

**Valeurs sociales, tensions régulatrices et pratiques professionnelles
auprès de populations défavorisées.
Application au système de santé bucco-dentaire du Québec**

*Social values, regulatory tensions and professional practices with underprivileged populations:
the case of Quebec's oral health care system*

Lévesque MC¹, Bedos C²

Résumé

Objectif : Les dentistes éprouvent des réticences face aux personnes bénéficiaires de l'aide sociale et tendent à les considérer négativement. Ces difficultés affectent la qualité de la relation thérapeutique et même l'accès aux soins de cette clientèle. La compréhension de ces interactions entre professionnels et patients ne peut se faire qu'en appréhendant les contextes macroscopiques qui participent à leur structuration. Ce travail examine donc les influences systémiques des relations interpersonnelles afin de mieux comprendre un important déterminant de l'accès aux soins dentaires des bénéficiaires de l'aide sociale.

Méthodes : Deux cadres d'analyse sont appliqués à l'étude du système de santé buccodentaire québécois, celui des valeurs sociales (Donabedian A. In: Aspects of Medical Care Administration. Harvard University Press; 1973, p. 58) et celui des logiques de régulation (Contandriopoulos AP. In: La Santé demain. Economica ; 1999. p. 87).

Résultats : L'analyse amène deux constats : certains stéréotypes négatifs à l'égard des personnes assistées sociales permettent aux dentistes d'arbitrer les inévitables conflits entre les logiques de régulation (i.e. économique vs professionnelle) inhérents à leur pratique. Aussi, certains jugements portés par les dentistes sur les comportements des bénéficiaires de l'aide sociale sont le reflet de valeurs sociales exprimées dans l'organisation, la dispensation et le financement des soins dentaires.

Conclusion : Le système de santé buccodentaire québécois comporte d'importantes limites d'accès pour les personnes en situation de pauvreté, et l'État devrait s'engager plus massivement dans ce secteur de la santé. Les dentistes devraient aussi comprendre l'impact des influences systémiques sur leurs relations avec les bénéficiaires de l'aide sociale. Nous estimons donc que de nouvelles orientations devraient être envisagées pour la formation professionnelle dentaire.

Prat Organ Soins. 2011;42(3):195-204

Mots-clés : Québec ; services de santé bucco-dentaires ; accessibilité des services de santé ; relations dentiste patient ; pauvreté ; populations vulnérables.

Summary

Aim: Dentists experience frustrations in their practices with people living on welfare and often perceive the latter in a negative light. The difficulties encountered are detrimental to the patient-professional relationship and contribute to compromising access to care for this underprivileged population. In order to fully understand patient-professional interactions, it is essential to consider the macroscopic contexts that partake in their structuring. This paper will therefore examine the systemic influences on these interpersonal relationships to deepen our understanding of an important access-to-care and health equity determinant.

Methods: Two frameworks are applied to the analysis of Québec's oral healthcare system : the social values framework (Donabedian A. In: Aspects of Medical Care Administration. Harvard University Press; 1973, p. 58) and the regulatory logics framework (Contandriopoulos AP. In: La Santé demain. Economica ; 1999. p.87).

Results: Our assessment leads us to posit two phenomena: 1) certain negative stereotypes regarding patients living on welfare allow dentists to manage the inevitable regulatory conflicts (i.e. professional vs economic) involved in their practices and 2) patient behaviors are frequently judged on the basis of the social values embodied in Québec's oral healthcare system's organization, delivery and financing.

Conclusion: Currently, Québec's oral healthcare system fails to provide effective access to care for individuals who are particularly at risk for dental disease. Dentists should increase their sensitivity to systemic impacts on their rapport with people living on welfare and governments must significantly augment their involvement in the oral healthcare sector. New considerations for the field of dental professional education are also advanced.

Prat Organ Soins. 2011;42(3):195-204

Keywords: Québec; dental health services; health services accessibility; dentist-patient relations; poverty; vulnerable populations.

¹ Étudiante au doctorat en santé publique. Université de Montréal; Division of oral health and society, Faculty of dentistry, McGill University. Montréal (Québec).

² Professeur-adjoint et Directeur de la Division of oral health and society. Faculty of dentistry, McGill University. Montréal (Québec).

INTRODUCTION

La relation professionnel-patient, cœur du processus de soins, représente un déterminant important de l'utilisation des services de santé [1]. Or, dans le domaine de la santé dentaire québécois, il est observé, chez certaines personnes bénéficiant de régimes publics de couverture, une sous-utilisation de ces services liée à des difficultés d'ordre relationnel. Des études ont démontré que les personnes assistées sociales au Québec bénéficiant d'une couverture de soins dentaires de base ne s'en prévalent pas pleinement, en partie en raison d'expériences négatives vécues en cabinet dentaire. La sous-fréquentation du système de soins dentaires est en effet partiellement liée à des sentiments de rejet et de stigmatisation [2]. Des phénomènes semblables ont été documentés auprès de bénéficiaires de l'aide sociale aux États-Unis. Ces personnes se considéraient la cible de préjugés dans leurs relations avec les professionnels dentaires et avouaient ressentir une honte pouvant les dissuader d'aller consulter [3, 4].

De façon complémentaire, les dentistes entretiennent fréquemment une image négative à l'égard de ces populations défavorisées [5, 6]. Une étude menée auprès de dentistes québécois a révélé, chez la majorité des participants, leur difficulté à comprendre les comportements de santé et le style de vie de cette catégorie de patients notamment à l'égard des consultations d'urgence et des rendez-vous manqués. Cette conduite était généralement attribuée à de la négligence ou à une absence de responsabilité [5]. Chez les dentistes français, Pegon-Machat *et al* [7] montra l'existence d'une pensée dichotomique en regard des personnes assistées sociales, opposant le « bon » au « mauvais patient ». Ce dernier est celui qui : « (...) consulte de façon sporadique, abandonne le plan de traitement, n'utilise pas les soins préventifs, ne collabore pas au traitement, n'a pas conscience de son état de santé, n'avise pas en cas d'annulation, est irresponsable, nonchalant et irrespectueux (...) ». Cette typologie rejoint la conceptualisation de Loignon *et al* [6] qui remarquaient l'existence, chez les dentistes québécois, de deux approches face à des patients assistés sociaux, soit l'approche moraliste, situant la cause de la pauvreté au niveau de l'individu, soit l'approche humaniste, plus ouverte sur les attributions causales structurelles de la pauvreté.

Les perceptions et expériences négatives des dentistes face aux personnes vivant de l'aide sociale sont telles, que nombreux sont ceux qui ont recours à une sélection des patients et une planification des horaires de soins contribuant à les exclure du système de soins dentaires [5, 8]. L'annulation des rendez-vous non confirmés par le patient, la prise de rendez-vous en double ou le simple refus de traitement sont des exemples de pratiques révélées lors d'entrevues avec des dentistes [5, 8]. Des

phénomènes semblables ont été observés aux États-Unis parmi le personnel de l'accueil des cliniques dentaires et chez les assistants dentaires ; les croyances stéréotypées et les biais entretenus par les membres du personnel à l'égard des patients assurés par *Medicaid* ont été considérés comme une menace potentielle à une politique d'accès aux soins équitable [9].

Ces stéréotypes négatifs et ces malentendus ont été associés à des manques de connaissances ou de compétences socioculturelles des professionnels de la santé bucco-dentaire [6, 10]. Parallèlement, la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé en ce domaine paraissent insuffisantes. Or, les interactions entre praticiens et patients évoluent dans des contextes macroscopiques socio-économiques, culturels et organisationnels participant à leur structuration. Ainsi, l'examen des influences systémiques sur les relations interpersonnelles est essentiel à une meilleure compréhension de ce déterminant de l'accès aux soins dentaires des personnes en situation de pauvreté. À travers l'analyse du système d'organisation des soins bucco-dentaires du Québec, cet article a pour objectif de fournir un nouvel éclairage sur les connaissances et les données empiriques relatives aux difficultés relationnelles entre professionnels dentaires et personnes assistées sociales et à proposer certaines orientations pédagogiques.

CADRES D'ANALYSE

De multiples cadres d'analyse peuvent être appliqués aux systèmes de santé. Ils abordent tantôt les dimensions de la performance des systèmes, tantôt les éléments de l'intégration des soins et services, ou les déterminants du changement organisationnel. Tout système de soins peut aussi être considéré sous l'angle des valeurs sociales qui le sous-tendent, ces dernières étant en grande partie responsables des formes que prennent les institutions et des directions dans lesquelles elles sont susceptibles d'évoluer dans une société donnée [11]. Il est d'autant plus intéressant de réfléchir de manière critique sur les valeurs sociales que celles-ci demeurent largement implicites ; acquises à travers de longs processus de socialisation, elles sont acceptées plutôt que raisonnées [11]. Leur connaissance représente une voie d'accès unique à de nouvelles représentations. Par ailleurs, l'organisation de tout système de santé peut être conçue comme résultant de l'interaction et de l'arbitrage entre quatre logiques régulatrices : les logiques professionnelle, gestionnaire, économique et démocratique [12]. Leurs importances relatives déterminent l'organisation des structures et des processus des services de santé [12]. L'analyse des logiques est complémentaire de celle des valeurs sociales car elle permet de tenir compte des différences de pouvoir entre

les groupes d'acteurs engagés dans la régulation. Ainsi, après avoir décrit les caractéristiques essentielles du système de soins bucco-dentaires québécois, nous lui appliquerons les cadres théoriques des valeurs sociales et des logiques régulatrices.

FINANCEMENT ET DISPENSATION DES SERVICES DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE AU QUÉBEC

Les soins de santé dentaire au Québec sont dispensés essentiellement dans le secteur privé par des dentistes. Les soins dentaires offerts par l'État se limitent aux interventions spécialisées pratiquées sur des patients hospitalisés (greffes osseuses, repositionnement de la mâchoire, drainage d'abcès) [13] et aux services relevant du plan d'action provincial de santé dentaire public qui recouvre surtout des programmes spécifiques de prévention dans les écoles et d'autres environnements (services de soins de longue durée) [14].

Les soins dentaires dans le secteur privé sont principalement réglés par le biais d'assurances privées ou par des paiements directs, comme l'indique la répartition des honoraires versés aux cliniques dentaires [15] : détenteurs d'une assurance privée (48 %), patients non assurés (29 %), enfants de moins de dix ans subventionnés par l'État (11 %), personnes vivant de l'aide sociale subventionnées par l'État (7 %), et autres patients subventionnés par l'État (5 %). Ainsi, 23 % des honoraires proviennent de patients dont les soins sont pris en charge par l'État. Si celui-ci assumait 41 % des dépenses dentaires totales en 1980, sa participation n'est plus que de 10 % en 1999, suite aux réductions budgétaires appliquées par le gouvernement québécois à des programmes publics, notamment ceux concernant les soins dentaires aux enfants [16]. En effet, avant 1992, les soins de prévention dentaire étaient couverts pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans et une couverture étendue était offerte à tous les enfants de moins de 13 ans [17]. Depuis 2002, la baisse du financement public se manifeste aussi, dans les honoraires des cliniques dentaires (2002 : 28 % ; 2009 : 23 %) [17].

Les programmes subventionnés par l'État varient en fonction des interventions prises en charge. Par exemple, les personnes vivant de l'aide sociale sont éligibles à une couverture de base comprenant des examens dentaires, des radiographies, des obturations, des extractions. Les soins d'endodontie ne sont pas pris en charge [13]. Les personnes couvertes par ce dispositif doivent en outre avoir perçu un revenu de l'aide sociale 12 mois consécutifs, sauf en cas d'urgence [13]. De plus, l'accès aux soins prothétiques est conditionné à un délai de carence de 24 mois.

L'accès à l'assurance dentaire au Québec suit un gradient social. L'enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 montrent que 78,2 % des individus au niveau de revenus le plus élevé détiennent une assurance privée contre 32 % pour ceux dont le niveau de revenus est le moins élevé [18]. Vu le rôle des assurances dentaires privées dans le financement des soins dentaires et leur distribution inéquitable dans la société, il ressort que les principes de base sur lesquels se fonde en général une offre de soins de santé, universalité, intégralité, accessibilité, ne s'appliquent pas dans le domaine des soins dentaires.

LE SYSTÈME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE QUÉBÉCOIS DU POINT DE VUE DES VALEURS SOCIALES

Tout système de santé peut être analysé en fonction de valeurs sociales qui sous-tendent son organisation. D'après la typologie des points de vue de Donabedian [11], les institutions sociales incarnent les orientations d'une société en rapport avec quatre valeurs fondatrices : la responsabilité personnelle, se référant au degré auquel un individu doit répondre de ses actes ; la préoccupation sociale traduisant l'intérêt d'une personne pour le bien-être des individus et de la société ; la liberté recouvrant l'absence de contraintes, l'indépendance ou l'autonomie des individus ; et l'égalité se référant à la notion de parité des individus, à leur ressemblance à certains niveaux. L'auteur distingue entre deux configurations archétypales dénommées le point de vue A et le point de vue B, chacune regroupant les interprétations spécifiques des quatre valeurs sociales fondatrices (tableau I).

Le point de vue A, parce qu'il accorde un rôle prépondérant à l'accomplissement personnel et à l'affranchissement des individus de toute coercition politique, est rattaché à l'idéologie libérale. À l'inverse, l'égalité des chances est plus développée dans le point de vue B ce qui le rattache plus à une idéologie sociale. Selon Donabedian, ces typologies couvrent un éventail assez large des courants idéologiques présents dans une société pour être applicables à l'analyse des systèmes de santé. Les correspondances entre les éléments de ce cadre d'analyse et l'organisation du système de santé dentaire québécois semblent le démontrer.

Le système de soins bucco-dentaires au Québec reflète un attachement important à la notion de responsabilité personnelle dans la réussite d'un individu. Il constitue généralement un privilège octroyé en fonction de l'effort personnel, correspondant en cela au point de vue A. En effet, l'accès à l'assurance dentaire est associé à la réussite dans l'emploi du fait d'une part du niveau de salaire et d'autre part des plans d'assurances privées

Tableau I
Caractéristiques des positions A et B pour les quatre valeurs sociales fondatrices (adapté de Donabedian [1]).

	Position A	Position B
Responsabilité personnelle	<ul style="list-style-type: none"> Fort accent sur la responsabilité personnelle pour les réussites et réalisations. Aucun bien ou service non mérité ne devrait faire l'objet d'un don puisqu'il y a risque de préjudice moral ou économique pour la société et du bénéficiaire. Relation positive entre l'effort personnel et l'excellence morale. Les soins de santé doivent faire partie du système des récompenses. Convergence de l'éthique protestante, du « laissez-faire » économique et du darwinisme social. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance de l'importance de la responsabilité personnelle. Moins d'accent sur l'échec économique en tant qu'échec moral. Les soins de santé ne devraient pas faire partie du système des récompenses pour plusieurs raisons incluant les limites chez le consommateur de soins quant au contrôle et aux connaissances sur ses besoins, les contraintes inhérentes au marché des services médicaux et l'intérêt public pour la santé des individus. Les services de santé sont un bien public.
Préoccupation sociale	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance de l'incompatibilité partielle entre la notion de responsabilité personnelle pour les réussites et l'intérêt pour le bien-être d'autrui. Réconciliation de l'incompatibilité à travers l'exercice limité de la conscience sociale et la reconnaissance de la nature involontaire de la maladie. La conscience sociale s'exerce de manière appropriée à travers la charité envers autrui puisque celle-ci porte moins atteinte à la responsabilité personnelle, les besoins n'étant que partiellement comblés et ce dans des circonstances difficiles ; aussi, la charité peut être l'expression d'un élitisme social. Le darwinisme social strict rejette la conscience sociale car elle interfère avec la sélection naturelle. 	<ul style="list-style-type: none"> La charité représente la forme la moins désirable d'expression de la conscience sociale puisqu'elle est dégradante pour le récipiendaire ; elle entraîne la dépendance et porte atteinte à la capacité d'exercer sa responsabilité personnelle. L'expression réelle de la conscience sociale consiste à réduire au maximum le besoin de recourir à la charité et ainsi à soutenir la responsabilité personnelle et l'initiative.
Liberté	<ul style="list-style-type: none"> Maintien au maximum de la liberté. Accent sur la liberté politique. Gouvernement perçu comme menace potentielle à la liberté individuelle. La coercition atténue la responsabilité personnelle et l'expression de la préoccupation sociale. L'action collective est paternaliste. Un état d'équilibre naturel résulte du maintien de la liberté, par le biais de la « main invisible » du marché et en vertu du darwinisme social. Il est périlleux de déranger cet état d'équilibre naturel. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien au maximum de la liberté. Redéfinition de la liberté comme capacité de faire des choix. La coercition est tant économique que politique. Notion de compromis entre les différentes libertés, d'un groupe à l'autre, d'un type à l'autre. Le gouvernement peut « libérer ». Le gouvernement représente l'expression de la volonté publique. Beaucoup moins de craintes de déranger l'« harmonie naturelle ».
Égalité	<ul style="list-style-type: none"> Conçue en termes d'égalité devant la loi. Accent sur le potentiel pour l'égalité plutôt que son actualisation réelle. Les injustices à l'endroit d'une minorité sont moins préoccupantes si les libertés d'une majorité en sont ainsi maintenues. Conflit perçu entre l'égalité et l'accomplissement personnel compétitif. 	<ul style="list-style-type: none"> Égalité se réfère plus largement à l'égalité des chances pour accomplir. L'accès aux soins médicaux est un pré-requis pour l'accomplissement personnel et ne peut pas ainsi faire partie du système des récompenses ; tout comme pour l'éducation, il s'agit d'un droit social. L'égalité des chances est un des fondements de la compétitivité moralement acceptable. L'égalité se réfère à la dissémination de la liberté.

auxquels contribuent les employeurs. L'aisance matérielle est le déterminant principal de l'accès à l'assurance dentaire et les familles à faibles revenus sont deux fois et demie moins susceptibles d'avoir une couverture assurantielle [18]. Certains groupes de personnes très défavorisées ont accès à un programme public de soins. Contrairement au point de vue B suggérant le retrait complet des services de santé du système de récompenses et leur reconnaissance en tant que droit, l'accès à la santé dentaire ne constitue pas entièrement un droit pour les citoyens. Ceci peut paraître étrange dans une société qui accorde une valeur

importante à l'accès universel et équitable aux soins de santé globale. Ceci serait lié directement à la conception que le public entretient à l'égard de la santé dentaire et avec le manque de valorisation qu'il lui attribue [17].

La valeur accordée à la préoccupation sociale, du point de vue A, se heurte à l'importance accordée à la responsabilité personnelle avec laquelle elle doit plutôt être conciliée [11]. En effet, la préoccupation sociale est considérée comme un impératif moral devant « être exercé à l'intérieur de certaines limites ». Le système

québécois de santé dentaire reflète cette orientation. La politique provinciale de financement de la santé dentaire offre une couverture de base aux personnes vivant de l'aide sociale, reconnaissant par là leur vulnérabilité. Par ailleurs, le délai de carence d'un an avant l'entrée en vigueur de la prise en charge fait en sorte que seuls les plus précaires obtiennent des soins dentaires gratuitement. Les programmes de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) en matière de soins bucco-dentaires pour les plus défavorisés sont donc incomplets et discriminatoires au regard des prestations délivrées aux bénéficiaires d'une assurance privée. Ce phénomène serait qualifié par Donabedian de pondération de la préoccupation sociale. Par ailleurs, certains programmes visant à améliorer l'accès à la santé dentaire pour les Québécois défavorisés, comme les cliniques mobiles, peuvent être considérés comme des initiatives de charité publique, puisqu'ils sont maintenus grâce aux donations publiques et à différentes fondations [19]. Ceci est compatible avec le point de vue A, pour lequel la charité est le vecteur idoine à la manifestation de la préoccupation sociale [11]. Le point de vue B, au contraire, souligne l'importance de réduire au maximum le besoin de recourir à la charité et de maintenir et d'élargir la couverture des programmes publics pour permettre l'accès aux soins dentaires des personnes ne bénéficiant pas d'une assurance privée.

La liberté, selon le point de vue A, représente un « bien suprême » en soi [11]. Elle va de pair avec la responsabilité personnelle et l'appartenance d'une quantité maximale de commodités et de services dans le système de récompenses. Ainsi, l'engagement et la responsabilité de l'État sont regardés avec méfiance, alors que la plus grande valeur est accordée à la logique du marché et à la libre concurrence [11]. À l'appui de ce faible engagement de l'État, la distribution des soins de santé dentaire au Québec relève essentiellement du secteur privé, les honoraires des cabinets dentaires provenant, à 77 %, d'assurances privées ou de paiements directs [15]. De plus, dans la plupart des cas, les régimes privés d'assurance dentaire offerts par les employeurs demeurent optionnels. Les personnes peuvent choisir de s'assurer eux-mêmes ou de payer personnellement et elles ont le libre choix du praticien traitant. Quant aux dentistes, ils peuvent choisir leur lieu d'implantation, déterminer leur pratique professionnelle et la nature de leur clientèle. Ils peuvent aussi choisir de participer ou non aux programmes subventionnés par l'État [15]. En ce sens, le système actuel laisse une part de liberté importante aux personnes et aux dentistes. Cet état est compatible avec une perspective maximaliste de la liberté, en accord avec le point de vue A, dans le temps et dans l'espace. La perspective B quant à elle, reconnaît la nécessité de rechercher un compromis dans l'exercice des libertés individuelles d'un groupe social

à l'autre. De ce point de vue, le gouvernement n'intervient pas suffisamment dans le financement des services dentaires pour permettre au plus grand nombre de citoyens d'avoir la capacité et la liberté d'exercer leur droit d'accès aux soins dentaires.

Au final, la configuration du système de soins dentaires est révélatrice de la prédominance du point de vue A sur l'égalité. En effet, si tous les citoyens du Québec sont légalement égaux quant à leur potentiel d'accéder à une assurance et à des soins dentaires, il existe cependant une grande inégalité dans l'opportunité d'exercer leur droit en ce domaine. Dans cette organisation, la santé dentaire appartient au système des récompenses individuelles (point de vue A) impliquant la responsabilité personnelle sans que cette dernière ne soit menacée par la forme et la nature de l'égalité accordées aux individus.

L'analyse des valeurs sociales reflétées dans l'organisation du système de soins dentaires au Québec met en évidence la marchandisation de ces derniers et l'acceptation sociale majoritaire de son appartenance au système de récompenses. Sur les quatre échelles de valeurs sociales, le Québec est fortement orienté vers le point de vue A, position libérale, à l'égard de son système de soins dentaires. Une application critique de la perspective égalitaire ou sociale (point de vue B), soulèverait des enjeux d'équité dans l'accès aux soins, de justice sociale, d'égalité des opportunités et de responsabilité gouvernementale que nous n'aborderons pas ici, l'objet de ce chapitre étant de nous référer à une représentation dominée par le point de vue A afin de faciliter notre compréhension des problèmes observés au niveau des relations entre les dentistes et leurs clients assistés sociaux. À cette fin, nous ferons le lien entre l'analyse des valeurs sociales et les données empiriques tant sur les motivations et attitudes générales des dentistes à l'égard de leur choix de carrière que sur leurs expériences, réticences et perceptions à l'égard des gens vivant de l'aide sociale.

La littérature récente portant sur les motivations des étudiants en dentisterie face à leur choix de carrière révèle que celles-ci sont hautement compatibles avec les valeurs sociales dépeintes précédemment. Gallagher *et al* [20] montrèrent que les étudiants de dernière année en médecine dentaire sont motivés par leurs aspirations et intérêts personnels et de manière prépondérante par le style de vie personnel que leur procurera la profession, notamment le statut professionnel, la sécurité matérielle et les avantages financiers, la qualité de vie, l'indépendance et la flexibilité. En particulier, les résultats de groupes focus relevaient l'importance de pouvoir travailler à temps partiel tout en gagnant un revenu intéressant [20]. Ces données s'apparentent à celles obtenues auprès d'étudiants de première année

de médecine dentaire aux États-Unis qui ont exprimé parmi leurs cinq motivations principales la qualité de vie, le travail à son compte et, pour les garçons de l'échantillon, « être mon propre patron » [21]. Gallagher *et al* ont aussi suggéré que les participants semblaient attirés vers la médecine dentaire parce qu'ils y voyaient la possibilité d'embrasser une carrière professionnelle en santé qui soit une bulle, qui n'occupe pas le centre de leur vie (pas de longues heures, pas de quarts ou de garde sur appel) [20]. Il n'existe pas de données récentes sur les motivations des étudiants québécois ou canadiens de médecine dentaire à intégrer la profession. Toutefois, une étude menée auprès des étudiants de première année de l'Université de Toronto en 1977 avait fourni des résultats similaires [22]. En toute hypothèse, il n'y a pas de raison de croire que les motivations des étudiants en médecine dentaire du Québec diffèrent notablement de celles de leurs confrères européens ou américains. En complément, les dentistes canadiens sont majoritairement contre l'idée d'une plus grande implication du gouvernement dans le financement et l'organisation des soins dentaires, qu'il s'agisse de nouveaux mécanismes de rémunération des professionnels ou de modèles de dispensation des soins [23, 24]. Cette attitude traduit la valorisation de l'indépendance et de la liberté d'action du dentiste. Ainsi, les valeurs reflétées par le système de soins dentaires du Québec viennent appuyer les aspirations et les objectifs individuels des diplômés en médecine dentaire et des dentistes en comblant leurs besoins d'autonomie et de flexibilité. Concomitamment, l'aspiration des dentistes à aider les citoyens et à servir la communauté est également satisfaite dans un système qui maintient un certain niveau de préoccupation sociale, aussi modeste soit-il.

Le lien entre les valeurs sociales, les perceptions et valeurs des dentistes peut aussi être analysé sous l'angle de la responsabilité personnelle. En 2007, une étude réalisée auprès des dentistes sur la responsabilité sociale de la profession ainsi que d'autres études portant sur leurs expériences auprès de patients assistés sociaux révèlent leur tendance à considérer les soins dentaires comme un privilège et une récompense de l'effort personnel. Les dentistes ont rapporté que les personnes pauvres, à l'exception de celles physiquement ou mentalement défavorisées, doivent « assumer une part de responsabilité dans les soins » et ne pas seulement « profiter du système » [25]. Les patients bénéficiaires de l'aide sociale sont considérés comme « bons » si le dentiste perçoit qu'ils apprécient les avantages des soins dentaires qui leur sont offerts [7]. Une étude en 2009 montra que les dentistes français déploraient que le programme public de soins dentaires ne réussisse pas à développer un sens des responsabilités et de la reconnaissance chez les patients bénéficiant de l'aide sociale [7]. Les dentistes sont souvent choqués par les rendez-vous manqués qui n'ont pas été annulés [5, 7, 8]. Toutes

ces perceptions correspondent à la perspective sociale selon laquelle la santé dentaire appartient au système de récompenses. Se soucierait-on autant de l'appréciation des patients et de leur responsabilité face aux soins si l'accès à ces soins était considéré comme un droit individuel ?

En somme, il existe une forte cohérence entre les valeurs sociales reflétées dans l'organisation actuelle du système québécois de soins dentaires et les valeurs défendues par les dentistes (la liberté, l'autonomie, le style de vie). Ceci se traduit par certaines attentes à l'égard des patients concernant leur responsabilité personnelle, conformément à la configuration libérale des valeurs sociales.

LE SYSTÈME DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE QUÉBÉCOIS DU POINT DE VUE DES LOGIQUES RÉGULATRICES

L'organisation des systèmes de santé est non seulement l'expression d'une configuration particulière de valeurs sociales mais aussi le reflet de quatre logiques régulatrices, professionnelle, gestionnaire, économique et démocratique, coexistantes et interactives [12]. La valeur de chacune a un poids différent selon les acteurs du système concerné : les professionnels de la santé, les gestionnaires, les politiciens et les personnes d'affaires. L'importance relative de chacune des logiques détermine l'organisation des structures de soins et leurs processus [12]. De plus, les mécanismes d'arbitrage de ces logiques influencent aussi le degré d'adaptation des systèmes de soins aux changements environnementaux comme l'évolution des besoins de la population ou les progrès de la technologie. Après une présentation des quatre logiques régulatrices telles que décrites par Contandriopoulos [12] et leurs applications à l'analyse du système québécois de soins dentaires, nous décrivons les difficultés perçues par les dentistes face au traitement des populations défavorisées.

La logique régulatrice *professionnelle* est celle du professionnel de la santé. Elle a dominé au sein des pays développés durant la première moitié du vingtième siècle, légitimée surtout par le progrès des connaissances biomédicales et leur application par des experts [12]. La logique professionnelle sous-entend que les professions vont développer et mettre en application des mécanismes d'autorégulation qui assureront la surveillance de la pratique clinique et de la formation, ainsi que la qualité et l'éthique dans les soins au patient [12]. La logique régulatrice *gestionnaire*, généralement associée aux rôles et actions des gestionnaires et planificateurs de l'État en matière de santé, s'oppose à la logique régulatrice *professionnelle* dans son application d'un processus décisionnel rationnel eu égard à

une allocation optimale des ressources, en fonction de priorités préétablies [12]. La logique régulatrice *économique* se fonde sur la théorie économique néolibérale classique qui, appliquée aux soins de santé, défend la marchandisation de ces soins et leur subordination aux lois de la libre concurrence [12]. Finalement, la logique régulatrice *démocratique* se réfère aux droits et responsabilités des citoyens face au processus décisionnel sociopolitique. Les droits démocratiques peuvent s'exercer indirectement par le biais du processus électoral ou plus directement à travers le débat et la délibération [12]. La démocratie cherche à conférer aux membres de la société le pouvoir de participer à différentes décisions concernant le système de soins : l'établissement des priorités, l'identification des problèmes, les processus de gestion, etc. Par sa nature, une culture démocratique devrait encourager la subordination du pouvoir des quatre autres groupes d'acteurs à celui des individus qui constituent collectivement la société [12].

Contandriopoulos [12] explique aussi comment chacune des quatre logiques se fonde sur une conception significativement différente et contradictoire de la définition même du système de soins, de ses objectifs, et des rôles des différents acteurs en interne. Toute configuration organisationnelle d'un système de soins est ainsi le reflet d'un compromis sociétal issu de mécanismes d'arbitrage entre deux ou plusieurs logiques régulatrices. De plus, l'auteur souligne que chaque groupe d'acteurs peut être caractérisé en partie par les ressources qu'il contrôle, par son potentiel d'amélioration de sa position dans la société en mobilisant des ressources additionnelles et par sa perception du rôle et de la pertinence relative de chacune des quatre logiques régulatrices coexistantes [12].

Appliquée à l'analyse du système de soins dentaires québécois, force est de constater que la logique démocratique est absente. Dans une analyse sociohistorique du financement des soins dentaires au Québec, Msefer-Laroussi [17], pour expliquer ainsi l'exclusion de la santé dentaire du système universel des soins de santé en général, avance les motifs suivants : la santé dentaire ne constitue pas un enjeu électoral pour les partis politiques vu l'absence d'intérêt populaire, l'absence de pressions de la part des unions ou des professions, absence elle-même liée à un faible degré de sensibilisation face à l'importance de la santé dentaire [17]. Ainsi, selon la perspective des dirigeants politiques, les coûts d'une couverture publique de soins dentaires, auxquels le gouvernement fédéral ne contribue pas, ne sont pas justifiés, puisque la demande sociale pour ces soins n'est pas importante. Aussi, les coupes budgétaires effectuées dans le programme public de soins dentaires de l'assistance sociale dans les années 1970 n'ont entraîné qu'une faible réaction. Les protestations des personnes directement concernées se sont heurtées

à l'opinion de la population en général qui estimait ces coupes justifiées [17]. En ce qui concerne la logique régulatrice gestionnaire, son expression est soumise à l'engagement du gouvernement envers le financement ou la régulation de la santé dentaire. Dans ce domaine, une faible demande sociale et un désengagement de l'État restreignent la logique gestionnaire à une administration limitée et à la gestion du plan d'action public pour la santé dentaire. L'effacement presque complet des logiques démocratique et gestionnaire laisse le champ de la santé dentaire libre au déploiement de la logique professionnelle et de la logique économique. La logique professionnelle supposerait que les dentistes défendent les intérêts de leurs patients [12]. Toutefois, en l'absence d'une réponse forte du gouvernement à toute pression qui s'exercerait en ce sens, à l'échelle macroscopique, la logique économique continue de prévaloir sans grande contrainte. Dans le domaine de la santé dentaire, le marché comprend des entreprises d'assurance privée, de matériels et de produits de dentisterie, et la production des soins dentaires. Toute augmentation des coûts de production de ces entreprises est inévitablement répercutée sur le coût des soins dentaires. Tel que Msefer-Laroussi l'a résumé [17], presque toutes les activités de dentisterie ont lieu à l'intérieur du secteur privé et sont de fait soumises jusqu'à un certain degré aux lois de la libre concurrence. Les dentistes doivent gérer les tensions entre la logique économique et la logique professionnelle dans leur domaine.

L'étude de Dharamsi *et al* [25] sur les perceptions des praticiens, administrateurs et formateurs en médecine dentaire nord-américains à l'égard de leur responsabilité sociale a montré la nature inextricable de la dualité entre la logique économique et la logique professionnelle. Cette enquête, menée auprès de 34 dentistes, a établi que malgré le soutien général à l'idée de soins dentaires équitables et d'accès universel, les impératifs économiques de gestion de l'activité dentaire limitent ces idéaux. En dehors des interventions visant à soulager la douleur d'un patient, les préoccupations économiques dominèrent la majorité des opinions émises et ont représenté « l'essentiel en regard de quoi toutes les autres positions devaient être justifiées » [25]. De plus, les adeptes d'un marché des soins dentaires se demandaient si la responsabilité sociale devait être une responsabilité collective et gouvernementale tout en exprimant une préoccupation au sujet de l'impact d'une ingérence gouvernementale [25]. Vu l'importance accordée par les diplômés de médecine dentaire à la liberté et à l'indépendance comme facteurs de motivation, leur ambivalence au sujet de l'engagement de l'État dans le financement et la régulation des soins dentaires ne doit pas surprendre.

La connaissance des logiques régulatrices et de leur déploiement dans le système de santé dentaire du

Québec peut être articulée aux données sur les perceptions des dentistes à l'égard de leurs patients bénéficiant de l'aide sociale. Les dentistes rapportent avoir rencontré diverses formes d'échecs dans leur travail auprès des catégories de « mauvais » ou de « faux » assistés sociaux : échecs thérapeutiques, interpersonnels, personnels et financiers [7, 8]. Ces expériences négatives sont considérées comme étant étroitement liées aux comportements d'utilisation des services dentaires par les patients. Contrairement aux médecins et aux autres professionnels de la santé du secteur public, les dentistes perçoivent les patients bénéficiant de l'aide sociale comme une menace financière puisque les coûts fixes de production de la clinique sont à assumer peu importe l'assiduité aux rendez-vous et que le taux de remboursement des services accordés par le gouvernement est insuffisant [7, 8].

Bien que les dentistes évoquent de multiples raisons pour justifier l'exclusion d'un patient et la fermeture de son dossier, ils reconnaissent que la perte financière associée aux rendez-vous manqués est « la goutte qui fait déborder le vase » [7, 8]. En d'autres termes, les rendez-vous manqués et les comportements d'évitement que les dentistes attribuent à un manque de respect ou à l'ignorance sont les déclencheurs de gestes d'exclusion. Ainsi, la logique économique prédomine dans la pratique dentaire [25]. La prise de rendez-vous en double, leur abrègement ou l'exclusion des patients ne repose pas sur une logique professionnelle. En toute hypothèse, ces stéréotypes négatifs entretenus à l'égard des patients seraient le reflet des tensions causées par des logiques régulatrices contradictoires. Il serait certainement plus facilement justifiable d'exclure un « mauvais » patient qui ne se conforme pas à un plan de traitement que de refuser d'assumer le risque financier qu'un tel patient représente.

DISCUSSION

Le recours aux cadres d'analyse des valeurs sociales et des logiques régulatrices a permis de mettre en lumière d'importantes caractéristiques systémiques qui influent sur les interactions entre le professionnel de la santé bucco-dentaire et le patient prestataire de l'aide sociale. Mais quel serait l'impact d'une faible régulation démocratique sur la représentation des valeurs du public dans la forme organisationnelle du système de santé bucco-dentaire ? La réponse serait dans l'écart observé entre les valeurs sociales reflétées dans le système et les résultats d'un sondage publié en 2007 qui démontrent qu'une majorité de Canadiens considère que la santé dentaire représente un droit fondamental digne d'une couverture universelle [26]. Lorsqu'il est question de valeurs sociales, nous devons considérer l'écart de représentation des différents groupes sociaux en

présence et ne pas nous étonner qu'un système de soins régulé selon une logique économique corresponde davantage à une typologie libérale des valeurs sociales.

L'approche analytique privilégiée ici contraste avec la tendance observée dans la littérature à aborder séparément les difficultés relationnelles et les défaillances systémiques liées aux disparités en santé dentaire. Des études sur la responsabilité sociale et sur l'éthique ont critiqué certaines dimensions systémiques de la dispensation des soins dentaires et de la dentisterie organisée, sans nécessairement les relier aux interactions entre patients et professionnels. Par ailleurs, plusieurs publications relatives à la formation et à la compétence culturelle, bien que tenant compte des déterminants structurels de la santé pour les populations défavorisées, n'intègrent pas les connaissances sur la façon dont les déterminants macroscopiques de l'organisation des soins peuvent intervenir et parfois interférer au niveau des relations patient-professionnel. Or les obstacles relationnels pourraient être réduits si les professionnels de la santé amélioreraient leur connaissance à l'égard de certaines catégories de patients mais aussi s'ils tenaient compte des influences systémiques s'exerçant sur leur rapport avec eux.

En dépit de l'importance de cibler les défis, les difficultés et les conséquences de la pauvreté sur la santé, la compétence culturelle des dentistes ne peut se limiter à l'acquisition d'un ensemble de connaissances. En effet, les approches pédagogiques ayant pour objectif l'atteinte de seuils établis de connaissances risqueraient, paradoxalement, de renforcer l'adhésion au stéréotype dans la pensée des professionnels [27, 28]. Aussi, le développement d'une compétence socioculturelle ne mène pas toujours à des soins centrés sur le patient puisque le clinicien peut intégrer les connaissances acquises à des relations interpersonnelles qui demeurent directives et biomédicales [27]. Plusieurs auteurs en formation dentaire [27-32] ont considéré que les étudiants en médecine dentaire et les stagiaires doivent plutôt développer des compétences leur permettant de questionner et d'analyser leurs croyances et interactions à l'égard des patients défavorisés. Selon Stone [28], être sensibilisé à ses propres insuffisances et conséquences sur la relation patient-professionnel est une composante clé d'un processus d'apprentissage transformateur. En effet, les dentistes et les étudiants devraient connaître le processus par lequel les personnes bénéficiant de l'aide sociale deviennent catégorisés et moins bien considérés, mais aussi le processus d'interaction entre les dimensions systémiques et leur positionnement envers ces patients. Les étudiants et les stagiaires devraient recevoir un enseignement aux valeurs sociales fondamentales inhérentes à l'organisation du système de soins dentaires, à leur propre contribution au titre de ces valeurs, pour une meilleure considération, en tant que personnel soignant,

des personnes vivant de l'aide sociale. Les logiques régulatrices inscrites dans le système de soins dentaires avec leurs conséquences dans la gestion en pratique privée devraient aussi être enseignées tant du point de vue théorique que par des mises en situation.

Cet enseignement pourrait aussi potentiellement contribuer à des changements organisationnels. En effet, des professionnels de la santé dentaire mieux sensibilisés seraient peut-être plus enclins à promouvoir un engagement plus important du gouvernement (meilleurs taux de remboursement des soins dentaires) et éviter le recours à des stratégies qui compromettent les soins aux patients. Ainsi, Msefer-Laroussi [17] indique que la dentisterie organisée n'a pas toujours soutenu les initiatives politiques faisant la promotion d'un plus grand engagement de l'État. Elle a aussi démontré l'absence d'une logique démocratique dans le système de soins dentaires, laquelle serait attribuée en grande partie à un manque de sensibilisation sociale à la valeur de la santé dentaire. Sur ce point, les dentistes sont les effecteurs naturels de la promotion de la santé dentaire dans la société. Leurs actions devraient être accompagnées d'une campagne publique médiatisée sur l'impact de la santé dentaire sur la santé générale des personnes en situation de précarité, ceci afin d'accroître la demande sociale pour une meilleure couverture publique des soins. Sans une transformation éventuelle de l'importance relative des quatre logiques régulatrices, il est improbable que l'accès aux soins dentaires puisse être amélioré pour les patients défavorisés, peu importe la qualité des relations interpersonnelles. Or, jusqu'à présent, le désinvestissement de l'État dans le domaine de la santé dentaire n'a suscité que peu ou pas de contestation dans le courant dominant de la société.

En conclusion, l'analyse présentée sur les relations entre les dentistes et les patients bénéficiant de l'aide sociale est demeurée intentionnellement axée sur le professionnel de la santé dentaire, bien qu'il existe d'autres interactions entre les caractéristiques du système de soins et les perspectives et expériences des patients. Par ailleurs, une modification des valeurs sociales à l'égard de la santé dentaire facilitant l'accès aux soins de tous, aurait sans doute un impact sur le sentiment de valorisation ressenti par les patients et permettrait un exercice plus serein des dentistes. Ce changement pourrait enfin éviter aux bénéficiaires de l'aide sociale d'éprouver un sentiment de honte lorsqu'ils font une demande de service ou d'information sur les services [10]. Si la santé dentaire quittait le système de récompense pour être davantage valorisée, les personnes défavorisées, souffrant d'une faible estime d'eux-mêmes, seraient vraisemblablement moins enclins à assumer comme une fatalité de ne pas mériter des soins dentaires et d'être prédestinées aux extractions de leurs dents comme seul remède.

Remerciements

Les auteurs remercient Marie Kennedy et Justin Lévesque pour leur précieuse contribution à la traduction et à la révision de ce texte. La première auteure souligne aussi sa reconnaissance envers le programme de formation stratégique en recherche appliquée dans le domaine de la santé bucco-dentaire des IRSC.

RÉFÉRENCES

1. Donabedian A. *The assessment of need. In: Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press; 1973, p. 58-69.*
2. Bedos C, Brodeur J-M, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. *The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. Soc Sci Med. 2003;57(11):2089-99.*
3. Kelly SE, Binkley CJ, Neace WP, Gale BS. *Barriers to care-seeking for children's oral health among low-income caregivers. Am J Public Health. 2005;95:1345-51.*
4. Mofidi M, Rozier RG, King RS. *Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. Am J Public Health 2002;92:53-8.*
5. Bedos C, Loignon C, Brodeur J-M, Levine A, Tubert S, eds. *Pauvreté et accès aux services bucco-dentaires : entre droit et éthique. 16^e Congrès mondial de droit médical ; 2006 ; Toulouse (France).*
6. Loignon C, Allison P, Landry A, Richard L, Brodeur JM, Bedos C. *Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. J Dent Res. 2010;10:320.*
7. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. *Dentists' experiences with low-income patients benefiting from a public insurance program. Eur J Oral Sci. 2009;117:398-406.*
8. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison PJ, Richard L, Brodeur J-M. *How do dentists respond to difficulties encountered with people on social assistance? A qualitative study in Montreal, Canada. Community Dent Oral Epidemiol 2010. Submitted.*
9. Lam M, Riedy CA, Milgrom P. *Improving access for Medicaid-insured children: focus on front-office personnel. J Am Dent Assoc. 1999;130:365-73.*
10. Lévesque MC, Dupere S, Loignon C, Levine A, Laurin I, Charbonneau A, et al. *Bridging the poverty gap in dental education: how can people living in poverty help us? J Dent Educ. 2009;73:1043-54.*
11. Donabedian A. *Specifying requirements for health care: social values. In: Aspects of Medical Care Administration. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1973. p.1-30.*

12. Contandriopoulos AP. La régulation d'un système de santé sans murs. In : J-P Cea, ed. *La santé demain. Vers un système de santé sans murs*. Paris : Economica ; 1999. p.87-102.
13. Régie d'assurance maladie du Québec. *Les services couverts au Québec*. Ministère de la santé et des services sociaux : 2008 [updated 2008; cited Oct. 6th 2010 http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/serv_couv_queb/serv_dent_sc.shtml].
14. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). *Plan d'action de santé publique dentaire publique 2005-2012*. Québec : MSSS, Direction générale de la santé publique; 2006.
15. Lussier JP, Benigeri M. *Survol des caractéristiques de la clientèle des cabinets dentaires et des traitements offerts par les généralistes en 2005. Résultats du sondage de l'ODQ de 2006-Deuxième partie*. Journal de l'Ordre des dentistes du Québec. 2008;45.
16. Leake J. *Access and care: Reports from Canadian Dental Education and Care Agencies*. J Can Dent Assoc. 2005;71:469-71.
17. Msefer-Laroussi S. *Analyse sociohistorique du système de couverture des services dentaires au Québec*. Prat Organ Soins. 2010;41(3):257-67.
18. Canada H. *Report on the findings of the oral health component of the canadian health measures survey 2007-2009*. Ottawa: Ministry of health; 2010.
19. Allison P, Allington C, Stern J. *L'accès aux soins dentaires des personnes défavorisées au Québec : problématique et pistes de solutions*. Montréal : Faculty of dentistry, McGill University 2004. [http://www.mcgill.ca/files/dentistry/acces_aux_soins_dentaires.pdf]
20. Gallagher J, Clarke W, Wilson N. *Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career*. Eur J Dent Educ. 2008;12:89-98.
21. Scarbecz MA, Ross JA. *Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school*. J Dent Educ 2002;66:952-60.
22. Cohen R, Coburn D. *Motivations for studying dentistry among first-year dental students*. Medical Education. 1977;11(2):139-43.
23. Quinonez C, Figueiredo R, Locker D. *Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care*. J Public Health Dent. 2009;69(2):64-73.
24. Quinonez C, Figueiredo R, Azarpazhooh A, Locker D. *Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it*. Community Dent Oral Epidemiol. 2010;38:152-8.
25. Dharamsi S, Pratt DD, McEntee MI. *How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations*. J Dent Educ. 2007;71:1583-92.
26. Quinonez C, Locker D. *Canadian opinions on publicly financed dental care*. Can J Public Health. 2007;98:495-9.
27. Eriksen HM, Bergdahl J, Bergdahl M. *A patient-centred approach to teaching and learning in dental student clinical practice*. Eur J Dent Educ. 2008;12:170-5.
28. Stone J. *Healthcare inequality, cross-cultural training, and bioethics: principles and applications*. Camb Q Healthc Ethics. 2008;17:216-26.
29. Formicola AJ, Stavisky J, Lewy R. *Cultural competency: dentistry and medicine learning from one another*. J Dent Educ. 2003;67:869-75.
30. Ornelas IJ. *Cultural competency at the community level: a strategy for reducing racial and ethnic disparities*. Camb Q Healthc Ethics. 2008;17:185-94.
31. Pilcher ES, Charles LT, Lancaster CJ. *Development and assessment of a cultural competency curriculum*. J Dent Educ. 2008;72:1020-8.
32. Rule JT, Welie JVM. *The dilemma of access to care: symptom of a systemic condition*. Dent Clin North Am. 2009;53:421-33.