

## Analyse socio-historique du système de couverture des services dentaires au Québec

### *Socio-historical analysis of the dental health insurance system in Quebec*

Msefer-Laroussi S<sup>1</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Le système de santé du Québec repose sur le principe d'une assurance maladie universelle. Pourtant les soins dentaires sont exclus de ce régime universel. L'exclusion des soins dentaires, l'adoption de programmes ciblés et leur vulnérabilité constituent l'objet de notre recherche.

Notre objectif était d'expliquer les fondements historiques et les facteurs explicatifs de l'exclusion des soins dentaires et de la vulnérabilité des programmes mis en place au cours de la période 1974-1983.

**Méthodes :** Notre recherche s'est concentrée sur la période comprise entre 1970 et 1996. Notre méthode s'est appuyée sur :

1. un modèle conceptuel dans lequel le financement des services de soins résulte du compromis établi entre les tensions irréductibles des logiques de régulation ;
2. des entretiens semi-structurés menés avec les acteurs du champ d'intérêt ;
3. l'analyse des documents historiques, sources primaires et secondaires autour de la même période.

**Résultats :** Ils ont permis de dégager le rôle prépondérant de la logique démocratique. Ainsi l'absence de couverture dentaire universelle et la vulnérabilité des programmes dentaires ciblés sont liées à l'absence de pression démocratique, la santé dentaire ne constituant pas un enjeu électoral pour les partis politiques. La faible importance accordée à la santé dentaire et l'image mercantiliste du dentiste constituent le facteur essentiel de cette absence de pression.

Il en est de même dans les pays de l'OCDE.

**Conclusion :** L'approche socio-historique et comparative permet de comprendre le présent et d'appréhender le futur.

La reconnaissance sociale, l'évolution des connaissances et le contrôle juridictionnel constituent trois enjeux pour le futur de la profession.

**Prat Organ Soins. 2010;41(3):257-267**

**Mots-clés :** Santé publique dentaire ; services de santé bucco-dentaire ; assurance dentaire ; dentistes ; représentation sociale.

#### Summary

**Aim:** Quebec health care system is based on principle of universality. But dental care is excluded.

Our research is focus on the exclusion of dental care, the adoption of dental health programs and their vulnerability.

We seek to understand the historical reasons which determined the exclusion of dental care and the vulnerability of programs that were established between 1974 and 1983.

**Methods:** Our research is focus on the period between 1970 and 1996. Our methodology is based on:

1. a conceptual model in which financing terms of services stems from compromise established between irreducible tensions of regulatory logic;
2. semi structured interviews with interested parties;
3. the analysis of historical documents as primary and secondary sources around the same period.

**Results:** Findings underline dominating role of democratic logic.

As such, the absence of universal dental coverage and the vulnerability of dental healthcare programs result from absence of democratic pressure. Dental health does not constitute electoral stake for politician.

Social representation of dental health, marked by a feeble importance afforded dental health, as well as commercial perception of dentists are the main factors underlying absence of pressure.

It is also the case in OECD countries.

**Conclusion:** This comparative and socio-historical approach allows a better understanding of the present and to better grasp the future. Social recognition, evolution of knowledge and delimitation of professional field constitute three major stakes that need to be addressed for future.

**Prat Organ Soins. 2010;41(3):257-267**

**Keywords:** Public health dentistry; dental health services; insurance, dental; dentists; social representation.

<sup>1</sup> Professeur en médecine dentaire. Faculté de médecine dentaire de Casablanca (Maroc).

## INTRODUCTION

Le système de santé du Québec repose sur le principe d'une assurance maladie universelle, assurant l'équité face à l'accessibilité financière aux services de soins [1].

À l'heure où l'on s'interroge sur le financement public du système de santé dans les pays confrontés aux contraintes économiques, les services de santé dentaire dont l'organisation et la distribution relèvent du secteur privé, sont souvent cités par les défenseurs du financement privé comme un exemple de succès au Québec. Pourtant les soins dentaires sont exclus de l'assurance maladie universelle, ce qui en limite l'accessibilité.

Au moment de la mise en place de l'assurance maladie universelle, la santé bucco-dentaire était marquée au Québec par un mauvais état bucco-dentaire et par une faible densité dentaire. Le nombre de dentistes était faible avec un dentiste pour 3 687 habitants et un pour 10 677 dans les régions éloignées [2]. Selon l'étude de Stamm [3], on retrouve en 1977 chez les enfants âgés de 13-14 ans, neuf dents cariées dont 77 % sont non traitées, soit le double qu'en l'Ontario. En 1980, 44 % de la population québécoise âgée de 16 ans et plus était édentée à au moins un maxillaire (dont 25,7 % aux deux maxillaires) [4]. L'édentation totale est retrouvée en 1993 chez 14 % de Québécois âgés de 35 à 44 ans et 58 % des personnes âgées de plus de 65 ans et elle est plus marquée chez les personnes à faible revenu [5].

En santé dentaire, l'analyse des politiques publiques et de leur évolution n'a pas suscité un grand intérêt de la part des chercheurs malgré la fragilité des tentatives de régulation des problèmes posés par l'état de santé bucco-dentaire.

La compréhension des facteurs associés à la couverture des soins dentaires nous permettra de contribuer à la production des connaissances sur le système de santé dentaire, essentielles pour améliorer l'accessibilité aux services dentaires.

Notre recherche concernait l'exclusion des soins dentaires de l'assurance maladie universelle, l'adoption de programmes de services dentaires et les restrictions qui leur ont été portées. L'objectif général de notre étude était de comprendre les fondements historiques et les processus qui ont déterminé les modalités de financement de la couverture des services dentaires au Québec et la vulnérabilité des programmes dentaires mis en place au cours de la période 1974-1983.

Notre objectif opérationnel était de réaliser :

1. l'étude du contexte sociohistorique dans lequel les choix politiques ont permis la mise en place de la couverture des services dentaires ;

2. l'étude de l'organisation professionnelle, des particularités thérapeutiques et de la formation dentaire et de leur impact sur l'institutionnalisation et l'évolution de la couverture des services dentaires ;

3. l'étude des préoccupations des groupes sociaux à l'égard de la santé dentaire, de la fluoration et de l'accessibilité aux services dentaires.

## MÉTHODES

Notre recherche a consisté en une étude de cas du système de couverture des services dentaires. Elle s'est basée d'une part sur l'analyse historique des documents (1970-1996). Nous avons examiné les archives, rapports des commissions, mémoires déposés auprès des commissions, publications officielles, presse professionnelle et presse nationale. L'étude documentaire s'est focalisée sur les sources primaires et secondaires concernant la période autour de laquelle la commission Hall et la commission Castonguay-Nepveu étaient en activité.

L'analyse de la presse écrite québécoise nous a permis de relever les débats et réactions autour de nos questions de recherche et nous avons examiné les positions et réactions de la profession dentaire dans l'étude de la presse professionnelle.

D'autre part, nous avons mené des entretiens semi-structurés [6] auprès d'une vingtaine d'informateurs-clés. Le choix des informateurs s'est effectué suite aux entretiens préliminaires à visée exploratoire que nous avons effectués nous-même et qui nous ont permis d'identifier ces personnes après avoir vérifié leur sélection avec l'équipe de recherche. Ce sont des personnes choisies en fonction du rôle qu'elles ont joué et qu'elles jouent encore, pour certaines, dans l'organisation des services dentaires (Ordre et syndicat), dans la formation dentaire, dans les choix politiques en santé dentaire (ministères et institutions étatiques) et dans la représentativité des groupes sociaux (représentants syndicaux et associatifs). Nous avons ainsi sollicité les personnalités ayant été au centre du processus, par un courrier où nous les invitons à participer à notre recherche après en avoir explicité les objectifs et les conditions de l'entretien (enregistrement audio, pendant une heure, formulaire de consentement).

Après avoir obtenu le certificat d'éthique délivré par le Comité d'éthique de l'université de Montréal, nous avons soumis à chacun des participants le formulaire de consentement, garantissant la confidentialité des données recueillies.

Nous avons, lors de l'entretien, utilisé la grille d'entretien composée de quatre sections qui se superposent à nos objectifs [7].

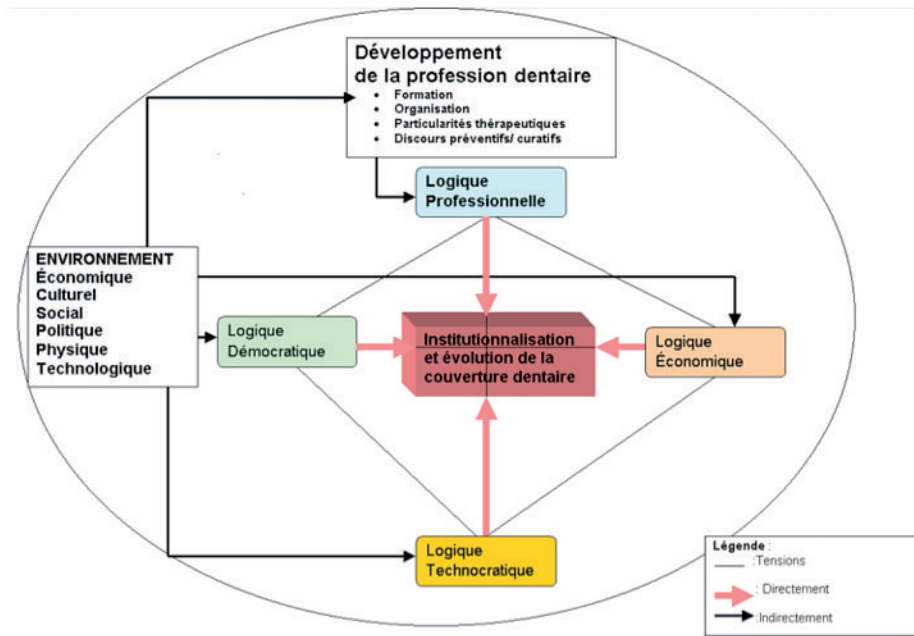


Figure 1. Modèle conceptuel montrant que le financement des services de soins résulte du compromis établi entre les tensions irréductibles des logiques de régulation (Québec, 1966/1996).

L'analyse des données a été effectuée à partir de la transcription des entretiens. L'ensemble de l'analyse a été facilité par l'utilisation du logiciel Atlas TI<sup>®</sup>. Au fur et à mesure du recueil des données, nous les avons segmentées en unité de sens et codées selon une liste de codes établis à partir de notre cadre conceptuel et des variables à l'étude.

La triangulation des données recueillies a visé à établir leur concordance [8].

## MODÈLE CONCEPTUEL

Les modalités de financement des services de soins sont étroitement liées à l'environnement culturel, physique, social, politique et technologique et à l'organisation professionnelle [9]. Ainsi le financement du système de soins résulte du compromis établi à un moment donné et dans un contexte donné entre les tensions irréductibles des quatre grandes logiques de régulation que sont la logique professionnelle, la logique technocratique<sup>1</sup>, la logique économique et la logique démocratique [10].

La logique professionnelle repose sur l'expertise du professionnel et sur la confiance du patient. La logique démocratique découle des choix collectivement exprimés par la population et reflète ses valeurs et ses représentations sociales. La logique économique découle de

la logique du marché, considérant les services de santé comme un bien marchand. La logique technocratique considère que toutes les décisions devraient être prises selon un processus rationnel de planification.

Le modèle conceptuel que nous proposons découle des connaissances existantes sur la mise en œuvre de la couverture médicale ; ainsi nous présumons que de la même façon l'institutionnalisation et l'évolution de la couverture dentaire résultent du compromis établi entre les tensions irréductibles des quatre logiques de régulation que sont les logiques professionnelle, démocratique, économique et technocratique.

La logique professionnelle est examinée à travers l'étude de l'organisation professionnelle et de la formation dentaire et de leur impact sur l'institutionnalisation et l'évolution de la couverture des services dentaires. Pendant longtemps, les aspects techniques et mécaniques prédominaient dans l'enseignement dentaire, ne laissant que peu de place aux aspects médicaux et à la recherche scientifique en santé dentaire [11].

Pour comprendre l'institutionnalisation et l'évolution de la couverture des services dentaires et leur évolution, nous avons tenté, à travers l'étude des quatre logiques de régulation d'explorer le jeu des différents acteurs du champ de la santé dentaire et l'importance du rôle de chacun d'entre eux.

<sup>1</sup> Le terme technocratique n'est pas pris dans le sens péjoratif qu'il peut avoir en France mais dans le sens de gestionnaire.

## RÉSULTATS

### 1. Étude du contexte socio-historique dans lequel les décideurs politiques ont adopté la mise en place de la couverture des services dentaires

L'étude du contexte socio-historique dans lequel les décideurs politiques ont adopté la mise en œuvre de la couverture ciblée des services dentaires nous a permis de relever les écarts entre les recommandations des commissions et les programmes implantés.

En effet, alors que la santé est de compétence provinciale selon la Constitution canadienne depuis 1867, le gouvernement fédéral du Canada a mis en place en 1961, une Commission royale d'enquête sur les services de santé, appelée plus couramment Commission Hall du nom de son président.

Toutes les recommandations de la Commission Hall visaient l'instauration d'un régime de services de santé universel [12].

Concernant les services de santé dentaire, la Commission a mené un travail exhaustif sur la santé dentaire et l'organisation des services dentaires [13, 14]. La Commission a relevé la pénurie de dentistes et a recommandé l'augmentation des effectifs d'étudiants. Elle a recommandé que les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de l'assistance publique soient les groupes prioritaires de programmes ciblés, avec l'élargissement à toute la population dès que les effectifs en dentistes seront suffisants.

Elle a préconisé l'installation de mesures préventives telles que la fluoruration de l'eau que nous ne développons pas dans cet article. L'intervention de la contribution financière du niveau fédéral allant de 50 % à 75 % a été soulignée à chacune des recommandations [15].

En 1966, le Canada a adopté la loi sur l'assurance santé découlant de ces recommandations, mais aucune des propositions sur la santé dentaire, pourtant fort intéres-

santes, n'y figure. L'étude des sources professionnelles nous a montré la forte opposition de l'Association dentaire canadienne alors que la Confédération des syndicats nationaux reconnaissait la difficulté d'inclure le paiement des soins dentaires dès le départ, mais souhaitait « leur paiement dès qu'il sera possible sur le plan financier et administratif » [16].

En 1966, le gouvernement du Québec a nommé une Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, appelée du nom de son président, Commission Castonguay. Mais même si la santé dentaire faisait partie de son mandat, la Commission n'a pas porté un grand intérêt à la santé dentaire. En effet, au cours des entretiens menés auprès des acteurs politiques, membres de la Commission, il a été souligné à plusieurs reprises que la santé dentaire ne faisait pas partie des priorités, ni même de la mission de la Commission.

Pourtant dans son rapport final, dans lequel la Commission recommande l'assurance maladie universelle, les recommandations de la Commission Hall en santé dentaire sont retrouvées [17-20].

En 1970, le gouvernement du Québec a adopté la loi sur l'assurance maladie qui couvre tous les services requis médicalement. Ainsi, les services de chirurgie buccale requis et rendus dans un établissement universitaire ou en milieu hospitalier sont également couverts.

Entré en vigueur en 1970, le régime de chirurgie buccale fait partie des services définis par la loi canadienne sur les soins médicaux. Les frais de ce programme sont partagés entre les deux paliers de gouvernement, fédéral et provincial.

L'augmentation des effectifs a aussi été prise en compte et la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Laval à Québec a ouvert ses portes en 1972.

Le régime de couverture de services dentaires destiné aux enfants est mis en place en 1974, et connaît une augmentation graduelle pour atteindre en 1980 les

Tableau I  
Évolution du programme de chirurgie buccale au Québec.

Année	Législation	Financement	Cible	Actes couverts	Actes non couverts
1961	Loi assurance hospitalisation	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Services hospitaliers rendus par les médecins Consultations, radiographie Ouverture de la chambre pulpaire en urgence Chirurgie	
1970	Loi Assurance maladie	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Services rendus par les dentistes	
1982	Loi	Fédéral/Provincial	Adultes et enfants	Idem	Extractions de dents et racines

enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. Le programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes à leur charge qui couvrait les services de soins dentaires et de prothèses dentaires a été confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les services, le 1<sup>er</sup> février 1976, et pour les prothèses le 9 avril 1979.

Aucune contribution financière n'a été apportée par le gouvernement fédéral.

Très rapidement, ces mesures ont connu des restrictions. En 1982, 1992 et 1996, elles portèrent notamment sur les programmes ciblés. Au fil des années, des changements draconiens ont été apportés aux critères d'admissibilité des programmes de services dentaires, tant en ce qui concerne l'âge des enfants que les prestations offertes et le délai permettant à un bénéficiaire de la sécurité du revenu de recevoir des services dentaires gratuits (tableaux I, II, III).

Tableau II  
Évolution du programme destiné aux enfants au Québec.

Année	Législation	Financement	Cible	Services couverts	Services non couverts
1974	Loi Assurance maladie	Provincial	0-7 ans	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie	
1982	Loi Assurance maladie	Provincial	0-11 ans	– Odontologie conservatrice – Chirurgie	– Soins préventifs – Éducation en hygiène bucco-dentaire, fluor
1982	Loi Assurance maladie	Provincial	13-15 ans	– Soins préventifs – Chirurgie	– Odontologie conservatrice
1992	Loi Assurance maladie	Provincial	0-9 ans	– Deux examens/année – Odontologie conservatrice	– Soins préventifs – Éducation en hygiène bucco-dentaire, fluor
1992	Loi Assurance maladie	Provincial	10-15 ans	Aucun	
1996	Loi Assurance maladie	Provincial	0-9 ans	– Un examen/année – Odontologie conservatrice	– Soins préventifs – Éducation en hygiène bucco-dentaire, fluor

Tableau III  
Évolution du programme destiné aux prestataires de la sécurité du revenu et aux personnes à leur charge, au Québec.

Année	Législation	Financement	Cible	Actes couverts	Actes non couverts
1966	Loi d'assistance médicale	Fédéral/Provincial	Adultes assistés sociaux et enfants dépendants (16 ans)	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie – Prothèse acrylique	Endodontie
1976	Loi : Tutelle administrative RAMQ pour les services dentaires	Fédéral/Provincial	Adultes assistés sociaux et enfants dépendants (16 ans)	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie – Prothèse acrylique	Endodontie
1979	Loi : Tutelle administrative RAMQ pour les prothèses dentaires	Fédéral/Provincial	Adultes assistés sociaux et enfants dépendants (16 ans)	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie – Prothèse acrylique	Endodontie
1982			Restrictions PSR plus de six mois pour obtention de prothèses		
1984	Loi	Fédéral/Provincial	Restrictions PSR plus de six mois pour tous les services sauf urgences	– Soins préventifs – Odontologie conservatrice – Chirurgie – Prothèse acrylique	Endodontie
1996		Fédéral/Provincial	Restrictions PSR – 12 mois pour les services – 24 mois pour prothèses	– Délai de remplacement des prothèses : huit ans	

### a) Aspects financiers

Tant dans les différents écrits analysés que dans les discours recueillis, les coûts des prestations dentaires ont la réputation auprès du public d'être particulièrement onéreux [21, 22].

La pratique de la médecine dentaire s'exerçant en entreprise privée est influencée par le marché et le coût des services dentaires s'en ressent. Il ne s'agit pas d'une simple réputation, le coût des soins dentaires est effectivement non seulement élevé, mais il subit des augmentations en relation avec le type d'exercice de la médecine dentaire, les nouvelles technologies toujours en développement, et les pressions exercées tant par les compagnies dentaires que par les compagnies d'assurances privées [23].

En vertu des prérogatives sur ses dépenses, le gouvernement fédéral a incité à la mise en œuvre des régimes d'assurance hospitalisation, d'assurance maladie et d'assistance publique pour lesquels il s'est engagé à partager les frais sur la base de la moitié des coûts, 50 % pour le gouvernement fédéral et 50 % pour le gouvernement provincial, moyennant le respect de certaines conditions. Mais pour les services dentaires, il n'y avait pas de compensation fédérale, ce qui explique l'absence de couverture universelle des services dentaires, comme cela nous a été rapporté dans les entretiens.

Lors des contraintes financières, le financement uniquement provincial a facilité les restrictions portées aux programmes dentaires dans la mesure où, contrairement aux programmes à financement partagé, il n'était pas nécessaire d'obtenir l'accord du gouvernement fédéral.

L'étude des aspects financiers et des spécificités du marché de la santé dentaire nous permet de souligner l'importance de la logique économique.

### b) Aspects technocratiques

L'action des chercheurs et des intervenants en santé publique est soulignée dans les entretiens. Ainsi dans les enquêtes sur la santé dentaire, les chercheurs en santé publique dentaire montraient aux décideurs que, parmi les provinces du Canada, c'est au Québec que l'état de santé dentaire était le plus désastreux. Cela constituait un problème de santé publique et il devenait nécessaire de mettre en place des mesures pour y faire face.

*« Des chercheurs ont commencé à faire le portrait de l'état de la santé bucco-dentaire de la population et à comparer avec les autres provinces. On voyait que cela nécessitait une prise en charge du gouvernement »* [entretien].

Mais l'influence des fonctionnaires au ministère restait faible, notamment en ce qui concerne leur opposition aux restrictions, et particulièrement face au Conseil du Trésor, principal ordonnateur des dépenses publiques.

*« On faisait des recommandations qui n'étaient pas nécessairement acceptées par le Conseil du Trésor »* [entretien].

Ainsi, le rôle des gestionnaires et des planificateurs, s'il s'est exprimé de façon importante lors de la mise en œuvre des programmes ciblés, a eu peu d'influence au moment des contraintes budgétaires.

## 2. Étude de l'organisation professionnelle et de la formation dentaire ainsi que de leur impact sur l'institutionnalisation et l'évolution de la couverture des services dentaires

Cette étude nous a permis de relever que la couverture dentaire n'a suscité ni pressions, ni opposition pour son adoption, de la part des dentistes, la demande de soins surpassant alors l'offre des services.

Au cours des années 1980 et 1990, lors des restrictions dans les programmes, la profession a été au premier plan pour leur défense, mais sans que cela ne suscite de grande mobilisation.

La profession était confrontée à d'autres préoccupations :

- d'ordre organisationnel : à la fin des années 1960, les dentistes ont commencé à ressentir le besoin de créer une association syndicale, entrant ainsi en conflit avec le collège des dentistes lui-même en pleine mutation ;
- d'ordre juridique :
  - même si la reconnaissance juridique de la profession dentaire s'est faite 20 ans après celle des médecins, les dentistes n'avaient pas la même considération que les médecins.

En effet, *« les médecins sont perçus comme répondant à des besoins essentiels »*. L'expression « médicalement requis » de la loi sur l'assurance maladie s'est ainsi traduite dans les faits en ne couvrant que les services rendus par les médecins, comme cela nous a été exprimé dans les entretiens. Ce qui explique pourquoi les décideurs politiques avaient accepté la couverture sociale des actes de chirurgie buccale que lorsqu'ils étaient effectués par les seuls médecins en milieu hospitalier.

Les services dentaires quant à eux étaient perçus comme relevant davantage de l'esthétique que *« du médicalement requis »*.

- L'attitude des médecins qui refusaient le titre de docteur pour les dentistes était vivement critiquée dans

les écrits professionnels dentaires, de même que l'inclusion de la dentisterie parmi les professions paramédicales.

- La reconnaissance des professions para-dentaires, hygiénistes dentaires et denturologistes n'a pas été acceptée par la profession dentaire. Particulièrement pour les denturologistes, mais sans qu'elle ne réussisse à l'empêcher comme elle l'a fait pour les infirmières dentaires (*dental nurses*) qui ne furent jamais autorisées au Québec.

La formation des dentistes privilégiait l'enseignement des aspects techniques par rapport aux aspects médicaux et sociaux et valorisait essentiellement le système privé comme modèle de pratique de la dentisterie. Ainsi, les étudiants, au cours de leurs études de médecine dentaire, ne sont pas sensibilisés « à prendre en compte la pauvreté, l'injustice et les difficultés d'accès aux services dentaires » [entretien].

On peut conclure en relevant les ambiguïtés de la profession dentaire qui, d'une part se déclare préoccupée par l'accessibilité aux soins dentaires de la population québécoise, et de l'autre ne se mobilise pas suffisamment pour l'améliorer.

Ainsi, à travers l'étude de la profession dentaire, les différents éléments abordés nous permettent de comprendre la logique de régulation professionnelle à l'œuvre dans le système de soins dentaires, marquée à ce moment-là par des conflits organisationnels et juridictionnels.

### 3. Étude des préoccupations des groupes sociaux à l'égard de la santé dentaire, de la fluoruration et de l'accessibilité aux services dentaires

À travers l'analyse des discours des informateurs-clés représentant les groupes sociaux, et l'étude de la presse syndicale et des mémoires soumis aux Commissions Hall et Castonguay, nous avons relevé qu'avant les années 1970, la population adulte québécoise, particulièrement francophone, était faiblement sensibilisée à l'importance de la santé dentaire ; ainsi culturellement la santé dentaire n'avait pas beaucoup de valeur, surtout par rapport à la santé générale, comme cela est rapporté dans les entretiens.

L'image du dentiste n'était pas particulièrement positive. L'arracheur de dent, tirant de toutes ses forces pour extraire une dent récalcitrante, est une image transmise au fil des générations avec son corollaire la peur du dentiste. On retrouve dans la presse quotidienne l'allusion quasi systématique au dentiste pour parler d'une situation douloureuse, pénible ou traumatisante.

L'image mercantiliste du dentiste prédomine. Les problèmes dentaires sont davantage considérés comme des problèmes esthétiques, du luxe qui « n'est pas pour les catégories sociales à faible revenu ».

L'accessibilité aux services dentaires et la gratuité des services dentaires sont retrouvées dans les écrits des syndicats, même si l'accessibilité aux services dentaires est perçue comme du superflu, comme cela est rapporté dans les entretiens. De plus, cela n'a jamais suscité une grande mobilisation sociale.

La réduction de la couverture assurantielle des services dentaires gratuits a, quant à elle, provoqué une opposition qui a pour la première fois réuni les professionnels et la population, mais sans que cela ne soit suffisant pour influencer la décision politique, selon l'avis de tous.

Ainsi, on peut relever à travers la représentation sociale de la santé dentaire et la perception de l'accessibilité aux services dentaires, que la logique démocratique, qui permet de traduire les priorités et les préférences des citoyens en décisions politiques, reflète ici l'absence de préoccupations en matière de santé bucco-dentaire.

## DISCUSSION

Au cours des entretiens, outre le biais de mémoire, d'autres types de biais peuvent influencer le discours de la personne interviewée.

La perception qu'elle se fait de l'enquêteur, et de l'objet de la recherche, de même que sa perception des autres acteurs en présence dans la recherche, peuvent intervenir dans le discours. De plus, le contexte de la recherche et ses répercussions possibles peuvent modifier les discours des informateurs-clés ; ainsi, la perception des enjeux que représente pour eux la recherche peut affecter ce qu'ils peuvent dire ou ne pas dire.

La prise en considération de la subjectivité des chercheurs et de l'interaction entre les différents acteurs permet une juste mise en perspective des résultats [24].

Malgré les limites et les biais évoqués, la fiabilité et la validité sont assurées grâce à l'analyse documentaire qui a permis de trianguler les informations recueillies, et à l'ensemble du processus d'analyse et d'interprétation des données.

L'absence de compensation financière fédérale, l'absence de pression sociale et la faiblesse du *lobbying* de la profession sont les facteurs explicatifs de la non couverture des services dentaires par l'assurance maladie.

La mise en œuvre des programmes ciblés a été motivée par les besoins en soins dentaires élevés de la population québécoise dans les années 1970 et par la volonté des décideurs politiques de distinguer « *la souveraineté québécoise par rapport au gouvernement fédéral* » [entretien].

Quant à la vulnérabilité des programmes, ce sont les contraintes financières, la source de financement uniquement provincial ne nécessitant pas l'adhésion du gouvernement fédéral, et surtout la timidité des réactions qui ont facilité les restrictions portées aux programmes.

L'absence de pression sociale et démocratique s'explique par la perception de la santé dentaire, ressentie davantage comme relevant du superflu et du luxe que de la santé. De plus, l'image commerciale du dentiste et le coût élevé des soins dentaires, ont renforcé cette représentation.

L'absence de pression démocratique explique que les services dentaires n'ont pas constitué un enjeu électoral pour les politiciens. Ils n'avaient aucun avantage à adopter ou à mettre en œuvre la couverture des services dentaires.

Nous avons examiné la couverture des services dentaires des pays de l'OCDE et nous l'avons comparée aux résultats de notre étude de cas sur le Québec. Nous avons constaté le même décalage entre la couverture médicale et la couverture dentaire.

Ce décalage est en rapport non seulement avec la valeur accordée à la santé dentaire, mais aussi avec le processus de professionnalisation de la médecine dentaire. Dans tous les pays, on retrouve le même processus historique de reconnaissance professionnelle, marqué par les conflits juridictionnels [25-27].

En effet, les dentistes allemands ont été longtemps confrontés, d'une part à la présence de praticiens non diplômés qui occupaient le champ de la dentisterie et, d'autre part, à la pression de la concurrence de médecins et de chirurgiens autorisés à exercer la dentisterie [28].

La démarche socio-historique et comparative permet de comprendre l'exigence de la maturité du processus historique. À travers l'analyse des événements du passé, on comprend mieux le présent et on peut appréhender le futur.

Le champ de la santé dentaire nous offre un modèle parfait du système des professions défini par Abbott, avec ses frontières en perpétuel mouvement et ses conflits de juridiction à travers lesquels, « des groupes occupationnels émergent, se développent ou disparaissent » [29].

Les transformations du champ de la santé dentaire peuvent être envisagées à travers les trois enjeux qui déterminent la légitimité professionnelle : la reconnaissance sociale, l'avancement des savoirs et le contrôle juridictionnel.

### 1. Contrôle juridictionnel

Le processus de professionnalisation de la médecine dentaire a été marqué par les conflits juridictionnels entre les médecins et les dentistes, mais aussi par les dissensions internes au sein de la profession, évidentes tant dans les écrits professionnels qu'à travers les discours des personnes interviewées.

Ce sont les débats autour des assurances sociales qui ont stimulé le renforcement des mouvements de dentistes, que ce soit en Grande-Bretagne, en Allemagne ou au Québec. Les réflexions et les discussions autour du rapport Beveridge ont impulsé l'unification des dentistes britanniques [29]. Le même processus se déroula en Allemagne lors de la mise en place du système d'assurances bismarckien [30].

De même, les dentistes québécois ont mis fin aux dissensions internes entre le collège des dentistes et l'association syndicale après l'adoption des lois sur l'assurance maladie.

Au niveau de l'organisation du travail, les dentistes ont néanmoins réussi à maintenir un certain contrôle, particulièrement dans la relation entre le dentiste et l'hygiéniste dentaire. Ils sont ainsi parvenus à restreindre l'autonomie des hygiénistes dentaires en conservant le pouvoir de définir le cadre d'intervention de l'hygiéniste dentaire sous leur propre surveillance et surtout en s'opposant à la délégation de certains actes, tels que la pose des scellements des puits et fissures, qui se font couramment dans d'autres pays, alors que dans les cabinets dentaires québécois, les hygiénistes dentaires ne réalisent ces actes que sous la supervision des dentistes. Les rapports de genre qui caractérisent les hygiénistes dentaires (ce corps professionnel est largement féminisé alors que la médecine dentaire était jusque-là une profession hautement masculine) peuvent aussi expliquer pourquoi les dentistes ont obtenu aisément le contrôle sur ce groupe professionnel. On retrouve les mêmes types de rapport entre les médecins et les infirmières, les médecins et les sages-femmes [31].

La lutte juridictionnelle a été plus âpre avec les denturologistes dont le corps professionnel est plutôt masculin. Elle a pu, par moments, aboutir au partage de certains actes traditionnellement dévolus aux dentistes. Les professions de dentiste et de denturologiste semblent se tourner le dos alors qu'elles sont supposées



collaborer. Les denturologistes cherchent toujours à élargir leurs prérogatives et à revendiquer des territoires plus larges, tels que la prothèse sur implants.

En France, où cette profession n'est pas reconnue, les prothésistes et techniciens dentaires tentent de s'approprier des territoires plus larges dans le champ de la santé dentaire [32].

Selon l'intensité des conflits et la dynamique avec laquelle les compétences juridictionnelles se définissent, la profession dentaire a connu des moments de forces et de faiblesses qui se sont reflétés sur sa capacité à agir et à influencer le système de soins dentaires.

## 2. Reconnaissance sociale

Avant les années 1970, la population québécoise était faiblement sensibilisée à l'importance de la santé dentaire, notamment par rapport à la santé générale, et l'image du dentiste n'était pas particulièrement positive. De plus, l'image mercantiliste du dentiste, très prépondérante au début de la dentisterie, combattue avec fermeté par les dentistes soucieux de leur profession [33], semble être aujourd'hui en pleine expansion, en rapport avec la dentisterie esthétique ou cosmétique. Les publicités pour la blancheur des dents et les sourires de rêve renforcent cette vision de la dentisterie auprès du public.

Lorsque l'aspect commercial prédomine, les tensions se développent entre les dentistes et le public. Elles mettent en danger l'intégrité de la profession et rabaisent la médecine dentaire aux yeux du public. Les pratiques publicitaires sèment la confusion au sein du public qui hésite à donner sa confiance aux professionnels concernés.

Cette image de la dentisterie est retrouvée dans plusieurs sociétés, particulièrement chez les catégories défavorisées. Celles-ci développent une culture de rejet due à la distance sociale entre eux et les dentistes, créant une barrière supplémentaire autre que financière, due à l'attitude sociale [34].

## 3. Avancement du savoir

Tout au long de l'histoire de la dentisterie, d'importants progrès dans les connaissances en sciences dentaires et en technologie dentaire ont contribué à améliorer les traitements des affections bucco-dentaires pour ne pas dire à révolutionner la dentisterie.

Avec l'accroissement des connaissances en technologie, les aspects mécaniques et techniques de la dentisterie continuaient à prédominer, même lorsque la formation dentaire a été intégrée à l'université.

C'est à la fin des années 1960 et au début des années 1970 que la production des connaissances scientifiques a explosé et que la prévention des maladies bucco-dentaires a commencé à s'imposer au niveau de l'enseignement.

L'appellation médecine dentaire a précédé les preuves scientifiques montrant une forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques dues à des facteurs communs de risque. Ainsi, les preuves scientifiques, tant génétiques, microbiologiques, qu'immunologiques permettent aujourd'hui de replacer la santé dentaire dans le cadre de la santé générale d'où elle a été longtemps exclue [35-37].

La compréhension de ces mécanismes complexes et l'utilisation de déterminants moléculaires et génétiques pour évaluer les risques d'inflammation et d'infections systémiques, deviendront partie intégrante de la pratique clinique de la médecine dentaire. La nouvelle ère de médecine dentaire, basée sur des critères moléculaires, aura des répercussions sur l'avenir du diagnostic, du traitement et de la pratique professionnelle [38]. Le futur médecin dentiste devra être capable de diagnostiquer précocement et de prévenir l'apparition de telles maladies. Ainsi, à travers l'acquisition de ces nouvelles connaissances, l'évolution du domaine de la médecine dentaire pourra amener une nouvelle recombinaison de la profession.

## 4. Perspectives d'avenir du champ de la médecine dentaire

Que ce soit le développement des savoirs techniques qui ont impulsé la dentisterie esthétique ou le développement des savoirs biologiques qui replacent la santé dentaire au sein de la santé générale, des transformations s'opèrent dans le champ de la santé dentaire.

Selon la direction choisie par les dentistes, nous pouvons prédire deux scénarii possibles ;

Dans le premier scénario, le public continuerait à ne voir dans la médecine dentaire que les aspects techniques et commerciaux. Alors que les nouveaux espaces de la dentisterie médicale ou de la nouvelle médecine dentaire resteraient vides et seraient vite investis par d'autres. La nouvelle médecine dentaire pourra constituer un nouveau champ. Nous pouvons alors nous interroger sur les professionnels qui réussiront à avoir la légitimité pour occuper ces nouveaux territoires et établir de nouvelles juridictions. Seront-ils des médecins spécialisés en médecine dentaire ayant des compétences dans le diagnostic et la prévention des facteurs de risque des maladies systémiques ? Seront-ils d'autres scientifiques fondamentalistes qui, grâce à leurs

découvertes, se sentiront en droit d'occuper ces nouveaux champs ?

Le deuxième scénario serait celui qui permettrait à la médecine dentaire d'imposer une définition des tâches nécessaires pour améliorer la santé bucco-dentaire en adoptant une approche globale, fondée sur les nouvelles connaissances générales qui intègrent la santé bucco-dentaire à la santé générale et au bien être général.

La profession dentaire se ferait davantage reconnaître auprès du public à travers les messages médiatiques de sensibilisation visant à inculquer les valeurs de santé globale. Une intégration de la prévention bucco-dentaire au sein des campagnes de promotion de la santé de lutte contre le cancer, de sensibilisation au diabète ou aux maladies cardio-vasculaires ferait assimiler la nature systémique de la santé.

Une collaboration étroite des médecins et des médecins dentistes, tant à un niveau purement médical dans le cadre des structures de soins qu'à un niveau plus large englobant davantage d'implications sociales et même politiques, favoriserait également l'appropriation des valeurs de santé globale.

En fait, les dentistes devraient non seulement montrer davantage leur sens social, mais également l'accroître en se préoccupant des groupes les plus vulnérables. Ils devraient délivrer des services dentaires à tous ceux qui en ont besoin, indépendamment de leurs moyens financiers, et par là démontrer l'altruisme que le public est en droit d'attendre des professionnels de la santé.

Il est évident qu'une demande esthétique continuera à s'exprimer et que probablement les dentistes seront toujours prêts à rendre ces services autant qu'en médecine esthétique. Tout comme la médecine esthétique, la dentisterie esthétique non médicalement requise, devrait effectivement pouvoir répondre à cette demande tant que cela ne porte pas préjudice ni à la santé des patients, ni à l'image de la profession dentaire. Ainsi l'exigence d'une réflexion clinique s'imposera pour éviter les dérives cliniques de la dentisterie esthétique.

Une telle évolution du champ de la santé dentaire devra s'accompagner de changements profonds dans le système de couverture des services dentaires. La prévention et le diagnostic seraient valorisés avec un accès universel pour un panier de services dentaires définis.

Cela devra obligatoirement reposer sur un enseignement dentaire réformé, donnant plus d'attention aux différents aspects soulignés.

La formation dentaire et les représentations sociales de la santé dentaire ont un impact sur le champ de la

médecine dentaire. Les recherches à venir devraient donc s'intéresser à identifier, au sein des populations, les éléments sur lesquels doit se baser toute politique de sensibilisation à l'importance de la santé bucco-dentaire et à son intégration au sein de la santé globale. Ces recherches devraient aussi influencer la réforme de la formation des futurs praticiens pour accompagner l'évolution de la profession dentaire dans le sens d'offrir des services de soins dentaires plus équitables.

### Remerciements

*L'auteur remercie les Professeurs AP Contandriopoulos et JM Brodeur de l'Université de Montréal qui ont dirigé ce travail, de même que le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) pour leur soutien. Nos remerciements s'adressent aussi à l'ensemble de nos informateurs-clés qui ont tous accepté de nous recevoir très chaleureusement et sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour.*

### RÉFÉRENCES

1. Desrosiers G. Le système de santé du Québec. Bilan historique et perspective d'avenir. *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 1999;53:3-18.
2. Brodeur JM, Lussier JP, Simard P, Fortin JL, Demers M. Increase in Quebec dental manpower and demand for dental care from 1971 to 1985. *J Can Dent Assoc*. 1988;54:431-7.
3. Stamm JW, Dixter CT, Langlais RP. Principal dental health indices for 13-14 year old Quebec Children. *J Can Dent Assoc*. 1980;46:125-37.
4. Duquette P, Lemay H, Bourassa H. Étude épidémiologique traitant de l'édentation au Québec. *J Dent Que*. 1981;18:23-8.
5. Brodeur JM, Benigeri M, Naccache H, Olivier M, Payette M. Évolution de l'édentation au Québec entre 1980 et 1993. *J Can Dent Assoc*. 1996;62:159-66.
6. Gauthier B. Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Québec : Presses de l'Université du Québec ; 1992.
7. Msefer-Laroussi S. Analyse du système de couverture des services dentaires au Québec [Thèse Ph. D en santé publique]. Montréal : Université de Montréal ; 2007.
8. Van der Maren. Méthodes de recherche pour l'éducation. Montréal : Presses de l'Université de Montréal ; 1996.

9. Rheault S. *Financement des services de santé. Défis pour les années 90. Boucherville (Québec, Canada) : Gaëtan Morin ; 1990.*
10. Contandriopoulos AP, Fournier MA, Denis JP, Champagne F, Arweiler D. *Les mesures incitatives et le paiement des ressources. In : Bégin C, Bergeron P, Forest PG, Lemieux V, eds. Le système de santé québécois. Un modèle en transformation. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1999:123-47.*
11. Lussier JP. *La situation dentaire au Québec. J Can Dent Assoc. 1961;27:6.*
12. Hall E. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé. Ottawa : Archives nationales d'Ottawa ; 1964.*
13. Mac Farlane BA. *Les effectifs dentaires du Canada. Ottawa : Commission royale d'enquête sur les services de santé ; 1964.*
14. Paynter KJ. *La formation dentaire au Canada. Ottawa : Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé ; 1964.*
15. *Rapport de la commission Hall. J Dent Que. Sept-Oct.1964 ; 19-23.*
16. *Confédération des syndicats nationaux. Mémoire soumis à la Commission royale d'enquête sur les services de santé par la confédération des syndicats nationaux. Ottawa. 1962;6.*
17. Castonguay C. *L'assurance maladie. Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien être social. Quebec : Gouvernement du Québec. 1967;1:81.*
18. *Rapport Castonguay. Assurance maladie. J Dent Que. 1967;7:1-3.*
19. *Rapport Castonguay. Assurance maladie. J Dent Que.1967;8:20-3.*
20. *Rapport Castonguay. Assurance maladie. J Dent Que. 1967;9:20-2.*
21. Mayer R, Brochu A. *Consultations auprès des consommateurs actuels et éventuels des services de bien-être et de santé, Québec : Comités d'expression populaire. Québec : Ministère de la Famille et du Bien-être, Gouvernement du Québec ; 1968.*
22. Mayer Robert, Brochu André. *La voix des hommes sans voix. Québec, Gouvernement du Québec : Commission d'enquête sur la santé et le bien-êtreSocial. Québec : Ministère de la Famille et du Bien-être, Gouvernement du Québec ; 1971.*
23. Kaufmann R. *Le jeu des assurances. Pour qui travaillons-nous ? J Can Dent Assoc. 2001;67:201-3.*
24. Deslauriers JP, Kerisit M. *Le devis de recherche qualitative. La recherche qualitative. In Mayer R, Pirès AP, eds. La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques. Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin ; 1997.*
25. Kostlan J. *Les services de santé bucco-dentaire en Europe. Copenhague : Organisation mondiale de la santé ; 1981.*
26. Dufour F. *L'analyse comparée des systèmes de santé dentaire de l'Union Européenne. Rev Med Ass Maladie. 1998;(3):98-111.*
27. Tiemann B, Klingenberger D, Weber M. *The system of dental care in Germany. Koln : Cologne : Institut der Deutschen Zahnärzte. 2003;151-70*
28. Abbott A. *Le système des professions. Chicago : University of Chicago Press ;1988.*
29. Forbes E.G. *The professionalization of dentistry in the United Kingdom. Med Hist. 1985;29:169-81.*
30. Ahlberg JE. *100 ans d'assurances sociales en Allemagne, J Dent Que. 1983;24-25.*
31. Benoit C. *The Professional Socialization of Midwives: Balancing Art and Science. Sociology Health Illn. 1989;2: 160-80.*
32. Kravitz AS, Treasure ET. *EU manual of dental practice. Cardiff (United Kingdom): Dental Public Health Unit in the University of Wales, College of Medicine, The liaison committee of the dental associations of the European Union; 2004.*
33. Gullet DW. *A history of dentistry in Canada. Toronto (Canada): The Canadian dental association. 1971.*
34. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. *The dental care pathway of welfare recipients in Québec. Soc Sci Med. 2003;11:2089-99.*
35. Spahr A. *Original investigation. Periodontal infection and coronary heart disease. Arch Intern Med. 2006;5:554-9.*
36. Scannapieco FA. *Pneumonia in non ambulatory patients: The role of oral bacteria and oral hygiene. J Am Dent Assoc. 2006;137:21S-25S.*
37. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha Amy P, Jared HL, Lief S, McKaig RG, et al. *Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. Obstet Gynecol. 2006;1: 29-36.*
38. Teng YT, Taylor GW, Scannapieco F, Kinane DF, Curtis M, Beck JD, et al. *Periodontal health and systemic disorders. J Can Dent Assoc. 2002;3:188-92.*

