadiens à faible revenu.

Le gouvernement fédéral a mis sur pied des programmes destinés à réduire les obstacles financiers et à améliorer l'accès aux soins pour certains segments de la population (forces armées, populations des Premières nations et peuple Inuit, Gendarmerie royale du Canada, anciens combattants, personnes incarcérées et réfugiés). Toutefois, ces segments ne sont pas les seuls à avoir un besoin pressant de traitement. Quoique certains programmes provinciaux s'adressent aux personnes recevant de l'aide sociale et aux enfants, ils comportent une couverture restreinte et varient considérablement sur le plan des prestations offertes. Par exemple, les personnes recevant de l'aide sociale en Nouvelle-Écosse n'ont accès qu'à des traitements d'urgence alors qu'en Ontario, les enfants ne sont couverts que pour les besoins urgents. Les programmes destinés aux personnes recevant l'aide sociale excluent les travailleurs à faible salaire, qui représentent environ 2,5 million de personnes au Canada[12], et leurs personnes à charge. De plus, les programmes axés sur les enfants excluent généralement les enfants âgés de 10 ans et plus. Le pourcentage de pauvres et d'enfants couverts par ces programmes est donc faible.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire et l'assurance d'un accès opportun à des services dentaires de qualité pour tous les citoyens sont devenues des priorités dans le secteur de la santé publique dans la plupart des pays occidentaux. Au Royaume-Uni, une commission a souligné les iniquités sur le plan de la santé en 1998, incitant le gouvernement britannique à prendre des engagements afin de réduire ces écarts[13]. Aux États-Unis, le rapport publié en 2000 par le Chef des services de santé a relevé les écarts sur le plan de la santé bucco-dentaire et exigé l'élaboration d'un plan d'action à l'échelle nationale[1]. Il est donc temps que le Canada aborde ce problème et facilite l'accès aux services dentaires pour tous les citoyens.

Quelles questions seront abordées par cette évaluation?

- Dans quelle mesure la santé bucco-dentaire des segments de population démunis touche-t-elle leur santé globale et leur qualité de vie, et quel est l'impact socioéconomique de la santé bucco-dentaire?
- À quelles difficultés d'accès aux soins les Canadiens démunis doivent-ils faire face?
- Quels changements faut-il apporter aux systèmes de prestation de soins bucco-dentaires au Canada afin d'en améliorer l'accès pour les Canadiens démunis?
- Comment faut-il apporter ces changements?

À quel point cette évaluation est-elle importante pour le programme de politique publique du Canada?

- Les écarts sur le plan de la santé bucco-dentaire vont à l'encontre des valeurs de notre société, soulignées en 2002 par la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada, soit l'équité, l'impartialité et la solidarité. La Commission a aussi insisté à l'effet que les organismes de soins de la santé subventionnés par l'État doivent offrir des soins de façon efficace.
- L'accès opportun aux services de santé est actuellement une question pivot du programme de politique publique du Canada. Tout récemment, la question de l'accès opportun aux services dentaires a été soulevée au Canada et aux États-Unis à la suite de décès causés par des maladies dentaires. Ces décès, signalés par les médias, auraient pu être évités si les victimes avaient eu accès à des soins dentaires de façon opportune.
- De plus en plus d'études montrent l'existence de liens directs entre la santé bucco-dentaire – particulièrement la santé parodontale – et les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance de poids à la naissance, le diabète, l'obésité et d'autres états pathologiques. Ceci suggère que la gestion de la santé bucco-dentaire doit être mieux intégrée dans le système responsable de la gestion de la santé globale et des maladies.

Comment et par qui l'évaluation est-elle susceptible d'être utilisée dans un contexte non gouvernemental?

- Professionnels : L'évaluation aidera les organismes axés sur la santé bucco-dentaire et d'autres organismes professionnels à mettre sur pied de nouvelles politiques et de nouveaux modèles de service. Elle offrira des assises lors de négociations avec les gouvernements et les autorités en matière de santé quant à la prestation de services de santé bucco-dentaire.
- Hôpitaux et cliniques communautaires, réseaux de santé : L'évaluation aidera ces organismes, dont plusieurs offrent déjà des soins bucco-dentaires, à déterminer les types de modèles de service et de budgets qui répondront le mieux aux besoins de leurs clients.
- Groupes de revendication : Les coalitions de lutte contre la pauvreté et les représentants de groupes vulnérables au sein de la société auront recours à l'évaluation comme outil destiné à promouvoir un meilleur accès aux services dentaires.
- Milieu universitaire : L'évaluation servira d'outil d'enseignement et de document de référence dans le cadre d'autres recherches.

Quels avantages socioéconomiques les Canadiens pourront-ils retirer d'une évaluation qui permet une prise de décisions éclairées de la part des gouvernements et d'autres intervenants?

- Une meilleure santé bucco-dentaire et qualité de vie pour les Canadiens.
- Une amélioration de l'espérance de vie et du nombre d'années de vie en bonne santé.
- Un taux d'absentéisme réduit à l'école et au travail, ce qui engendrera des améliorations sur les plans de l'apprentissage et de la productivité économique.
- Une productivité améliorée dans le secteur de la santé bucco-dentaire grâce à un redéploiement de certaines ressources vers des segments de population aux besoins importants.
- Des écarts réduits sur les plans de la santé bucco-dentaire et de la santé globale chez les Canadiens.

Dans quelle mesure l'état actuel des connaissances permet-il une évaluation?

- Il existe un vaste éventail de documents sur la santé bucco-dentaire chez les groupes défavorisés au Canada et ailleurs dans le monde industrialisé.
- Il existe de la documentation qui décrit les systèmes de prestation de soins bucco-dentaires en place et la mesure dans laquelle ils respectent ou non les besoins en soins bucco-dentaires des groupes défavorisés.
- Des données provenant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé permettront d'identifier les besoins des groupes défavorisés et favorisés en particulier, d'évaluer leur capacité d'accéder à des soins dentaires ainsi que les moyens possibles pour améliorer l'accès.

Où retrouve-t-on l'expertise actuelle?

- Milieu universitaire
- Organismes professionnels
- Gouvernement, y compris Santé Canada, Service de santé publique du Canada et ministères de la santé des provinces
- Compagnies d'assurance privées
- Groupes de gestion de soins aux États-Unis et autres programmes à travers le monde
- Régimes de prestations aux travailleurs de tierce partie et à but non lucratif : organismes d'assurance santé établis par les syndicats pour couvrir leurs membres et leurs familles (par exemple, le régime de soins dentaires Delta aux États-Unis).

Portée possible

La portée et les réalisations attendues de l'évaluation seront fondées sur une entente conjointe intervenue entre l'ACSS et les commanditaires. L'objectif général de l'évaluation est de proposer un ensemble de conclusions sur la façon d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires pour les Canadiens.

Les procédures d'évaluation seront déterminées par le panel d'évaluation et pourront comprendre la réception de soumissions écrites, des réunions ouvertes et privées avec le panel, ainsi que des ateliers/forums impliquant le panel, les commanditaires et les autorités de premier plan du Canada et d'autres pays.

Il est proposé que le processus d'évaluation commence avec un atelier qui aura lieu en septembre 2008 (voir annexe), suivi de l'évaluation elle-même dont la phase finale comprendra des données provenant de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé.

Parmi les réalisations attendues de l'évaluation, on retrouvera :

- L'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire des Canadiens, y compris le lien entre l'état de santé bucco-dentaire de sous-segments de la population et leur accès aux services dentaires.
- La revue des éléments prouvant la corrélation entre la santé bucco-dentaire et la qualité de vie, la santé globale et la productivité.
- La revue des caractéristiques de programmes de santé bucco-dentaire efficaces à l'étranger pour en retirer des leçons applicables au Canada. Ceci comprendra une évaluation de l'influence d'ententes internationales pouvant avoir un impact sur le choix de solutions (par exemple, ALENA, GATT).
- D'autres éléments jugés pertinents par les intervenants concernés par la question.

Plan de travail préliminaire

Phase I :	**Définition de l'étude :** En collaboration avec les commanditaires, le Comité permanent sur les évaluations de l'ACSS définira la nature précise de la question à l'étude, la portée de l'évaluation et les réalisations attendues de l'évaluation.
Phase II :	**Formation du panel :** Tous les commanditaires sont invités à suggérer des noms de personnes pouvant faire partie du panel d'évaluation du Comité permanent sur les évaluations,lequel déterminera les membres du panel d'évaluation. Le président du comité et environ 25 % des membres seront des Membres de l'ACSS (voir annexe). Les autres 75 % des membres seront choisis parmi le grand public ainsi que les meilleurs experts canadiens et étrangers oeuvrant dans le secteur. Avant la finalisation du panel proposé, les noms des membres suggérés seront affichés sur le site Web de l'ACSS afin d'y recueillir des commentaires et des suggestions. L'approbation finale du panel d'évaluation proviendra du conseil de l'ACSS.
Phase III :	**Forum :** Afin de publier l'évaluation, l'Académie organisera et tiendra un atelier à Toronto en septembre 2008. Ce forum, qui accueillera des panélistes et des experts d'envergure nationale, ne sera ouvert qu'aux Membres de l'ACSS et aux représentants des commanditaires.
Phase IV :	**Délibérations du panel :** Le panel délibérera en collaboration avec le personnel de soutien. Ses travaux comprendront un balayage environnemental, la réception de soumissions écrites d'intervenants intéressés, des réunions fermées, des audiences ouvertes au public ainsi que des présentations d'intervenants concernés et des délibérations.
Phase V :	**Revue externe :** L'ACSS fera parvenir un projet de rapport à un panel de revue externe choisi par le Comité permanent sur les évaluations. Les commanditaires seront aussi invités à suggérer des membres pour le panel de revue externe. Le panel d'évaluation révisera ensuite le rapport selon les recommandations du panel de revue externe. Le rapport final devra faire l'objet de l'approbation du conseil de l'ACSS.
Phase VI :	**Diffusion :** Le rapport final sera distribué à grande échelle sous forme d'imprimé et sera aussi affiché sur le site Web de l'ACSS. Sous réserve de l'approbation des commanditaires, on utilisera d'autres méthodes de diffusion, dont des présentations, des assemblées publiques locales, des médias non imprimés, etc. et ce afin de maximiser l'impact et la mise en œuvre des conclusions.

Budget et échéancier

Coût estimé : 500 000 $

Le budget final dépendra de la portée et des coûts variables comme, par exemple, le nombre de réunions et de consultations. On conviendra du budget final à l'avance grâce à un contrat intervenu entre ACSS et les commanditaires. On prévoit que les coûts de financement pourraient être partagés entre plusieurs agences gouvernementales et non gouvernementales touchées considérablement par ce complexe ensemble de problèmes, ce qui permettrait de réduire le coût de l'initiative par commanditaire.

La finalisation d'évaluations de cette envergure exige normalement environ 18 mois. Si on présume des commandites confirmées d'ici le milieu de 2008, on devrait pouvoir amorcer le processus d'évaluation avec un atelier en septembre 2008 et prévoir un rapport complet d'ici décembre 2009.

Commanditaires d'évaluation éventuels

Bon nombre d'organismes à différents niveaux sont aux prises avec le défi qu'implique la prestation de soins de haute qualité aux Canadiens souffrant de maladies chroniques. Parmi les intervenants qui sont intéressés par ce problème et qui désireraient se joindre à un partenariat pour commanditer cette évaluation, on retrouve :

- L'Association dentaire canadienne
- Santé Canada
- Les ministères de la santé provinciaux
- Les Instituts de recherche en santé du Canada et différents instituts dirigés par L'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (IMHA)
- Les collèges provinciaux et les organismes de réglementation professionnelle
- Le Collège royal des chirurgiens dentistes du Canada
- Les Fondations

Références

1. Surgeon General. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. Rockville: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
2. Brodeur JM, Payette M, Benigeri M, Olivier M, Chabot D. Étude sur la santé bucco-dentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec. Résultats du sondage. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 1995 Juin.
3. Locker D. Deprivation and oral health: a review. Community Dent Oral Epidemiol 2000;28(3):161-9.
4. Brodeur J-M, Olivier M, Benigeri M, Bedos C, Williamson S. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 2001. Report No.: 18 - Collection analyses et surveillance.
5. Brodeur J-M, Olivier M, Payette P, Benigeri M, Williamson S, Bedos C. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 ans et de 13-14 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 1999. Report No.: 11 - Collection analyses et surveillance.
6. Brodeur J-M, Payette P, Olivier M, Chabot D, Benigeri M, Williamson S. Étude 1994-1995 sur la santé buccodentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec; 1998. Report No.: 8 - Collection analyses et surveillance.
7. Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. J Am Dent Assoc 1996;127(4):459-67.
8. Hamasha AA, Hand JS, Levy SM. Medical conditions associated with missing teeth and edentulism in the institutionalized elderly. Spec Care Dentist 1998;18(3):123-7.
9. Bedos C, Brodeur J-M, Benigeri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. Rev Epidemiol Sante Publique 2004;52(4):261-270.
10. Bedos C, Brodeur J-M, Benigeri M, Olivier M. Dental care pathway of Quebecers after a broken filling. Community Dent Health 2004;21(4):277-84.
11. Leake JL. Why do we need an oral health care policy in Canada? J Can Dent Assoc 2006;72(4):317.
12. National Council on Welfare. Poverty Profile, 2002 and 2003. Ottawa: National Council on Welfare. Minister of Public Works and Government Services Canada; 2006.
13. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. Br Dent J 1999;187(1):6-12.

Fellows ACSS (2007)

Albert J. Aguayo
William Albritton
Tasso P. Anastassiades
Aubie Angel
Jack Antel
Stephen Archer
Paul W. Armstrong
Francois Auger
Lorne Babiuk
Patricia A. Baird
Michael Baker
Penny Ballem
Morris Barer
Renaldo Battista
Francoise Baylis
Alain Beaudet
Michel Bergeron
Howard Bergman
Alan Bernstein
Allan Best
John Bienenstock
Joan Bottorff
Michel Bouvier
M. Ian Bowmer
Donald Brooks
John Brosnan
Manuel Buchwald
Helen Burt
John Cairns
Donald Calne
Serge Carrière
S. George Carruthers
Carol Cass
Vincent Castellucci
Timothy Caulfield
Benoit Chabot
Sylvain Chemtob
Davy Cheng
Ray Chiu
Harvey Chochinov
Anthony Chow
Michel Chrétien
M. Thomas Clandinin
John Conly
Andre-Pierre Contandriopoulos
Alastair Cribb
Richard Cruess
Max Cynader
Abdallah Daar
Dale Dauphinee
Jean Davignon
Dave Davis
Jacques de Champlain
Lesley Degner
John Denstedt
Johanne Desrosiers
Naranjan Dhalla
Henry Dinsdale
John Dirks
Ian Dohoo
Allan Donner
Diane Doran
James Dosman
Francine Ducharme
Andree Durieux-Smith
Nancy Edwards
Mostafa Elhilali
Mary Ensom
John Esdaile
Carole Estabrooks
Robert Evans
John Fairbrother
Thomas Feasby
Diane Finegood
B. Brett Finlay
Jean-Claude Forest
Cyril Frank
John Frank
William Fraser
Henry Friesen
Abraham Fuks
Donald Gall
Nicole Gallo-Payet
Jacques Genest
Phil Gold
Larry Goldenberg
Harry L. Goldsmith
David Goltzman
Avrum Gotlieb
Paul Grand'Maison
Jean Gray
Jeremy Grimshaw
Ronald D. Guttmann
Harvey Guyda
Carlton Gyles
Vladimir Hachinski
Antoine Hakim
Judith Hall
Phillip Halloran
Pavel Hamet
J. Richard Hamilton
David F. Hardwick
Susan Harris
David Hawkins
Michael Hayden
Rejean Hebert
Robert Hegele
Carol Herbert
Clyde Hertzman
Philip Hicks
Wayne Hindmarsh
Ellen Hodnett
James C. Hogg
Martin Hollenberg
Alex Jadad
Yves Joanette
Joy Johnson
Celeste Johnston
Jawahar (Jay) Kalra
George Karpati
Norah Keating
Nuala Kenny
Wilbert J. Keon
Kevin Keough
Terry Klassen
Bartha Knoppers
Otto Kuchel
Fernand Labrie
Jean-Claude Lacaille
André Lacroix
Bernard Langer
Andreas Laupacis
Mary Law
Yvonne Lefebvre
Franco Lepore
Wendy Levinson
Peter Liu
David Locker
Jonathan Lomas
Donald Low
James Lund
Noni MacDonald
Peter Macklem
Stuart MacLeod
Andrew Macnab
Paul Man
G. B. John Mancini
Karen Mann
Thomas Marrie
James G. Martin

Renée Martin
S. Wayne Martin
Anne Martin-Matthews
Christopher McCulloch
Ernest A. McCulloch
Grant McFadden
Patrick McGrath
Roderick McInnes
Bruce McManus
John McNeill
Graydon Meneilly
Jose Menezes
Nadia Mikhael
Richard Morisset
Barbara Morrongiello
Janice Morse
Jean-Marie Moutquin
David S. Mulder
Bruce Murphy
T. Jock Murray
J. Fraser Mustard
Reginald A. Nadeau
Arnold Naimark
Louise Nasmith
Stanley Nattel
C. David Naylor
Lindsay Nicolle
Jeff Nisker
Hugh O'Brodovich
Linda O'Brien-Pallas
Annette O'Connor
Chris Overall
Peter Paré
Hélène Payette
Eliot Phillipson
Grant Pierce
Roger Pierson
Barry Pless
Frank Plummer
Barry I. Posner
Dorothy Pringle
Remi Quirion
Raymond Rajotte
Eugenio A. Rasio
Pamela Ratner
Marie-France Raynault
Jeffrey Reading
Domenico Regoli
Paul Rennie
Richard Reznick
Carol Richards
Richard Riopelle
Kenneth Rockwood
Allan Ronald
Irving Rootman
Lawrence Rosenberg
David Rosenblatt
Walter Rosser
Serge Rossignol
Ori D. Rotstein
Guy Rouleau
Claude Roy
Rima Rozen
Ellen Rukholm
Robert B. Salter
Martin Schechter
Ernesto Schiffrin
Hugh Scott
Rafick Sekaly
Barry Sessle
Susan Sherwin
Melvin Silverman
Jacques Simard
Peter Singer
Bhagirath Singh
Emil Skamene
Ingrid Sketris
Harvey Skinner
Arthur Slutsky
Eldon R. Smith
Michael J. Sole
Matthew Spence
Bonnie Stevens
Miriam Stewart
Sherry Stewart
Donald Stuss
Roger A. Sutton
Jean-Claude Tardif
Charles H. Tator
Sally Thorne
Aubrey Tingle
Johanne Tremblay
Richard Tremblay
Jack Tu
Peter Tugwell
Jacques Turgeon
Jeffrey Turnbull
D. Lorne Tyrrell
Jack Uetrecht
Patrick Vinay
Peter Walker
Keith Walley
Mamoru Watanabe
Donald Weaver
Charles Weijer
Jeffrey I. Weitz
Catharine Whiteside
Douglas Wilson
Michael Wolfson
Sharon Wood Dauphinee
Donald Woods
Salim Yusuf