

LES PERCEPTIONS ET LES BESOINS EN SANTÉ DENTAIRE CHEZ DES FEMMES  
FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE VIVANT DANS UN CONTEXTE  
DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE À OTTAWA

Rana Annous

Sous la supervision de Pr. Hélène Laperrière

Une thèse soumise à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

Université d'Ottawa, Ottawa, ON

En vue de l'obtention du diplôme de Maîtrise

M.Sc. Sciences interdisciplinaires de la santé

École interdisciplinaire de la santé

Faculté des sciences de la Santé

Université d'Ottawa

© Rana Annous, Ottawa, Canada, 2014

## **RÉSUMÉ**

Se basant sur un engagement bénévole prolongé dans une halte-accueil à Ottawa, l'étude examine les perceptions et les besoins en santé dentaire chez les clientes du centre, femmes francophones en situation minoritaire qui vivent dans un contexte particulier de vulnérabilité sociale. Deux méthodes de recherche ont été utilisées dans une approche participative: des entrevues semi-dirigées (n=7) et des ateliers de discussion en groupe (n=5) utilisant des moyens d'expression littéraires et artistiques. Les participantes font face à différentes barrières à l'accès aux soins dentaires: financières, structurales, émotionnelles, communicationnelles et relationnelles. Ces difficultés majeures interagissent de manière complexe et dynamique et affectent la santé dentaire, mentale et physique. Les résultats avancent la nécessité d'une offre active de communication, des services en français centrés sur le patient, prenant en considération les conséquences de l'abus, ainsi qu'une prise en charge universelle et interdisciplinaire de la santé dentaire dans un cadre communautaire.

## **ABSTRACT**

Relying on a five month volunteering commitment at an Ottawa drop-in, this study explores dental perceptions and needs among clients of the centre, francophone minority women living in a context of social vulnerability. In a participatory inquiry approach, two research methods were used: semi-structured interviews (n=7) and group discussion workshops using literary and artistic means of expression (n=5). The results show that participants face major access barriers to dental care: financial, structural, emotional, communicational and relational. Those major difficulties interact as a complex and dynamic web affecting dental, mental and physical health. The study argues for an active offer of communication, as well as a supply of patient centered services, offered in French, and accounting for the consequences of sexual and verbal abuse, all within the context of a community-based, universal and interdisciplinary provision of dental care.

## REMERCIEMENTS

*Ma sincère gratitude va à Pr. Hélène Laperrière pour sa supervision dans espace d'écoute et de support. Par son expertise et sa confiance, elle m'a permis d'avancer, d'apprendre dans l'action et de jongler avec ma crainte de l'imprévisible. Ce travail a été mû par la vision du Laboratoire de pratiques sociales et d'éducation populaire en santé, levier d'un engagement communautaire de proximité et d'une aspiration à la démocratisation des savoirs. Merci.*

*Je tiens aussi à remercier les femmes partenaires à la recherche qui se sont engagées en tant que co-chercheuses pendant plusieurs mois d'exploration et d'analyse, ainsi que le centre qui m'a accueilli et accordé sa confiance.*

*À mes professeurs à l'École interdisciplinaire des sciences de la santé, je vous remercie pour avoir élargi ma perspective de la santé au-delà des limites disciplinaires.*

*Ce projet a été réalisé grâce à une subvention du Consortium National de Formation en Santé- Volet uOttawa, une contribution financière de Santé Canada. Je tiens à remercier le CNFS d'avoir cru à la pertinence de mon projet.*



Cette initiative est financée par **Santé Canada** dans le cadre de la Feuille de route pour les langues officielles du Canada 2013-2018 : éducation, immigration, communautés.



## TABLE DES MATIÈRES

Résumé	ii
Remerciements	iii
Table des matières	iv
Liste des figures	x
Liste des tableaux	xii
Liste des abréviations	xiii
<b>CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE</b>	<b>1</b>
INTRODUCTION	1
I-    LES AXES DE LA PROBLÉMATIQUE	2
1. L'accès aux soins dentaires	2
2. Les besoins en santé dentaire chez les francophones en situation minoritaire	3
3. Un besoin en études contextuelles	3
3.1. Un besoin en études exploratoires contextuelles sur la santé dentaire à Ottawa	4
3.2. Une étude contextuelle communautaire auprès de femmes FSM vivant en contexte de vulnérabilité sociale	6
3.3. Trois niveaux d'intelligibilité pour l'étude des barrières à l'accès aux soins dentaires en contexte de vulnérabilité	7
II-    LES QUESTIONS DE RECHERCHE	9
III-   LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	9
IV-   PERTINENCE ET RETOMBÉES	10
<b>CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS</b>	<b>11</b>
I-    DES MODÈLES THÉORIQUES SUR LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX	

SOINS DE DE SANTÉ	12
1. Le modèle Penchansky	13
2. Le modèle de l'Institut de Médecine	15
3. Le modèle comportemental d'Andersen modifié	16
4. Le modèle : Barrières à l'accès aux soins de santé (Health care access barrier model)	19
5. Les principaux concepts retenus des modèles examinés	21
II- DES ÉCRITS SPÉCIFIQUES AUX BARRIÈRES À L'ACCÈS EN SANTÉ DENTAIRE	23
1. Les barrières financières	23
1.1. Trois façons d'accéder aux soins	23
1.2. Les groupes qui doivent payer la totalité des soins de leur poche	24
1.3. Des programmes publics fragmentés	24
1.4. L'origine des barrières financières aux soins	25
1.5. Les préférences quant aux modes de provision des soins	26
2. Les barrières structurales	27
3. Les barrières cognitives	27
3.1. Les croyances et les perceptions	27
3.2. Les connaissances	28
3.3. La communication	28
4. Traitements diminués	29
5. Prévention diminuée	29
6. Consultation tardive	29
7. Disparité en santé	30
8. Autres catégories	31
III- LES CONCEPTS RETENUS D'ÉTUDES SUR LA SANTÉ DES FSM	33
1. La situation linguistique minoritaire, les barrières linguistiques à l'accès aux soins	

de santé et l'iniquité en santé	34
2. Revue des recommandations pour les soins de santé en situation minoritaire	35
IV- LES CONCEPTS RETENUS D'ÉTUDES SUR LE CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE	37
V- PERTINENCE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE POUR L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES	38
<b>CHAPITRE 3 LES MÉTHODOLOGIES ET LES MÉTHODES</b>	<b>40</b>
I- LE PARADIGME DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE	40
II- LES MÉTHODES DE RECHERCHE	43
A- La collecte des données	43
1. L'échantillonnage	44
2. L'engagement bénévole	44
3. Le journal de bord	45
4. Les entrevues individuelles	46
5. Les ateliers de discussion	46
B- L'analyse des données	47
1. L'analyse pendant la collecte de données	47
2. L'analyse approfondie et la présentation des résultats	48
<b>CHAPITRE 4 RÉSULTATS</b>	<b>50</b>
<b>PARTIE 1- RÉSULTATS DES ENTREVUES INDIVIDUELLES</b>	<b>51</b>
I- ADAPTATIONS À DES ÉCHANGES INTIMES ET COMPLEXES	51
1. Des sensations désagréables d'intrusion dans un monde privé	52
2. La possibilité d'établir des liens avec la vie personnelle	52
3. Un retour à des expériences vécues dans le passé	53
4. Adaptations	54
II- LES THÉMATIQUES DISCUTÉES DURANT LES ENTREVUES	55
A. Première thématique: La narration des expériences passées	55
B. Deuxième thématique: les perceptions sur la santé dentaire et l'évaluation de l'état	

de santé dentaire actuel	59
1. L'évaluation de l'état de santé dentaire et les indicateurs d'une bonne santé dentaire	
1.1. La santé dentaire normative	60
1.2. L'absence de signes de maladies	60
1.3. L'amélioration de l'état de santé dentaire et des conditions de vie	60
1.4. La fonctionnalité : mastication et élocution	60
1.5. La satisfaction des besoins psychosociaux	61
2. Les perceptions sur la santé dentaire	61
2.1. Les définitions de la santé dentaire	61
2.2. L'importance de la santé dentaire	62
3. Prendre soin de sa santé dentaire	64
C. Troisième thématique : Les difficultés rencontrées	64
1. Les barrières financières	65
1.1. Les coûts des soins	65
1.2. Le coût des produits d'hygiène	67
1.3. Les coûts liés aux transports	68
2. Les barrières structurales	68
3. Les barrières personnelles et interpersonnelles	69
3.1. Les limites des <i>barrières cognitives</i> telles que décrites par le modèle HCAB	69
3.2. Le besoin en information: les connaissances	69
3.3. Le besoin en information : les croyances	70
3.4. Les barrières communicationnelles	71
3.5. Les barrières émotionnelles	73
3.6. Les barrières relationnelles	75
D. Quatrième thématique : Les solutions proposées	75
1. Les stratégies pour vaincre la peur	76
1.1. Le cadre de soins	76
1.2. S'exprimer ou être accompagnée	76
1.3. L'offre de service	77
1.4. Se conditionner graduellement	77
2. Les relations au sein du réseau social	78

3. Les solutions aux barrières financières	78
3.1. Le rôle du gouvernement	78
3.2. Les organismes, la responsabilité civile et la compassion humaine	79
<b>PARTIE 2 RÉSULTAS DES ATELIERS DE DISCUSSION</b>	<b>80</b>
I- JUSTIFICATION DE L'APPROCHE- Atelier 1	80
II- LES THÉMATIQUES PROPOSÉES- Ateliers 2-4	81
III- LES THÉMATIQUES DISCUTÉES	84
A- Première thématique : les relations entre santé dentaire, physique et mentale	84
1. La première activité : une boîte à secrets	85
2. La deuxième activité : modelage par la pâte à sel et relations symbolisées par des flèches en papier coloré	85
3. La troisième activité: mandala des quatre saisons.	88
B- Deuxième thématique : les peurs et les appréhensions liées au cadre de soins	89
1. L'arbre à problème	90
2. Les conditions nécessaires à une bonne relation	96
3. Remarques concernant la langue préférée dans un cadre de soins	98
C- Troisième thématique : le réseau social et la santé dentaire	98
1. Les trajectoires de vie	99
2. L'émergence d'éléments et de construits	101
D- Quatrième thématique : les barrières financières liées aux différents traitements	103
E- Ateliers de validation des résultats	105
1. La modélisation des barrières financières	106
2. Dynamique causale des barrières à l'accès aux soins	109
<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION DES RÉSULTATS</b>	<b>116</b>
I- LES PARTICIPANTES AUX ENTREVUES ET AUX ATELIERS : UNE RÉFLEXION EN MOUVANCE	116
1. Les limites des entrevues individuelles	117
2. Une réflexion en mouvance	118

3. Exemples illustratifs	119
3.1. La langue préférée dans un cadre de soins	119
3.2. Les dévoilements sur le sujet de l'abus	120
4. Temporalité de l'exploration des questions de recherche	121
<b>II- COMPLEXITÉ DE L'EXPLORATION DES BARRIÈRES AUX SOINS</b>	<b>122</b>
1. Les caractéristiques d'un système complexe	122
2. Justification de l'examen des résultats de l'étude sous la lentille de la complexité	123
2.1. Retour aux cadres théoriques : des interactions non linéaires et des concepts puisés dans plusieurs modèles.	123
2.2. Un nombre limité d'éléments interconnectés peuvent avoir un effet similaire ou supérieur que la totalité des éléments	125
2.3. Plusieurs niveaux de systèmes complexes	126
3. Modélisation des échanges sous la lentille de la complexité : une synthèse	126
<b>III- SYMBOLIQUE DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE ET DU POUVOIR</b>	<b>130</b>
1. La bouche	130
2. La langue	132
3. Le pouvoir	133
<b>CHAPITRE 6 CONCLUSION</b>	<b>134</b>
<b>I- IMPLICATIONS POUR L'EXPLORATION DES BARRIÈRES AUX SOINS EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE</b>	<b>134</b>
1. La recherche dans le cadre d'un système complexe	134
2. L'apport de l'approche participative prolongée en recherche	137
3. Considérations éthiques	137
<b>II- IMPLICATIONS POUR LA SANTÉ DENTAIRE EN SITUATION LINGUISTIQUE MINORITAIRE</b>	<b>138</b>
<b>III- IMPLICATIONS POUR LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ DENTAIRE</b>	<b>139</b>
1. Les barrières financières et structurales	139

2. Les barrières émotionnelles, communicationnelles et relationnelles	140
3. «Parler» et «en français» : l'offre active de communication dans la langue de son choix	141
4. Santé communautaire et éducation populaire en santé	142
5. La responsabilité civile et les pratiques humanitaires	142
IV- LIMITATIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES	144
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>146</b>
<b>ANNEXES</b>	
ANNEXE 1 : CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE	156
ANNEXE 2: PROTOCOLE D'ENTRETIEN	157
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTREVUE	159

### **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : le modèle de l'institut de médecine

Figure 2 : le modèle comportemental d'Andersen modifié, phase 4

Figure 3 : Cadre conceptuel examinant l'effet des caractéristiques communautaires sur l'accès aux soins

Figure 4 : Modèle comportemental adapté aux populations vulnérables

Figure 5 : Le modèle des barrières à l'accès aux soins de santé

Figure 6 : Illustration graphique des concepts retenus

Figure 7 : Les premiers trois niveaux de lecture d'une situation de vulnérabilité

Figure 8 : Les quatre formes de savoir en recherche participative

Figure 9 : Schéma de processus

Figure 10 : Digramme représentant la répartition des femmes selon leur choix de participation et leur degré d'implication

Figure 11 : Cartes- sujets de la thématique 1

Figure 12 : La nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire de la santé dentaire

Figure 13: Cartes-sujets de la thématique 2

Figure 14 : Au-delà de la peur du dentiste. Des appréhensions liées au cadre de soins

Figure 15 : Cartes-sujets de la thématique 3

Figure 16 : Carte cognitive de l'effet du réseau social sur la santé dentaire

Figure 17 : Cartes-sujets de la thématique 4

Figure 18 : Modélisation des barrières financières

Figure 19 : représentation graphique correspondant au tableau 6

Figure 20 : représentation graphique correspondant au tableau 7

Figure 21 : Modélisation des perceptions et des besoins en santé dentaire dans un contexte de vulnérabilité sociale, tels que décrits par des femmes francophones en situation minoritaire

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Questions explorant la satisfaction selon les composantes du modèle Penchansky

Tableau 2 : Exemples de barrières à l'accès aux soins de santé selon le modèle HCAB

Tableau 3 : Les concepts retenus des modèles théoriques examinés

Tableau 4 : Matrice Causes-effets- solutions des appréhensions liées au cadre de soins.

Tableau 5 : Synthèse des résultats de la fiche d'association

Tableau 6 : Dynamique causale selon les données analysées

Tableau 7: Dynamique causale selon les perceptions des participantes

Tableau 8 : Matrice chronologique des dévoilements sur le sujet de l'abus sexuel, physique et verbal

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATM	Articulation temporo-mandibulaire
B.C.	Barrières communicationnelles
B.É.	Barrières émotionnelles
B.F.	Barrières financières
B.S.	Barrières structurales
B.R.	Barrières relationnelles
Co-Cr	Les connaissances et les croyances (besoin en information)
E.C.M.S	Enquête Canadienne sur les Mesures de Santé
HCAB	Health Care Access Barrier (modèle théorique)
I.I.	Indicateurs intermédiaires
IOM	Institute of Medecine (modèle théorique)
F.S.M.	Francophones en situation minoritaire
POSPH	Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (nommé aussi par les femmes comme ODSP, Disability, ou Invalidité)
RASSFO	Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones
S.E.F.	Services en français
S.D.	Santé dentaire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# CHAPITRE 1- LA PROBLÉMATIQUE

## *Une problématique autour de trois axes*

### INTRODUCTION

De nos jours, la médecine considère de plus en plus la santé de manière systémique par une approche préventive, prédictive, personnalisée et participative en soins. Toutefois, cette considération systémique de la santé semble être absente des services dentaires au Canada. La santé dentaire continue à dépendre d'un accès financièrement limité aux soins, assuré pour les plus démunis par une timide contribution gouvernementale. Même en présence d'accès potentiel par des assurances privées ou publiques, les services en santé dentaire sont loin d'être systématiquement interdisciplinaires ou centrés sur le patient, à l'image de ceux plus souvent adoptés en médecine générale. La médecine dentaire au Canada hésite entre s'identifier au modèle médical ou celui entrepreneurial; elle est ainsi l'objet d'une tension entre deux cultures (Quiñonez, 2012), qui se traduit dans la relation entre les professionnels de la santé dentaire et les utilisateurs des services, surtout en présence d'un fossé socio-économique entre ces deux parties. Chez les personnes dites « vulnérables », la perception de cette différence autant économique, que sociale ou culturelle affecte l'utilisation des services et la satisfaction à l'égard des soins, aggravées parfois par une situation linguistique minoritaire. L'interaction complexe entre le social et le personnel ou l'organique est peu considérée dans l'exploration de telles embûches.

Cette étude tente d'explorer ces différents types de barrières et les conditions spécifiques à la santé dentaire pour inclure une considération systémique, ainsi qu'une approche centrée sur le patient. À travers une méthodologie participative et personnalisée en recherche, elle montre la pertinence d'une insertion de proximité et prolongée auprès des utilisateurs de services, tant par les chercheurs que par les futurs professionnels en santé dentaire. Cette perspective d'éducation populaire en santé permet de redéfinir les bases du modèle de soins dentaires et l'établissement de partenariats permettant de semer les prémises d'un changement par les acteurs qui y ont le plus grand intérêt.

## I- LES AXES DE LA PROBLÉMATIQUE

Cette étude exploratoire des perceptions et des besoins en santé dentaire a eu lieu à Ottawa, dans un cadre communautaire, en partenariat avec une halte accueil pour femmes francophones vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale. Le centre offre des services en français à des femmes de plusieurs communautés ethniques, provenant de différentes régions d'Ottawa et faisant face à des difficultés diverses. Il s'agit, entre autres, de situations de pauvreté, de logement précaire ou d'itinérance, d'abus sexuel et physique, de monoparentalité, de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. La situation particulière des femmes les positionne dans un contexte vulnérable affectant l'accès aux soins dentaires. L'étude cherche à explorer les barrières à l'accès aux soins selon le point de vue des clientes de l'halte accueil; elle se base sur plusieurs questionnements et observations définissant une problématique à trois volets imbriqués.

### 1. L'accès aux soins dentaires

En premier lieu, les soins dentaires ne sont pas universels et l'accès dépend directement de la possibilité de défrayer les coûts liés aux traitements. Selon l'Enquête Canadienne sur les mesures de santé (ECMS, 2007-2009), aussi peu que 6 % des Canadiens sont inscrits à un régime d'assurance dentaire publique, comme le Programme Ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) dont profitent plusieurs femmes clientes du centre partenaire. Ce programme offre des services variés, dont des supports aux finances, à l'emploi et à l'accès aux soins de santé. Les personnes admissibles présentent un handicap physique ou mental dont la durée anticipée dépasse une année et qui les empêche de se prendre en charge (Ministère des services sociaux et communautaires, POSPH). Elles ont alors droit à des soins dentaires de base. Certaines clientes du centre d'un âge plus avancé reçoivent plutôt des pensions de vieillesse. Elles défraient souvent les coûts des soins dentaires de leur propre poche, bien que des aides municipales limitées soient disponibles. Ce premier axe de la problématique décrit des barrières financières aux soins chez les participantes potentielles à l'étude: des situations de sous-assurance (les bénéficiaires du POSPH, par exemple), de non assurance (les employées sans bénéfices, les bénéficiaires des pensions de vieillesse), de franchises d'assurance élevées, ou de perte de bénéfices (comme dans le cas de changement d'emploi ou d'atteinte de l'âge de retraite par exemple) (selon le

rapport *Staying ahead of the curve : A unified public oral health program for Ontario?*, 2012).

## 2. Les besoins en santé dentaire chez les francophones en situation minoritaire (FSM)

De manière conjointe aux difficultés financières, la situation linguistique minoritaire peut moduler des défis additionnels en santé dentaire. Les FSM ont des besoins spécifiques en santé et expriment une moindre santé perçue, affectés par la situation socio-économique et l'effet des barrières linguistiques sur la qualité des soins; certains groupes étant plus concernés que d'autres (Bowen, 2001; Bourbonnais, 2007; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois; 2009; Gagnon-Arpin, 2011). En effet, certains groupes de FSM à Ottawa ont une situation socio-économique plus défavorable que le reste de la population, liée à un moindre accès à l'emploi (niveau d'éducation et compétences linguistiques) et à une population généralement vieillissante (Conseil de planification sociale d'Ottawa, 2010). Cela crée des barrières financières à l'accès aux soins dentaires rejoignant le premier axe de la problématique.

Aussi, le contexte de vulnérabilité ne se limite-il pas aux barrières financières. Des difficultés communicationnelles et un besoin en information liés aux barrières linguistiques peuvent moduler l'accès aux soins et affecter la satisfaction à l'égard des services (Bowen, 2001). La langue est un facteur primordial en santé, puisqu'elle facilite la communication avec les professionnels. Elle est essentielle dans la recherche d'informations et dans l'utilisation efficace des services. Le deuxième axe de la problématique décrit alors des barrières financières et communicationnelles potentielles à l'accès aux soins, et des besoins spécifiques en santé chez les FSM, à explorer dans le cadre spécifique de la santé dentaire.

## 3. Un besoin en études contextuelles

Le troisième axe rejoint les deux précédents et est défini par un besoin en études, tant sur les barrières à l'accès aux soins dentaires, que sur la santé en situation linguistique minoritaire. Il est, en effet, important d'explorer les barrières à l'accès aux soins dentaires à l'échelle locale communautaire et ce, en tenant compte de la variable linguistique. En effet, la langue n'est pas systématiquement considérée dans les études sur la santé, encore moins en santé dentaire. Pourtant, la section précédente a avancé la pertinence d'une exploration approfondie des

besoins chez ce segment de la population. À cela vient s'ajouter le fait qu'une grande majorité des études sur les besoins en santé dentaire au Canada sont réalisées à l'échelle nationale ou provinciale et ne fournissent pas des données ancrées dans la réalité communautaire.

Dans les sections suivantes, j'argumenterai d'avantage la pertinence de réaliser des études qui décrivent ces barrières à l'échelle communautaire et qui prennent compte des variables linguistiques. Cela mènera à la pertinence du choix de la population de l'étude, femmes FSM, ainsi que les trois niveaux d'intelligibilité nécessaires à l'exploration des besoins dans un contexte de vulnérabilité sociale.

### 3.1. Un besoin en études exploratoires contextuelles sur la santé dentaire à Ottawa.

Au Canada, dans un cadre de soins dentaires assumés financièrement en grande partie par les individus, plusieurs études ont tenté de décrire la santé bucco-dentaire et les enjeux financiers qui s'y rapportent chez les personnes démunies. Les recherches sur le sujet se sont principalement concentrées dans les proximités géographiques des facultés dentaires qui se répartissent dans plusieurs provinces du pays, dont deux en Ontario (London et Toronto). Dans ce cadre, les adultes et les personnes âgées à faible revenu ont souvent accès à des services dentaires à coûts réduits dans des cliniques universitaires. Cela offre la possibilité de réduire le fardeau financier ainsi que d'accéder à une riche source d'informations sur la santé dentaire, les traitements possibles et d'autres services offerts dans la communauté. Les Ottavien ont la possibilité d'accéder à de tels services en hygiène dentaire uniquement, vu qu'il n'existe pas de faculté dentaire dans la région. Cela constitue une première particularité prônant pour des études locales.

Sur un autre plan, certaines études en santé dentaire utilisent les enquêtes par appels téléphoniques. Ces dernières pourraient ne pas rejoindre des portions de la population vivant dans la pauvreté. En effet, des données récentes de Santé Canada montrent que les personnes appartenant au quartile de faible revenu optent préférentiellement pour des téléphones portables (Sciadas, 2002; Quiñonez, Fuigueiredo, Azarpazoooh &Locker, 2010); il est donc important de concevoir des études pouvant rejoindre ces groupes.

Quant aux études à l'échelle nationale, l'ECMS (2007-2009) comportait un module sur la santé bucco-dentaire qui a permis d'offrir une riche base de données puisées de plusieurs emplacements du pays; la région d'Ottawa n'en faisait pourtant pas partie. De façon générale, les résultats retenus de cette enquête dépeignent un tableau d'inégalité en santé dentaire et en accès aux soins. En effet, les personnes démunies ont le plus grand besoin en soins et un moindre accès aux services. C'est ce à quoi on peut faire référence par «la règle des soins inversement proportionnels» - *Inverse care law*, une expression introduite par Hart (1971). Les séquelles de l'accès limité aux services sont marquées: 12% des personnes à faible revenu ont dit avoir souffert de douleur dentaire et près de 12% des Canadiens ont déclaré avoir évité de consommer certains aliments à cause de problèmes dentaires et oraux (ECMS, 2007- 2009). Or, les pourcentages globaux varient en observant spécifiquement certains sous-groupes : la fréquence de la douleur augmente chez les personnes à faible revenu (16%), les bénéficiaires d'un régime d'assurance publique (17,8%), les fumeurs (16,9%) et les autochtones (26,8%) par exemple. Il en est de même pour la santé dentaire perçue : 15,5 % des répondants de l'enquête considèrent leur santé dentaire passable ou mauvaise; cette fréquence passe à 24,6% chez les personnes issues de familles à faible revenu ou bénéficiant d'un régime d'assurance dentaire public (37,3%). Il est donc important de réaliser des études spécifiques ciblant ces groupes. De plus, le rapport sur les résultats du module de la santé buccodentaire de l'ECMS avance qu'il est important d'interpréter certaines données de l'enquête nationale avec précaution, en raison notamment de la variabilité de l'échantillon, et du fait qu'il ne tient pas compte des spécificités contextuelles des répondants. Cela représente un argument supplémentaire en faveur d'études locales pouvant élucider les résultats de telles enquêtes à vaste envergure et de les enrichir par des données contextuelles. D'autant plus que les barrières financières aux soins dentaires varient selon les programmes provinciaux et municipaux disponibles à travers le Canada (Quinñonez, Locker, Sherret, Grootendorst, Azarpazhooh & Figueiredo; 2005).

Sur un autre plan, les barrières aux soins dentaires ne se limitent pas aux difficultés financières et dépendent souvent du contexte social et culturel dans lequel les individus se trouvent (Amin & Perez, 2012; Hilton, Stephen, Barker & Weintraub, 2007; Edelstein, 2002). Les connaissances, les croyances culturelles et les compétences linguistiques peuvent constituer des enjeux limitant la satisfaction et le recours aux services selon Amin & Perez

(2012). Ces auteurs avancent alors l'importance d'explorer les barrières aux soins dentaires chez différentes populations, cultures et contextes.

Ce qui appuie la pertinence du choix de la population et de l'approche en recherche discutées dans la section suivante.

### 3.2. Une étude contextuelle communautaire auprès de femmes FSM vivant en contexte de vulnérabilité sociale.

La base de données sur la santé des communautés linguistiques officielles minoritaires au Canada est encore à ses débuts (Chomienne, Kalay, Farmanova, 2011). Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit des effets de la situation linguistique minoritaire sur la santé dentaire.

Parallèlement, le Conseil de planification sociale D'Ottawa (2010) rapporte que, malgré une situation socioéconomique favorable dans l'ensemble, il existe des sous-populations francophones ayant des tendances plus préoccupantes et souvent des risques plus élevés de pauvreté et d'exclusion sociale que le reste de la population. Il s'agit notamment de femmes, d'ainés, de francophones unilingues, d'immigrants et de personnes handicapées. Il a été avancé dans les sections précédentes que ces sous-groupes peuvent ne pas être représentés dans les études à vaste envergure; le partenariat avec un centre pour femmes francophones permettrait d'y remédier et d'en rejoindre plusieurs catégories. En effet, les discussions en français ouvriraient potentiellement la voie de participation aux femmes francophones, surtout celles qui sont unilingues. Les services du centre sont aussi offerts à des femmes de tous âges, canadiennes ainsi qu'immigrantes, pouvant présenter des déficiences physiques ou des problèmes de santé mentale. L'utilisation d'une approche participative permettrait parallèlement d'encourager les échanges et de les ancrer dans la situation particulière des participantes.

D'autre part, bien que la prise en considération des différences de genre dans l'accès aux soins et à la sphère sociale ne constitue pas un objectif principal de l'étude, il est important de noter que les femmes participantes à l'étude peuvent faire face à un contexte précaire particulier. En effet, plusieurs groupes de femmes sont plus susceptibles de vivre dans la pauvreté que le reste de la population. Selon le site de la Fondation Canadienne des femmes ([http://www.canadianwomen.org/fr/Les-faits-a-propos-des-femmes-et-de-la-pauvrete](http://www.canadianwomen.org/fr/Les-faits-a-propos-des-femmes-et-de-la-pauvrete;);

[consulté le 16 Juin 2014] ), il s'agit des femmes autochtones (35%), celles membres d'une minorité visible (26%), ayant une incapacité (26%), les femmes âgées célibataires (14 %) et celles à la tête d'une famille monoparentale (21%, alors que aussi peu que 7 % des hommes à la tête d'une famille monoparentale le sont). La pauvreté ne constitue pas uniquement une barrière financière aux soins chez ces femmes. Ainsi, le site ajoute une considération sur la manière par laquelle la pauvreté peut compromettre la sécurité des femmes et affecter leur exposition aux situations de violence, dans un contexte de différence de pouvoir souvent discriminatoire.

Dans ce cadre, il paraît que la population ciblée fait face à un contexte de vulnérabilité sociale particulier lié au genre, à la situation économique précaire, à l'accès limité à l'emploi, le risque d'exclusion sociale, la trajectoire personnelle et plus globalement à la situation linguistique minoritaire décrite comme pouvant moduler les déterminants sociaux de la santé (Bouchard et coll., 2009). Le groupe ciblé par l'étude n'est donc pas «vulnérable» mais bien «vivant dans un contexte de vulnérabilité. »

La section suivante fait part de la pertinence de cette différence de nomination sur l'objet de l'étude.

### 3.3. Trois niveaux d'intelligibilité pour l'étude des barrières à l'accès aux soins dentaires en contexte de vulnérabilité

Les maladies buccodentaires sont souvent centrées autour de la personne. Elles sont décrites comme multifactorielles et comprenant des «facteurs de risque» individuels comme les habitudes d'hygiène, d'alimentation et de tabagisme. Ce discours responsabilise souvent l'individu de son état de santé dentaire. Les efforts en santé publique tentent de sensibiliser les individus à ces «facteurs de risque» afin qu'ils changent leurs habitudes, qu'ils prennent leur santé dentaire en main et soutiennent un effort continu pour la maintenir et l'améliorer. Or, ces efforts de conscientisation risquent d'échouer s'ils ne rendent pas compte des difficultés économiques et sociales sous-jacentes. Plusieurs études récentes en santé dentaire mettent l'accent sur la trajectoire sociale de pauvreté, d'itinérance, d'insécurité alimentaire, de monoparentalité, de maladie mentale ou de vécu avec le VIH (Muirhead, Quiñonez,

Fuiguiredo & Locker, 2009; Wallace & MacEntee, 2012). Il n'en est pas moins que les personnes concernées y sont souvent désignées comme «vulnérables».

Mes questionnements concernent alors l'utilisation du terme «vulnérable» dans les études sur le sujet: peut-on parler de «personnes vulnérables» en santé dentaire? Les barrières à l'accès aux soins sont-elles liées à des caractéristiques individuelles ou à un contexte social et réglementaire? Il a été avancé plus haut que les enjeux en santé dentaire chez la population ciblée sont étroitement liés à la situation économique précaire, à la situation linguistique minoritaire définissant des barrières linguistiques, à la communication et à la possibilité d'accéder à l'information. La trajectoire individuelle d'itinérance, d'insécurité alimentaire, d'expériences antérieures d'abus ou de problèmes de santé mentale ne peuvent-elles pas modeler les décisions en santé dentaire? Aussi, un état de santé dentaire déplorable ne peut-il pas affecter l'insertion de l'individu dans la sphère de l'emploi et de la société, contribuant ainsi à son enlèvement dans ce même contexte de vulnérabilité?

Dans une perspective sociale, la vulnérabilité est un concept parapluie utilisé de plus en plus fréquemment pour décrire une plage grandissante des membres de la société. Il décrit un contexte lié à la pauvreté et à l'exclusion sociale (Roy, 2008) mais qui s'en distingue par des caractéristiques propres détaillées dans le chapitre suivant. Nous retenons pour le moment la nécessité d'explorer trois niveaux d'intelligibilité proposés par Delor et Hubert (2000) dans le but de comprendre les décisions en santé prises par des personnes vivant dans un contexte de vulnérabilité. Il s'agit: a) du contexte social normatif dans lequel ces personnes se retrouvent; b) de leur trajectoire de vie individuelle; c) de l'interaction de celle-ci avec d'autres trajectoires. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'objectif principal de cette étude, il paraît que l'exploration des barrières à l'accès aux soins dentaires chez le groupe ciblé ne peut se faire sans toucher à ces trois dimensions d'intelligibilité.

En conclusion, mon étude part de questionnements sur les difficultés que peuvent rencontrer des individus, justement décrits comme étant «vulnérables» ou «à risque», dans leur quête d'informations et de services nécessaires en santé dentaire et de décrire ces barrières selon les perceptions des participantes en mettant l'accent sur l'interaction de leur trajectoire avec d'autres dans un contexte social normatif particulier. Partant de la conviction que dans toute interaction professionnelle, l'autre a une expérience que je n'ai pas (St-Arnaud, 2003), je

m'intéresse à décrire ces enjeux dans une perspective participative et personnalisée, se centrant sur les femmes concernées.

## II- LES QUESTIONS DE RECHERCHE

L'étude se base sur les axes de la problématique décrits précédemment et s'intéresse à explorer les questionnements qui en émanent, notamment :

- Quelles sont les perceptions de femmes FSM clientes du centre partenaire à Ottawa à l'égard de leurs expériences en santé dentaire?
- Comment décrivent-elles les difficultés auxquelles elles font face dans l'accès aux soins dentaires? Quelles solutions proposent-elles pour y faire face?
- Est-ce que les difficultés rencontrées sont liées à des trajectoires individuelles ou sont-elles modulées par l'interaction avec le réseau social dans un contexte normatif particulier?

## III- LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif principal de la recherche serait donc de répondre aux questions précédentes, soit de décrire, du point de vue des participantes, les perceptions et les besoins en santé dentaire chez des femmes FSM vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale à Ottawa.

L'approche préconisée est participative, personnalisée et prolongée permettant l'émergence de concepts ancrés dans le vécu.

Plusieurs objectifs secondaires se déclinent de cet objectif principal:

- Assurer des conditions permettant les discussions en français autour de thèmes choisis par les femmes.
- Utiliser des méthodes permettant la prise de pouvoir par les participantes en tant que co-chercheuses à la recherche ainsi que la démocratisation des savoirs partagés.
- Situer les perceptions et les besoins en santé dentaire des participantes autour des trois niveaux d'intelligibilité du contexte de vulnérabilité qui les encadre.

- Proposer des pistes futures pour les études sur la santé dentaire en contexte de vulnérabilité et pour la prise en charge de la santé dentaire dans un cadre communautaire.

#### IV- PERTINENCE ET RETOMBÉES

La recherche permettra de décrire la construction du discours soutenu par les femmes participantes quant à leur santé dentaire, au fur et à mesure de l'avancement de l'étude, et de réfléchir sur les difficultés auxquelles elles font face, ainsi que les solutions possibles. Cela est utile afin de concevoir des interventions personnalisées, adaptées aux besoins, et s'ancrant sur des solutions proposées par elles. Cela permettra aussi de développer des stratégies visant à les orienter vers les services disponibles ou les accompagner dans leur démarche de prise de décision en ce qui a trait à leur santé dentaire.

D'autre part, leur participation aux étapes d'analyse et de présentation des données peut ouvrir la voie vers des démarches plus poussées de conscientisation sur le potentiel de prise de pouvoir et d'appropriation du processus de recherche. L'exploration au-delà de leurs savoirs actuels permettrait potentiellement à ces femmes d'être plus présentes dans l'évaluation et la mise en place des stratégies d'intervention en santé dentaire qui les concernent, et ce à l'échelle communautaire.

La recherche s'inscrit dans le cadre de l'éducation populaire, sous-tendue par le procédé « voir, comprendre, agir » (Maurel, 2011). Ainsi, la compréhension s'appuie sur l'observation à partir du point de vue conjoint des acteurs et du chercheur, pour s'orienter ensuite à l'action. Le processus de la recherche permettra d'établir un lien avec la population ciblée afin de tenter d'élaborer conjointement des prémisses de changement visant à surmonter les barrières perçues aux soins dentaires dans une perspective ascendante.

## CHAPITRE 2 - RECENSION DES ÉCRITS

### *Des concepts choisis autour des axes de la problématique*

Au début de l'étude, les questionnements se basaient principalement sur les barrières à l'accès, tant aux informations qu'aux services, en santé dentaire, chez les femmes FSM participantes à l'étude. Une première revue de la littérature avait donc pour but d'établir un cadre conceptuel sur lequel se centrerait la recherche et qui guiderait l'élaboration de ses outils, en particulier le guide d'entretien. L'exploration des modèles décrivant les barrières à l'accès en santé a permis de retenir des concepts pertinents pour l'étude dans chaque modèle, puis de choisir celui qui paraissait le plus adéquat pour répondre à mes questionnements de départ: le modèle des barrières à l'accès aux services de santé (*Health Care Access Barrier model*, dorénavant *HCAB*). J'ai ensuite cherché à situer les principales barrières à l'accès aux soins dentaires au Canada par rapport à ce modèle en synthétisant des écrits sur le sujet.

En deuxième lieu, il s'agissait d'examiner le contexte particulier des participantes, soit celui de la situation linguistique minoritaire et de la vulnérabilité sociale. À ce point, certaines composantes liées au contexte social semblaient se démarquer du modèle HCAB. Cette tendance s'est affirmée au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, ce qui à son tour impliquait un approfondissement des lectures sur les thématiques émergentes ainsi qu'une réflexion sur l'interaction entre les différents types de barrières à l'accès aux soins dentaires. Ce n'est que vers le début de la phase d'analyse finale et de la préparation à la rédaction de la thèse que ces concepts émergents ont paru s'identifier à la théorie de la complexité. Les trois niveaux d'intelligibilité du contexte de vulnérabilité sociale (Delor et Hubert, 2000), soit la trajectoire sociale, l'intersection de plusieurs trajectoires et le contexte social dans lequel elles s'inscrivent, affectent les décisions en santé dentaire et modulent l'accès aux soins de manière complexe et dynamique. Cette section nécessitera une revue supplémentaire de la littérature et une discussion des résultats sous la lentille de la complexité qui seront détaillées dans le chapitre 5.

## I- DES MODÈLES THÉORIQUES SUR LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Une première considération des écrits avait pour objectif d'explorer le cadre théorique de la recherche sur l'accès aux services en santé afin de rassembler des concepts pertinents aidant à la conception des outils de la recherche, notamment le guide d'entrevue et de situer la présente étude afin de souligner sa pertinence.

L'accès aux soins est un concept assez large, peu précisé et encadré par de multiples théories. Dans leur étude critique des systèmes de soins, Dupéré, Hamelin-Brabant et Perry (2010) avancent que : « l'accès peut être saisi à travers deux notions principales : l'accès potentiel, et l'accès réalisé » (p.261). Les auteures citent Lombrail (2000) pour spécifier que « l'accès potentiel » est constitué par une offre de services qui ne garantit pas l'utilisation actuelle du service et la continuité des soins. Ces derniers constituent « l'accès réalisé », qui se décline en « accès primaire » (« l'entrée dans le service et le degré de son utilisation »), ainsi qu'« un accès secondaire », qui décrit la manière dont le service se déroule (« la continuité des soins; la coordination des soins et la globalité des soins »).

Cette distinction s'avère importante en santé dentaire puisqu'il existe une inégalité dans l'accès potentiel (les programmes d'assurance publique), décelable avant même d'examiner l'accès réalisé. Il existe ainsi deux niveaux de barrières à considérer: le premier niveau, en lien avec l'accès potentiel, semble un préliminaire à l'exploration du second, soit l'accès réalisé. Ainsi, certaines participantes à l'étude font face à des barrières liées à l'accès potentiel. Elles n'ont pas accès à des assurances publiques et doivent défrayer les soins de leur poche, surtout qu'elles sont aussi sans emploi. D'autres participantes profitent d'une assurance du régime public (POSPH) constituant un accès potentiel. L'exploration de l'objet de l'étude chez ces deux catégories de participantes examinera alors l'accès réalisé primaire et secondaire, en absence et en présence d'accès potentiel, de manière comparative mettant en évidence l'impact des barrières financières dans les deux cas de figure.

D'autre part, les définitions de l'accès aux soins sont souvent modulées par les préoccupations des recherches en système de santé et de leurs objectifs. Ainsi, différentes définitions répondent à des problématiques différentes comme la disponibilité des

professionnels en santé, la satisfaction envers les services, la sous-utilisation, la sur-utilisation ou l'efficacité des services; cela entrave la possibilité de comparer les études et de guider les prises de décisions (Karikari-Martin, 2010; Ricketts & Goldsmith, 2005). Dans ce qui suit, je survolerai certains modèles où des éléments ont été puisés pour guider la revue de la littérature et la conceptualisation du projet. Les concepts retenus (C.R.) sont indiqués pour chaque section.

### 1. Le modèle Penchansky:

Il se base sur l'évaluation de la satisfaction des individus. L'accès est considéré comme une adéquation (*fit*) entre le client et le système de santé (Penchansky et Thomas, 1981). Il définit cinq champs permettant d'explorer la satisfaction du client eu égard de: la disponibilité (*availability*), l'accessibilité (*accessibility*), l'accommodement (*accomodation*), l'abordabilité (*affordability*) et l'acceptabilité (*acceptability*). Le tableau 1 (ici-bas) est une adaptation de l'article de Penchansky et Thomas (1981) qui spécifie ces dimensions et les questions qu'elles posent quant à la satisfaction du client.

Tableau 1 : Questions explorant la satisfaction selon les composantes du modèle Penchansky [traduction libre de l'anglais]

Dimension de l'accès	Questions
<p>DISPONIBILITÉ</p> <p><i>La relation entre le volume et le type de services et ressources existants avec le volume et le type de besoins des clients</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant, tout compte fait, de recevoir de bons soins médicaux pour vous et votre famille quand vous en avez besoin?</li> <li>2. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de votre capacité de trouver un bon médecin pour soigner toute la famille?</li> <li>3. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de vos connaissances concernant les lieux où vous pouvez recevoir des soins?</li> <li>4. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de votre capacité à recevoir des soins en cas d'urgence?</li> </ol>
<p>ACCESSIBILITÉ</p> <p><i>La relation entre le lieu des services et celui des clients en prenant en compte des possibilités de transport, la durée, la distance et le coût du voyage</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de la commodité du bureau de votre médecin par rapport à votre domicile?</li> <li>6. Jusqu'à quel point est-ce difficile pour vous de vous rendre chez votre médecin?</li> </ol>

<p>ACCOMODEMENT</p> <p><i>La relation entre l'organisation des services (les rendez-vous, les heures de bureau, rencontres sans rendez-vous, services téléphoniques) et la perception du patient eu égard cette organisation et sa possibilité de s'y adapter.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de la durée d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous?</li> <li>8. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de la commodité des heures de bureau de votre médecin?</li> <li>9. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du temps passé dans la salle d'attente?</li> <li>10. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de la facilité avec laquelle vous pouvez entrer en contact avec votre médecin?</li> </ol>
<p>ABORDABILITÉ</p> <p><i>La relation entre les prix des services et les assurances ou les dépôts requis avec le revenu du client, sa capacité de payer, son assurance santé. La perception du patient du rapport qualité des soins/coûts. Les connaissances des prix, du coût total et des possibilités de paiements.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de votre assurance de santé?</li> <li>12. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait des prix de votre médecin?</li> <li>13. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du délai requis pour payer votre facture?</li> </ol>
<p>ACCEPTABILITÉ</p> <p><i>La relation entre les attitudes du client envers le personnel et les pratiques des professionnels aux caractéristiques actuelles de ces professionnels et leur attitudes eu égard des caractéristiques des patients qu'ils considèrent comme acceptables</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait de l'apparence du bureau de votre médecin?</li> <li>15. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait du quartier dans lequel se trouve le bureau du médecin?</li> <li>16. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait des autres patients que vous rencontrez d'habitude au bureau du médecin?</li> </ol>

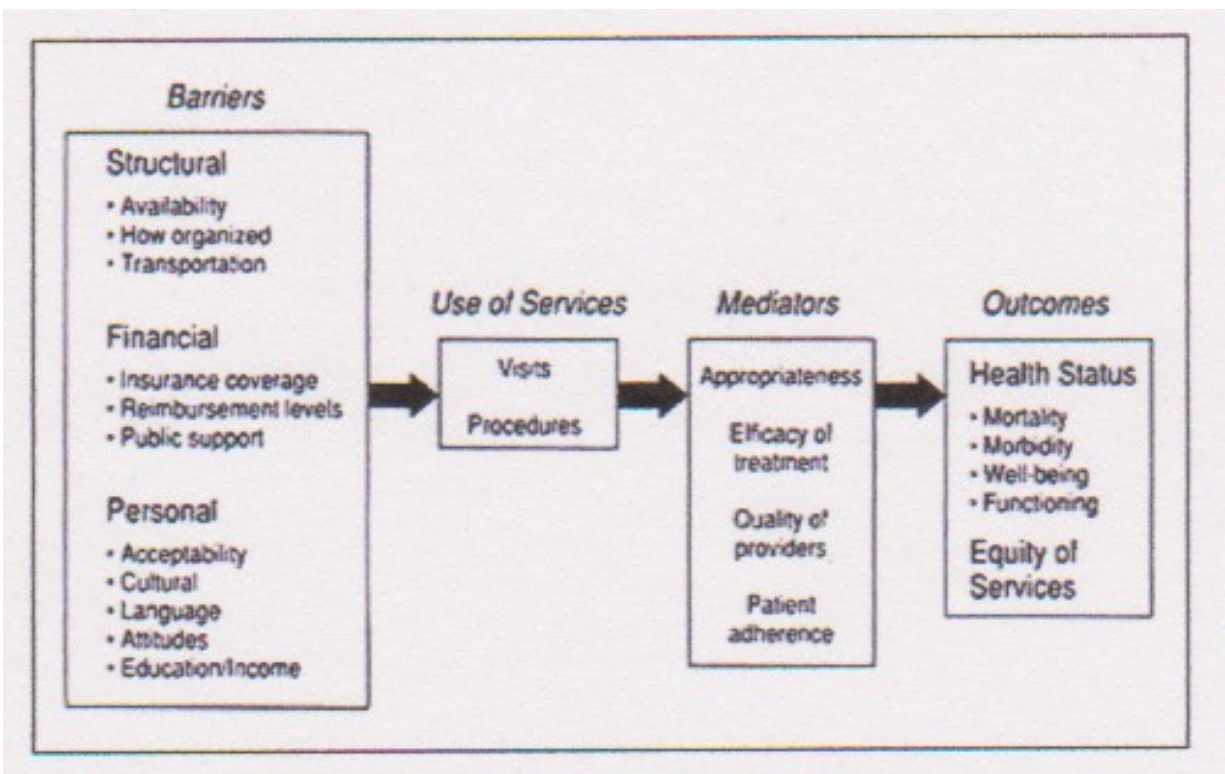
Une force de ce modèle est qu'il permet de décrire les perceptions de manière subjective. Il permet aussi de déterminer si des composantes revêtent une importance particulière chez la population examinée (Karikari-Martin, 2011). Pourtant, le tableau 1 montre que les définitions des composantes peuvent s'enchevêtrer et sont parfois difficiles à distinguer; dans certaines études, les composantes sont ainsi réduites à trois ou même à une seule.

C.R. : Je retiens de ce modèle qu'il serait utile d'explorer les perceptions subjectives de la satisfaction des femmes par rapport aux services en prenant compte des cinq composantes décrites ci-dessus. Les questions pertinentes au cadre de l'étude dans le tableau 1 peuvent être explorées plus en détail lors de la collecte de données.

## 2. Le modèle de l'Institut de Médecine (Institute of Medicine)

Le modèle de l'Institut de Médecine (Figure 1, ici-bas) permet une mesure objective des conséquences des barrières aux soins sous deux formes: des mesures de l'état de santé (mortalité, morbidité, fonctionnement, bien-être) et des mesures de l'équité des services (tous les individus reçoivent facilement des services adéquats). Ces mesures sont des conséquences linéaires de barrières décrites comme financières, structurelles et personnelles. Les deux premiers types de barrières rejoignent les notions d'abordabilité, d'accommodement et d'accessibilité du modèle précédent. Un passage intermédiaire se fait par l'expérience d'utilisation des services (les visites, les procédures) et certains médiateurs (efficacité des traitements, adhérence du patient au traitement, qualité des professionnels). Ces derniers rejoignent les dimensions d'acceptabilité et de disponibilité du modèle Penchansky.

*FIGURE 1 : le modèle de l'Institut de Médecine (IOM) extrait de Karikari- Martin, 2011*



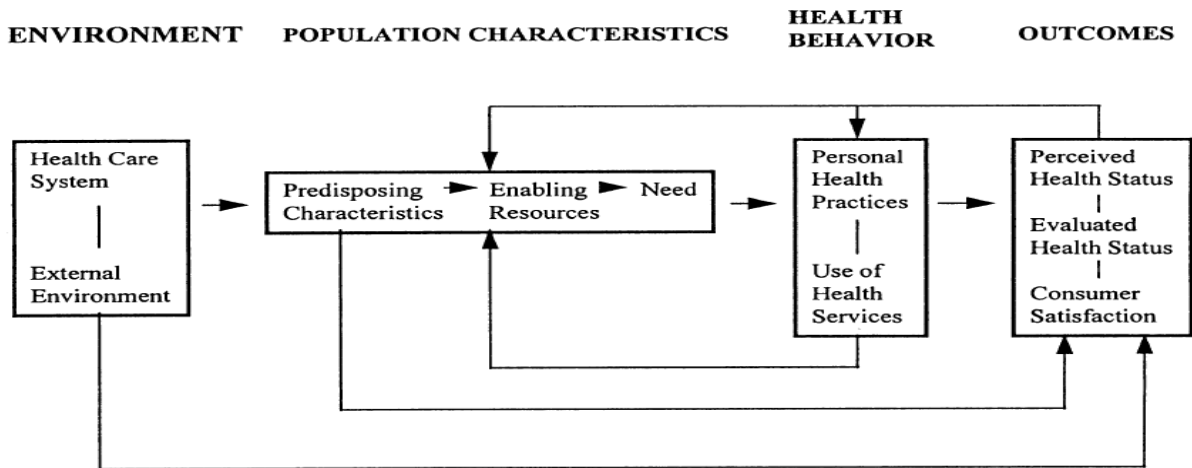
C.R. : Le but de mon étude étant de tracer un tableau des perceptions subjectives des femmes et non de réaliser des mesures objectives de l'état de santé, je retiens de ce modèle que :

- Il serait utile de décliner les barrières aux soins en différentes catégories afin de les explorer de manière plus systématique. Certaines catégories possibles sont des barrières financières, structurales et personnelles.
- Il est utile d'explorer la narration des expériences antérieures des femmes avec les services de santé (utilisation, visites, procédure, adhérence) au-delà de l'expression de leur satisfaction.

### 3. Le modèle comportemental d'Andersen modifié

Ce modèle compréhensif décrit, dans un cadre environnemental externe et des systèmes de santé différents, des facteurs *prédisposant* (âge, genre, ethnicité, éducation, historique de prédisposition aux maladies, etc.), *favorisant* (assurance, emploi, support) qui influent les pratiques et l'utilisation des services ainsi que *le besoin* (perçu et évalué) et la satisfaction du patient. Ces derniers agissent rétroactivement sur les décisions et pratiques ainsi que sur le premier niveau de facteurs prédisposant, favorisant et les besoins (Figure 2).

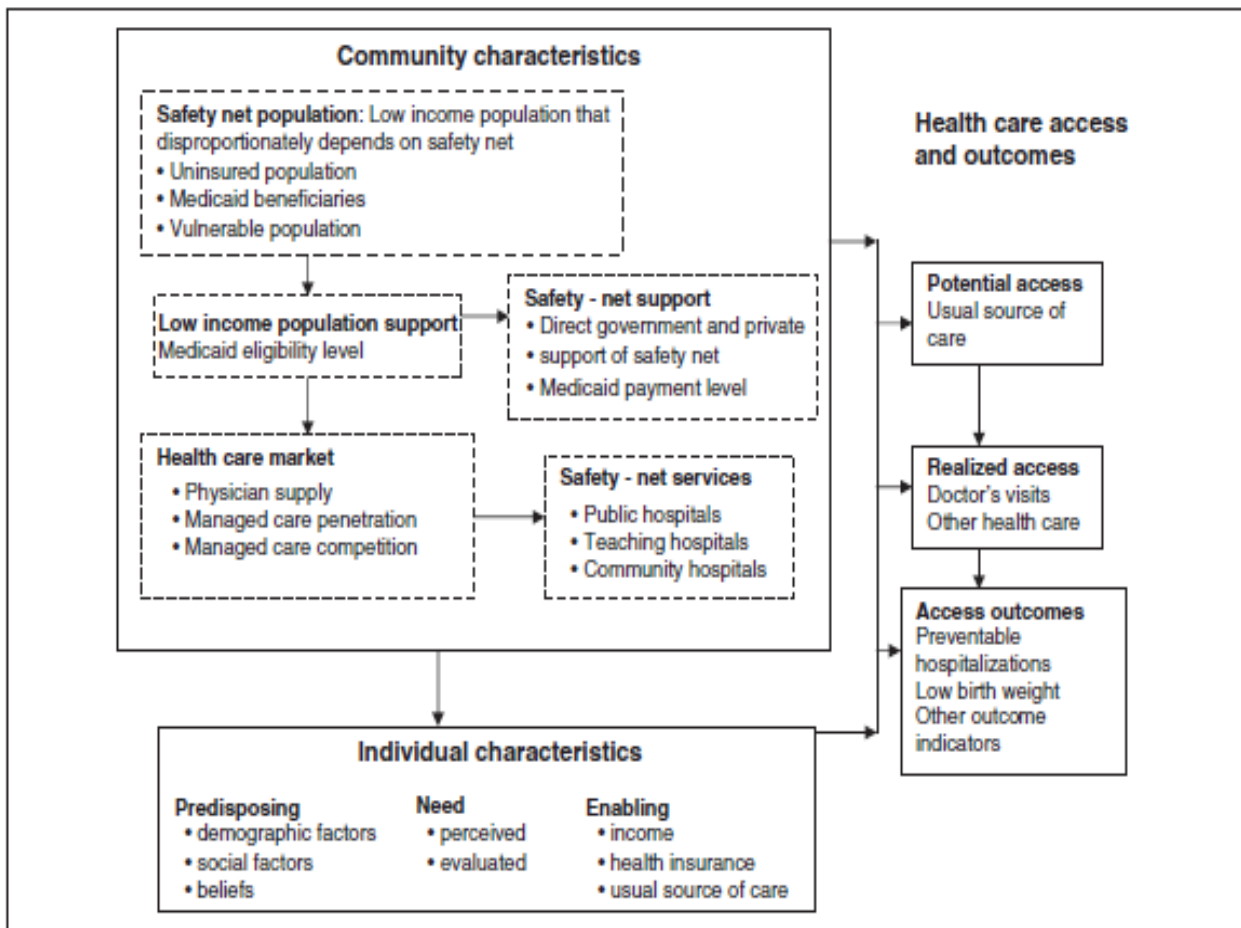
FIGURE 2 : le modèle comportemental d'Andersen modifié, phase 4 (extrait d'Andersen, 1995)



Une version récente du modèle (Figure 3, ici-bas) vise à mesurer la manière dont les caractéristiques individuelles et communautaires influent sur l'accès de manière différente chez les personnes assurées ou non (Davidson, Andersen & Brown, 2004). L'introduction des caractéristiques communautaires est très intéressante, car elle permet de rendre compte de

l'influence du réseau social et du support communautaire. En plus, nous retrouvons la distinction entre les notions d'accès potentiel et d'accès réalisé, citées précédemment.

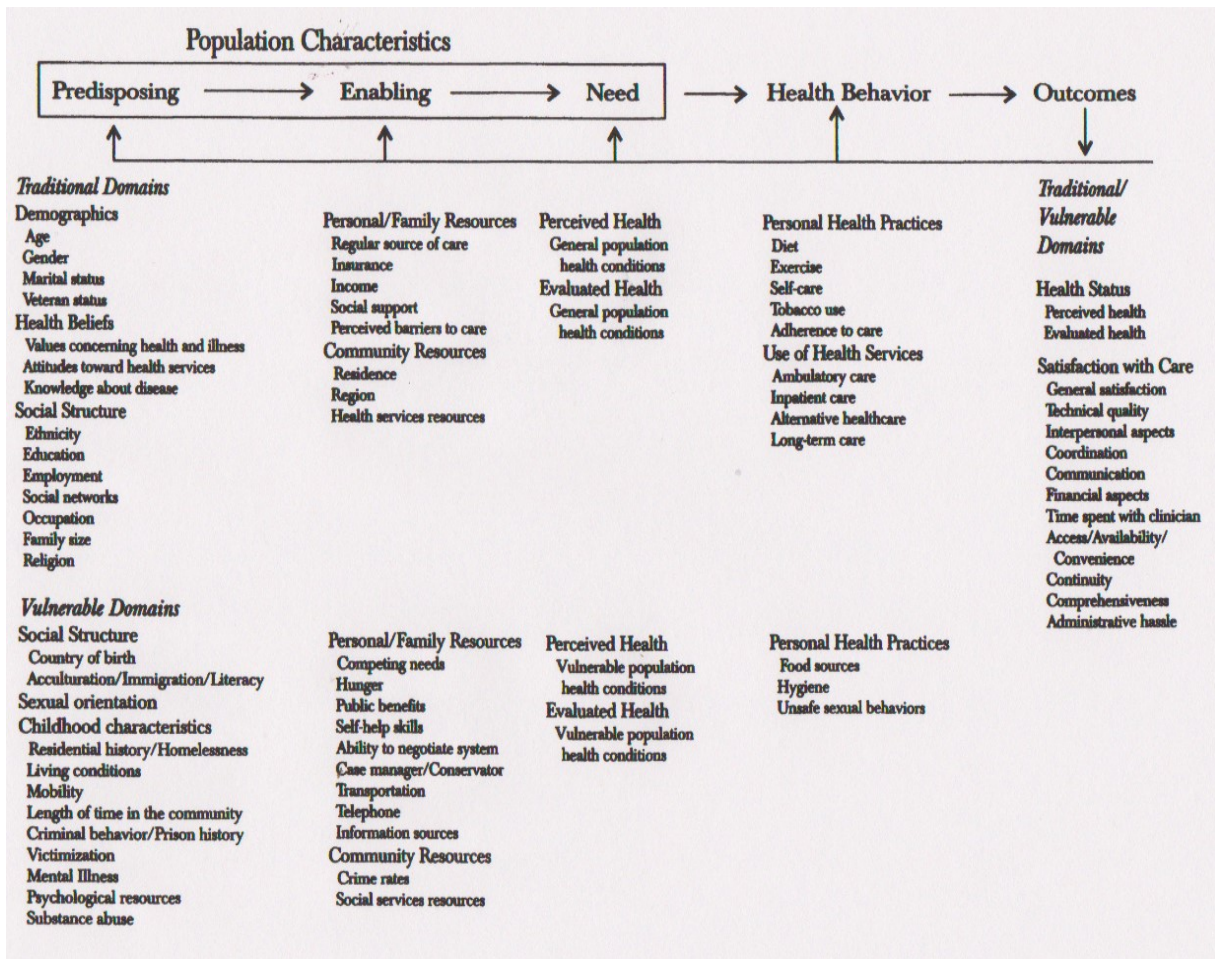
*FIGURE 3 : Cadre conceptuel examinant l'effet des caractéristiques communautaires sur l'accès aux soins (extrait de Davidson, Andersen, Wyn & Brown, 2004)*



Une variation du modèle d'Andersen (Figure 4, ici-bas) se veut plus particulièrement adaptée aux populations «vulnérables» puisque, selon les auteurs, les mêmes facteurs qui peuvent rendre des personnes vulnérables, peuvent aussi affecter leur état de santé et leur utilisation des services (Gelberg, Andersen & Leake, 2000). Des composantes du modèle comme: les facteurs prédisposant (*predisposing*), favorisant (*enabling*) et les besoins (*needs*) sont adaptées en ajoutant des caractéristiques pertinentes au contexte dans lequel vivent ces personnes. Les facteurs prédisposant comprennent alors: les conditions de vie, les expériences de l'enfance, le statut de résidence, le logement, la maladie mentale, les

ressources psychologiques (estime de soi, adaptation, etc.), la victimisation ou l'utilisation de drogues. Quant aux facteurs favorisant, ils comprennent: les ressources communautaires, le réseau social de famille et d'amis, les besoins contradictoires ou les sources d'information. Finalement les besoins spécifiques aux populations «vulnérables» s'expriment en termes de conditions particulièrement pertinentes comme les maladies transmises sexuellement.

*FIGURE 4: Modèle comportemental adapté aux populations vulnérables (extrait de Gelberg, Andersen & Leake, 2000)*



C.R. : Les différentes versions du modèle comportemental d'Andersen introduisent les concepts de :

- L'importance des caractéristiques communautaires qui peuvent influencer les décisions des individus et offrir du support.

- La différence entre les besoins évalués et ceux perçus, ou encore la santé normative et la santé perçue, pouvant influencer les pratiques en santé ainsi que l'utilisation des services.
- Certains facteurs ou barrières aux soins sont modifiables (le revenu par exemple) alors que d'autres ne le sont pas (les prédispositions génétiques ou l'âge par exemple)
- La possibilité que les modèles théoriques ne décrivent pas des réalités spécifiques et la nécessité d'adapter leurs dimensions à ces contextes particuliers, comme la vulnérabilité, afin qu'ils puissent encadrer de manière plus fidèle l'exploration des enjeux et la présentation des résultats.

#### 4. Le modèle: Barrières à l'accès en soins de santé (*Health Care Access Barrier- HCAB*)

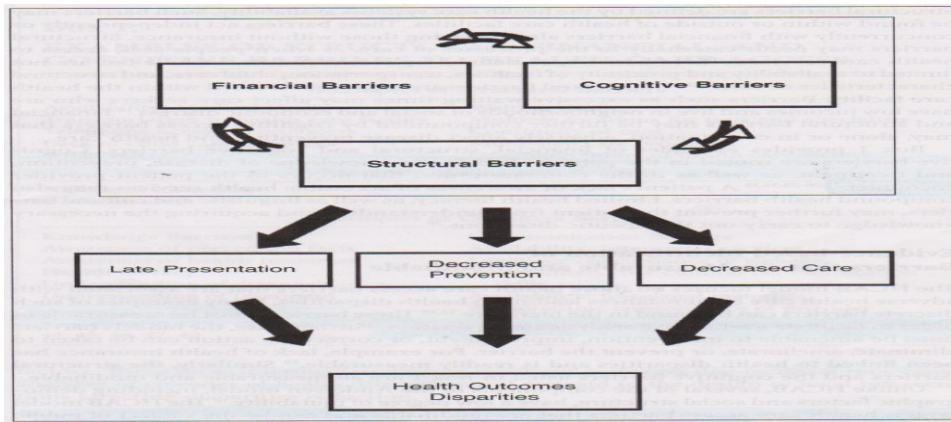
Le modèle HCAB cible des barrières mesurables et modifiables. Il est donc particulièrement utile dans la planification des interventions communautaires, sans pour autant être exhaustif. Il paraît adapté à l'étude puisqu'il permet d'élaborer des questions semi-dirigées autour des difficultés rencontrées et des solutions proposées pour y remédier. Afin de pallier à certaines dimensions contextuelles que le modèle ne spécifie pas, des sections peuvent être ajoutées au guide d'entrevue en se basant sur les C.R. puisés dans d'autres modèles (comme les besoins perçus, les expériences passées ou la satisfaction par rapport aux soins). Un deuxième outil de recherche (ateliers participatifs en groupe) peut aussi être conçu de manière à permettre l'émergence de thématiques ancrées dans le vécu des participantes selon leurs motivations et attentes, plutôt que dans un cadre théorique ou conceptuel préétabli.

Les auteurs (Carillo, J., Carillo, V., Perez, Salas-Lopez, Natale-Pereira et Byron, 2011) décrivent le modèle HCAB comme étant particulièrement utile dans la conception d'études ou d'interventions communautaires visant à décrire ou à réduire les disparités et l'iniquité en santé. À l'inverse de modèles plus élaborés comme le modèle d'Andersen, adaptés selon les auteurs aux enquêtes nationales et plutôt centrés sur l'individu, le HCAB définit les barrières à l'accès comme unités d'analyse. Il permet de classifier ces barrières, ainsi que les variables intermédiaires qui en résultent afin de les cibler et de tenter de les modifier.

Le modèle se décline ainsi en trois catégories de barrières modifiables qui s'influencent mutuellement: les barrières financières, structurales et cognitives, associées à des variables

appelées indicateurs intermédiaires (I.I.): une prévention réduite, un traitement réduit et une consultation tardive. La présence de ces indicateurs décèle la présence de barrières et affecte l'état de santé et les disparités en santé (Figure 5).

*FIGURE 5: Le modèle des barrières à l'accès aux soins de santé (modèle HCAB extrait de Carrillo, Carrillo, Perez, Salas-Lopez, Natale-Pereira & Byron, 2011).*



Les auteurs proposent aussi des exemples illustratifs des différentes catégories, utiles pour la réflexion sur les sous-thèmes à explorer (lignes directrices ou *probes*) dans un guide d'entrevue (Tableau 2, ici-bas). Nous voyons alors que ces barrières peuvent englober la majorité des barrières exprimées dans le modèle IOM (financières, structurales et personnelles) ainsi que les cinq composantes du modèle Penchansky (disponibilité, abordabilité, accommodement, accessibilité, acceptabilité).

*TABLEAU 2 : Exemples de barrières à l'accès aux soins de santé selon le modèle HCAB (extrait de Carrillo, Carrillo, Perez, Salas-Lopez, Natale-Pereira & Byron, 2011)*

<b>Box 1.</b>	
<b>EXAMPLES OF STRUCTURAL, FINANCIAL, AND COGNITIVE BARRIERS TO HEALTH CARE ACCESS</b>	
<b>Examples of Structural Barriers</b>	
Availability: Medical Home	Waiting time
Transportation to health care facility	Multiple locations for tests and specialists
Telephone access to providers	Continuity of care
Lack of child care resources	Multi-step care processes
Street safety	Operating hours of health care facility
<b>Examples of Financial Barriers</b>	
No health insurance	
Underinsured	
<b>Examples of Cognitive Barriers</b>	
<b>Knowledge Barriers</b>	<b>Communication Barriers</b>
Awareness of prevention facts	Availability: interpreter services
Awareness of health resources	Language concordance of signage
Health literacy	Availability: cross-cultural communication skills
Understanding of diagnosis	Availability: translated materials
Understanding of treatment	Racial/ethnic concordance of provider
Sources, as listed in the Notes at the end of this paper: 19, 21, 28, 29, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48.	

Les limites du modèle sont principalement liées à sa linéarité. Mon étude étant descriptive et visant à rendre compte des perceptions des participantes eu égard des barrières à l'accès, le modèle HCAB sera adopté comme base pour une lecture guidée des écrits et l'élaboration initiale du guide d'entrevue, quitte à puiser aussi dans les dimensions des autres modèles (Tableau 3 ici-bas, illustré par la figure 6) et d'utiliser une représentation différente pour l'exposition des résultats.

### 5. Les principaux concepts retenus des modèles examinés

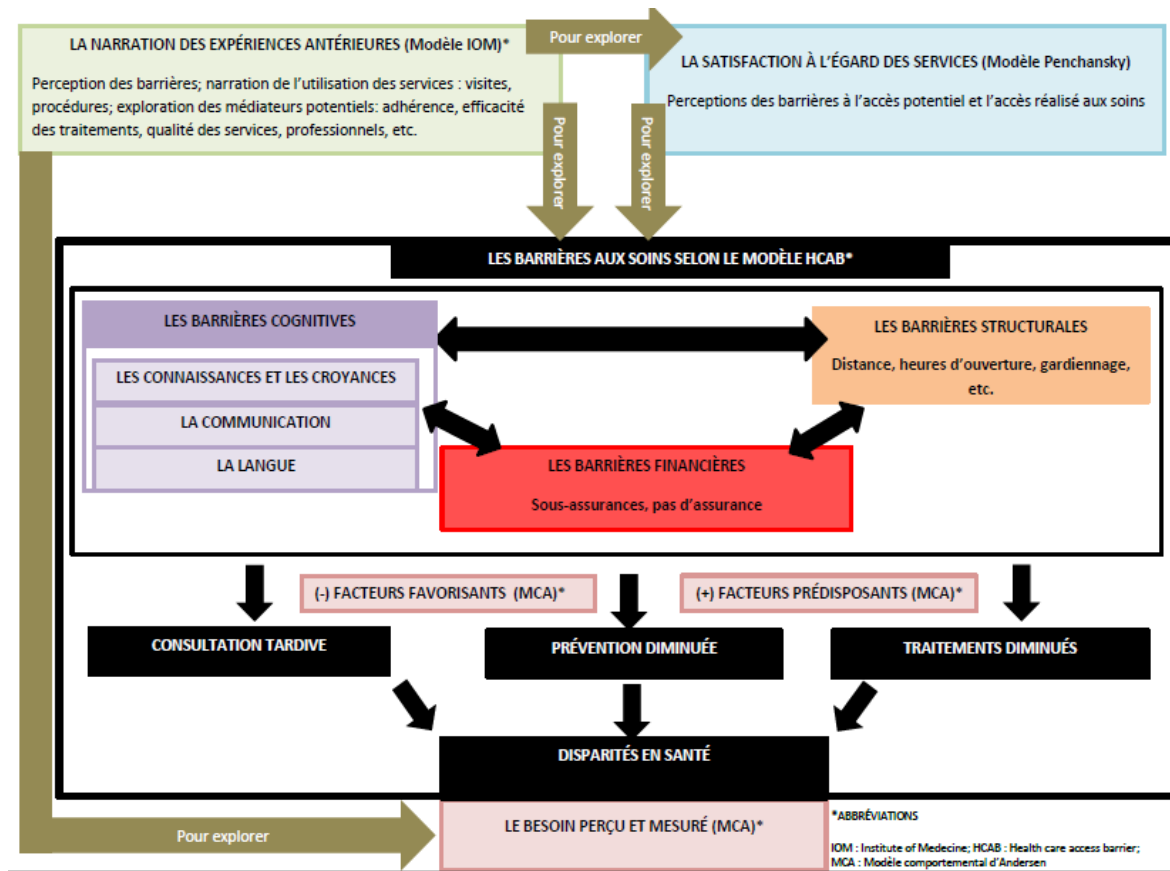
Les principaux concepts retenus pour mon étude après le survol des modèles théoriques sur l'accès aux soins se résument ainsi:

*TABLEAU 3: les concepts retenus des modèles théoriques examinés*

Concepts retenus	Modèle référence
Explorer les perceptions subjectives des femmes sur leur satisfaction par rapport aux services et aux professionnels de la santé.	Le modèle Penchansky
Viser une narration des expériences antérieures : les visites, les procédures, l'efficacité des traitements, la qualité des services, les professionnels, l'adhérence du patient et l'état de santé perçu.	Le modèle IOB
Explorer les perceptions sur le besoin en soins et les perceptions de l'état de santé  Chercher à adapter les composantes des modèles selon les caractéristiques particulières des participantes et prendre en considération les caractéristiques communautaires, ainsi que le contexte de vulnérabilité.	Versions du modèle comportemental d'Andersen
Explorer les barrières financières, structurales et cognitives.  Suspecter la présence de telles barrières si des variables intermédiaires de prévention diminuée, de traitement diminué ou de consultation tardive sont exprimées lors de la narration des expériences antérieures  Les barrières étant majoritairement modifiables, demander aux femmes de proposer des solutions aux difficultés rencontrées.	Le modèle HCAB

L'illustration de l'ensemble de ces C.R. (Figure 6, ici-bas) montre l'importance de se baser sur les narrations des expériences antérieures afin d'explorer l'utilisation des services, la satisfaction à l'égard des soins, la santé perçue et les barrières à l'accès aux soins. La présence de ces dernières peut être décelée par la narration de la fréquence et du motif des consultations (les indicateurs intermédiaires: consultation tardive, prévention et traitements diminués). La présence ou l'absence de ces barrières peut aussi agir comme facteur favorisant ou prédisposant à une disparité dans l'état de santé. Cette dernière est à son tour explorable par la narration des expériences (santé perçue) mais peut aussi être mesurée (santé normative).

*FIGURE 6 : Illustration graphique des concepts retenus*



Ainsi, dans les deux sections suivantes, je tenterai de cadrer la revue de la littérature sur les barrières à l'accès en santé dentaire ainsi qu'en santé des FSM autour des concepts retenus par les modèles théoriques, pour finir par une synthèse critique de ces écrits montrant la pertinence de la présente étude.

## II- DES ÉCRITS SPÉCIFIQUES AUX BARRIÈRES À L'ACCÈS EN SANTÉ DENTAIRE.

Les barrières à l'accès aux soins dentaires au Canada s'inscrivent principalement dans la catégorie des barrières financières. En effet, les résultats de l'ECMS (2007-2009) montrent que les personnes à faible revenu présentent un mauvais état de santé dentaire, déclarent plus souvent éviter de manger certains aliments ou avoir perdu des journées de travail à la suite de douleurs dentaires, présentent plus de maladies non traitées, visitent moins le dentiste et ont plus tendance à refuser les traitements recommandés. Mais les barrières aux soins dentaires ne se limitent pas uniquement à des difficultés financières. Dans ce qui suit, des études sur le sujet seront présentées afin de relever les principaux concepts à retenir pour la collecte et l'analyse des données. Elle sera suivie par une synthèse critique permettant d'identifier les bénéfices que pourraient apporter la présente étude à l'avancement des connaissances.

Les concepts seront présentés selon les catégories du modèle HCAB: *barrières financières* (B.F.), *structurales* (B.S.), *cognitives* (B.C.), les indicateurs intermédiaires (I.I.): *prévention diminuée*, *traitement diminué* et *consultation tardive*, ainsi que les études sur *l'iniquité et la disparité en santé dentaire*. Si des concepts semblent ne pas s'insérer dans les composantes du modèle, elles seront classées dans une catégorie à part nommée: *Autres catégories*.

### 1. Les barrières financières (B.F.)

Puisque les soins dentaires ne sont pas universels au Canada, une revue des études examinant les effets des difficultés financières sur l'accès aux soins dentaires permet de relever un cadre conceptuel robuste lié au nombre des auteurs qui s'y sont attardés. Pourtant, la majorité des études a tenté d'examiner les barrières à l'accès potentiel aux services, notamment, les programmes publics disponibles et les failles qui y résident, ainsi que les opinions des professionnels et des usagers en ce qui concerne la manière dont ces services publics devraient être administrés. Les principaux C.R. qui sont d'une pertinence particulière à cette étude sont les suivants:

1.1. Trois façons d'accéder aux soins: L'accès potentiel des Canadiens aux soins dentaires relève de trois conditions principales: a) être éligibles à des assurances dentaires publiques (6% de la population peuvent profiter de cet accès potentiel), b)

avoir des assurances privées et des prestations dentaires reliées à l'emploi (62%) ou c) payer les coûts directement de leurs poches (32%) (ECMS, 2007-2009).

1.2. Les groupes qui doivent payer la totalité des soins de leurs poches : Plusieurs sous-groupes de personnes n'ayant pas d'accès potentiel aux soins dentaires peuvent être identifiés (Sadeghi, Manson & Quiñonez, 2012), décrivant ainsi une faille dans le système: ce sont des employés pauvres (*working poor*) qui n'ont pas accès aux programmes publics et qui ont rarement des emplois comprenant des assurances dentaires (Quiñonez, Gibson, Jokovic & Locker, 2009; Quiñonez & Fuigereido, 2010; Quiñonez & Grootendorst, 2011; Ramraj & Quiñonez, 2013; Ramraj, Sadeghi, Lawrence, Dempster & Quiñonez, 2013). Il peut aussi s'agir de personnes qui ont perdu les bénéfices liés à l'emploi en passant au chômage ou à la retraite. Selon Muirhead, Quiñonez, Figueiredo & Locker (2009), les difficultés financières chez cette catégorie non assurée créent une compétition entre les coûts des soins et des besoins vitaux, soit des conflits de priorité (nourriture, vêtements, logement...). Les coûts des traitements peuvent aussi engendrer des dettes. Comme conséquence, les personnes à faible revenu et leurs enfants consultent moins le dentiste que les personnes assurées (Allison, Allington & Stern, 2004; Sadeghi, Manson & Quiñonez, 2012).

1.3. Des programmes publics fragmentés : En Ontario, certains programmes provinciaux assurent des soins de base aux enfants issus de famille à faible revenu (comme le programme Beaux sourires Ontario) ou aux enfants dont les parents bénéficient du programme Ontario au Travail et du POSPH. Des soins d'urgence peuvent être disponibles aux adultes ne possédant pas d'emploi (Ontario au Travail) et des soins de base à des personnes sont offerts aux personnes vivant dans une situation de déficience physique ou mentale les empêchant de travailler (POSPH). De manière générale, il s'agit d'une sous-assurance, d'autant plus que ces programmes sont fragmentés, ne couvrent que des soins de base ou d'urgence, varient entre les municipalités et dépendent de la discrétion du département de services sociaux. Des études et des rapports récents par divers acteurs en santé publique et communautaire dénoncent cette fragmentation et prônent pour des programmes unifiés, ne comprenant pas de failles et assurant une continuité de soins (e.g. Ito, 2011; le

rapport : « *Putting our money where our mouth is : the future of dental care in Canada* », 2011; le rapport « *Oral health more than cavities. A report by Ontario's Chief medical officer of health* », 2012; le rapport: «*Staying ahead of the curve: A unified public oral health program for Ontario?*», 2012). En effet, je pense que cette fragmentation affecte l'accès de manière inéquitable au sein d'une même famille. Si nous considérons les familles à faible revenu par exemple, il paraît évident que les parents d'enfants qui ont accès au programmes Beaux sourires Ontario, ne sont pas eux-mêmes couverts. Ce qui suscite des questionnements quant à l'effet que cela pourrait avoir sur l'accès réalisé. Parallèlement, l'accès limité à une étape de la vie peut créer des barrières persistantes. Ainsi, l'historique de recours à l'assurance sociale est une «vulnérabilité favorisant» les barrières aux soins, notamment les consultations diminuées (Muirhead, Quiñonez, Figueiredo & Locker, 2009). Cela avance d'avantage la pertinence d'un accès continu aux soins à travers la vie d'un individu.

1.4.L'origine des barrières financières aux soins : L'accès limité aux soins est parfois décrit dans un contexte plus social comme étant lié aux politiques socio-économiques considérant la pauvreté et l'accès à l'éducation et à la nourriture (Wallace & MacEntee, 2012; Watt & Scheihman, 2012). Ainsi, selon plusieurs auteurs (Quiñonez, Figueiredo et Locker, 2009; Quiñonez, Figueiredo, Azarpazhooh & Locker, 2010), les B. F. aux soins pour les plus démunis sont ainsi dues à des failles des assurances publiques et privées qui: a) ne couvrent pas les soins de base pour les employés à faible revenu, b) qui ne remboursent pas adéquatement les dentistes, c) qui ne sont pas correctement coordonnés, d) qui engendrent des difficultés liées aux modes de paiement (comme des paiements requis d'avance, puis remboursés par les assurances dans des délais variables, des franchises d'assurance très élevées, ou encore au fait que certains dentistes demandent aux personnes assurées par des programmes publics de payer des différences de tarifs). Une étude transversale par appels téléphoniques réalisée par Locker, Maggiras et Quiñonez (2011) a examiné les effets des barrières financières liées au revenu et aux assurances chez des groupes de faible, moyen et haut revenu. Elle montre que les assurances publiques ou privées sont nécessaires pour assurer un meilleur accès aux soins, mais n'éliminent pas les

appréhensions liées aux coûts des soins. En effet, les personnes à haut revenu se soucient également de ne pas pouvoir accéder aux traitements préconisés par les dentistes. Ce dernier point est intéressant à explorer d'avantage par des études qualitatives selon les auteurs, afin de comprendre comment le revenu et/ou les assurances agissent ou plutôt interagissent pour influencer les barrières financières aux soins. Cela permettra d'évaluer où et comment les politiques peuvent agir afin d'y pallier.

1.5. Les préférences quant aux modes de provision des soins : Les préférences quant aux programmes de subvention et les endroits préférés pour recevoir les traitements diffèrent entre les acteurs concernés: personnes démunies et dentistes. En effet, les Canadiens qui sont pauvres et «socialement marginalisés» préfèrent obtenir des soins dentaires dans des cliniques communautaires, un service largement non disponible actuellement; les dentistes de leur part ne préfèrent pas cette approche. Or, les politiques sont fortement influées par les préférences de la profession. Certaines B.F. sont alors liées au fait que les soins sont prodigués dans des cliniques privées, les dentistes refusant parfois de soigner des patients qui sont couverts par le régime public ou rationnant le nombre de patients acceptés (Dharamsi, Pratt & MacEntee, 2007; Quiñonez, Figuiredo & Locker, 2009; Quiñonez, Figuiredo, Azarpazhooh & Locker, 2010; Wallace & MacEntee, 2012).

#### En résumé

D'après ces concepts retenus, il s'agit donc: a) d'améliorer la continuité de l'accès aux soins tout au long de la vie des sous-groupes menacés par perdre ces bénéfices, b) d'assurer une meilleure coordination des soins actuels pour éviter de gaspiller des ressources existantes, c) d'améliorer la manière dont les services sont offerts (les détails administratifs sur les modes de paiement et le lieu, public ou privé, de provision des soins) afin de trouver un compromis entre les préférences des professionnels offrant ces services et celles des utilisateurs potentiels.

Ce sont alors des « problèmes pernicious » (Quiñonez, 2012) qui nécessitent un leadership gouvernemental permettant d'établir des politiques d'évaluation des modes de provision des programmes actuels (lieu, modes de paiements et coordination),

ainsi que de négocier leur amélioration avec les principaux acteurs concernés, notamment les organisations professionnelles dentaires.

## 2. Les barrières structurales (B.S.)

Plusieurs auteurs ont exploré les difficultés structurales aux soins, qui sont identifiées dans certaines études par les notions d'accomodement et disponibilité par référence au modèle Penchansky (Andersen & Morgan, 1992; cités par Allison, Allington & Stern, 2004; Amin & Perez, 2012; Wallace & MacEntee, 2012). Les concepts retenus de ces études permettent de relever des points à explorer lors de la collecte des données :

- Les heures d'ouverture des cabinets dentaires (similaires aux heures de travail) les rendent moins accessibles aux étudiants et aux employés.
- L'absence d'ascenseurs ou de rampes dans certains cabinets dentaires et la rareté de soins à domicile diminue l'accès aux personnes à mobilité réduite. Dans certaines municipalités, il existe des services offerts à domicile, en résidence ou par des cliniques mobiles.
- Certaines difficultés sont liées à la distance à parcourir dans les régions rurales.
- Certaines difficultés sont liées à l'absence de téléphone.
- Des difficultés sont parfois liées au manque de support familial ou l'impossibilité de faire garder les enfants pour pouvoir se rendre aux rendez-vous.

## 3. Les barrières cognitives (B.C.)

Elles se déclinent en des difficultés d'accès liées aux connaissances, aux croyances ou aux problèmes de communication, d'autant plus que la fragmentation des programmes d'assurance publique rend la navigation du système assez problématique. Dans certaines études (Wallace & MacEntee, 2012), ces barrières peuvent être désignées par le critère d'acceptabilité selon le modèle Penchansky.

### 3.1. Les croyances et les perceptions

- La perception du besoin : certaines personnes pensent que les visites chez les dentistes ne sont pas importantes (Donaldson, Everitt, Steele, Scherriff, & Bower, 2008) et doivent se faire en cas de douleur uniquement (Bedos, Brodeur, Levine,

Richard, Boucheron & Mereus, 2005). Les visites préventives ne sont pas considérées comme nécessaires. Les dents en santé sont perçues comme des dents blanches, alignées, sans trous et sans tâches noires. Certaines personnes peuvent penser que les caries sont nécessairement visibles et symptomatiques (décoloration, cavitation, douleur) (Bedos, Brodeur, Levine, Richard, Boucheron & Mereus, 2005; Bedos, Levine & Brodeur, 2009; Amin & Perez, 2012).

- Les besoins en santé sont souvent évalués par la présence de douleur, de caries ainsi que de dents manquantes ou cassées (Bedos, Brodeur, Levine, Richard, Boucheron & Mereus, 2005; Amin & Perez, 2012; Wallace & MacEntee, 2012).
- Une grande importance est accordée à l'esthétique dentaire (Bedos, Brodeur, Levine, Richard, Boucheron & Mereus, 2005; Bedos, Levine & Brodeur, 2009; Amin & Perez, 2012).
- La santé perçue peut différer de la santé mesurée normative (Figuiredo, Hwang & Quiñonez, 2012).
- Les dentistes sont perçus comme n'étant pas dignes de confiance. Ils seraient âpres au profit et manqueraient de compassion; ils pourraient administrer des traitements non nécessaires dans un but de gain financier (Bedos, Brodeur, Levine, Richard, Boucheron & Mereus, 2005; Dharamsi, Pratt & MacEntee, 2007; Amin & Perez, 2012; Wallace & MacEntee, 2012).
- La santé physique peut être considérée comme plus importante que la santé dentaire (Amin & Perez, 2012).

### 3.2. Les connaissances

Les barrières aux soins peuvent être liées à la difficulté de naviguer le système de santé dentaire : un manque d'informations quant aux services offerts, les programmes publics et la manière dont le système de soins fonctionne (Amin & Perez, 2012).

### 3.3. La communication

- Les barrières linguistiques constituent une barrière essentielle aux soins empêchant l'expression des besoins et des préoccupations (surtout chez des immigrants nouvellement arrivés selon Amin & Perez, 2012).
- Il existe un fossé social et un conflit culturel entre les dentistes et les personnes à faible revenu. Les dentistes devraient tenter de mieux comprendre le contexte social

de leurs patients (Lévesque, Dupéré, Loignon, Levine, Laurin, Charbonneau & Bedos, 2009; Loignon, Allison, Landry, Richard, Brodeur & Bedos, 2010; Loignon, Landry, Allison, Richard & Bedos, 2012).

#### 4. I.I. Traitements diminués

Selon plusieurs auteurs (ECMS : 2007-2009; Pegon-Machat, Tubert-Jeannin, Loignon, Landry & Bedos, 2009; Wallace & MacEntee, 2012), les traitements recommandés ne sont pas réalisés et les rendez-vous ratés sont plus fréquents chez les personnes «vulnérables», à faible revenu et ne possédant pas d'assurance dentaire.

#### 5. I.I. Prévention diminuée

La prévention diminuée est liée aux barrières financières et cognitives. En effet, les consultations préventives régulières dépendent de la situation socio-économique, et sont souvent désirées, mais considérées comme un luxe plutôt que nécessaires. Les attitudes préventives dépendent des croyances culturelles sur leur importance (Amin & Perez, 2012; Wallace & MacEntee, 2012).

#### 6. I.I. Consultation tardive

- Les B.F. sont reliées à une consultation tardive, souvent en urgence ou pour des extractions, ainsi qu'à une plus grande consultation dans les urgences des hôpitaux et les cliniques sans rendez-vous pour soulager la douleur (temporairement par les médicaments). Les consultations à l'hôpital pour des caries, des abcès ou des cellulites engendrent des coûts très élevés au gouvernement et encombrant les urgences des hôpitaux; les traitements sont souvent médicamenteux et n'offrent pas de solution permanente au problème (Sadeghi, Manson & Quiñonez, 2012; Wallace & MacEntee, 2012).
- Dans une étude transversale par appels téléphoniques, les auteurs (Muirhead, Quiñonez, Figueiredo & Locker, 2009) ont réalisé une analyse par régression séquentielle basée sur le modèle d'Andersen- Gelberg adapté pour les personnes « vulnérables ». Le but était d'identifier des facteurs *prédisposant* et *favorisant* l'utilisation des services dentaires. Selon cette étude, plusieurs facteurs sont liés aux

visites irrégulières (qui datent de plus d'un an), entre autres, avoir reçu une assurance-emploi dans le passé, et avoir un nombre de dents en bouche inférieur à 21. Parallèlement les facteurs liés à la consultation tardive (en urgence ou en présence de douleur) sont : la monoparentalité, le statut d'immigrant, payer par argent comptant ou par carte de crédit, une historique d'impossibilité d'accéder aux soins, une mauvaise santé dentaire perçue, un nombre de dents inférieur à 21 et un besoin perçu de traitement. Aussi, les personnes ayant un faible revenu, n'ayant pas gradué du secondaire, les sous-assurés et les personnes âgées de plus que 65 ans ont plus tendance à consulter en urgence.

## 7. Disparités en santé

- Le nombre de dents en bouche peut dépendre de barrières socioéconomiques qui déterminent des barrières aux soins et affectent les visites régulières (Donaldson, Everitt, Newton, Steele, Scherriff & Bower, 2008; ECMS, 2007-2009).
- L'accès aux soins préventifs (plus qu'une consultation par année) est un très bon indicateur de disparité en faveur des personnes riches (Grignon, Hurley, Wang & Allin, 2010).
- Une mauvaise santé orale est liée à l'insécurité alimentaire. Les employés sans bénéfices vivant dans une situation d'insécurité alimentaire portent plus de prothèses, ont une mauvaise perception de leur santé dentaire ainsi qu'une prévalence plus élevée de douleur et de problèmes fonctionnels (difficulté pour mastiquer, parler dormir et travailler) (Muirhead, Quiñonez, Fuigeiredo & Locker, 2009).
- Certaines personnes n'ayant pas accès aux soins dentaires évitent de manger certains aliments à cause de la douleur (ECMS, 2007-2009). Elles sont obligées de manger des aliments broyés ou mous toute leur vie. Elles présentent alors des problèmes digestifs et une perte de poids (Wallace & MacEntee, 2012).
- Les conséquences aux problèmes dentaires, telles que décrites par un groupe de personnes immigrantes nouvellement arrivées au Canada, sont: l'halitose (mauvaise haleine), la réjection sociale, une moindre estime de soi, la honte, et une première impression négative (Amin & Perez, 2012).

- La morbidité plus élevée peut mener à une sur-médication. Les professionnels hésitent parfois à prescrire des médicaments pour les sans-abris ou les utilisateurs de drogue, ce qui les plonge dans la douleur (Wallace & MacEntee, 2012).
- Une mauvaise dentition peut affecter la santé générale, la dignité et l'estime de soi, ainsi que la possibilité de trouver un emploi et un logement (Bedos, Levine & Brodeur, 2009; Lévesque, Dupéré, Loignon, Levine, Laurin, Charbonneau & Bedos, 2009; le rapport « *Staying ahead of the curve: A unified public oral health program for Ontario?* », 2012; Wallace & MacEntee, 2012).
- Les iniquités en santé dentaire deviennent plus subtiles avec les changements dans le marché du travail. De nouvelles catégories de personnes ne pouvant plus défrayer les coûts des soins viennent s'ajouter aux autres catégories. Il s'agit surtout de la classe moyenne et des personnes âgées (le rapport « *Staying ahead of the curve: A unified public oral health program for Ontario?* », 2012)

#### 8. Autres catégories

Ces catégories comprennent deux champs conceptuels décrivant des barrières liées à la peur et à des difficultés relationnelles.

- La peur du dentiste affecte l'accès aux soins. Elle est reliée aux expériences antérieures de douleur, à la peur des injections ou à la peur de se mordre la langue (Wallace & MacEntee, 2012; Bedos, Brodeur, Levine, Richard, Boucheron & Mereus, 2005)
- La peur peut être reliée aux anxiétés actuelles et à un sentiment général de vulnérabilité. Certaines personnes vivant dans la pauvreté évitent de consulter s'ils perçoivent de la réjection et de la stigmatisation (Lévesque, Dupéré, Loignon, Levine, Laurin, Charbonneau & Bedos, 2009). Les dentistes, de leur part expriment souvent ne pas comprendre les attitudes des personnes vivant dans la pauvreté et d'être dérangés lorsque les rendez-vous sont ratés. Cela peut engendrer chez eux des sentiments « d'échecs thérapeutiques, relationnels, financiers et personnels » (Pegon-Machat, Tubert- Jeannin, Loignon, Landry & Bedos, 2009).

- Chez les personnes sans domicile fixe, les barrières à l'accès aux soins peuvent être reliées à un manque de confiance et à des attentes irréalistes de la part des professionnels (Figueiredo, Hwang & Quiñonez, 2012).

### Synthèse critique des études sur les barrières à l'accès aux soins dentaires au Canada

Les barrières financières à l'accès aux soins dentaires occupent une large part des études examinées, surtout celles réalisées par des auteurs affiliés à des écoles dentaires Ontariennes. Or, une majorité de ces études se fait à l'échelle nationale ou régionale, utilise les enquêtes par appels téléphoniques pouvant ne pas rejoindre les personnes à faible revenu (e.g. Locker, Maggirias & Quiñonez, 2011; Muirhead, Quiñonez, Figueiredo & Locker, 2009), ou sont des analyses secondaires de données à vaste envergure (e.g. Sadeghi, Manson & Quiñonez, 2012; Ramraj, Sadeghi, Lawrence, Dempster & Quiñonez, 2013). Ces méthodologies, bien que permettant de constituer une riche base de données à large échelle sur la santé dentaire des Canadiens, ne réussissent pas à contextualiser le vécu des personnes concernées, facteur indispensable à la compréhension des perceptions guidant les processus décisionnels en santé et les modes d'utilisation des services. Cela revêt une importance majeure si l'on considère la variabilité provinciale et municipale, autant à l'échelle des politiques sociales que celles touchant l'accès aux services en français et aux soins de santé dentaire.

Parallèlement, la profondeur des thèmes abordés et leur intimité nécessitent souvent une réflexion approfondie, qu'un questionnaire à réponses fermées administré sous des contraintes temporelles ne pourrait pas nécessairement capter. Cela est évident dans les études à méthodologie qualitative réalisées auprès de personnes décrites comme étant « vulnérables » (e.g. Lévesque, Dupéré, Loignon, Levine, Laurin, Charbonneau & Bedos, 2009; Figueiredo, Hwang & Quiñonez, 2012). Ces études permettent en effet de prendre conscience que, même en présence d'un accès potentiel limité aux soins dentaires, ces groupes présentent d'autres types de barrières aux soins, notamment de type relationnel. Pourtant, ces études sont souvent réalisées dans les proximités géographiques d'écoles dentaires, ne reflétant pas nécessairement la réalité Ontarienne ou Ottavienne. La collecte de données se faisant auprès des personnes recevant l'assistance sociale au Québec, en Colombie Britannique, à Toronto (Ontario), etc. peut ne pas refléter certaines barrières

vécues par des personnes vivant à Ottawa et présentant une longue trajectoire de problèmes de santé mentale, d'itinérance ou de consommation (pouvant donc profiter de programmes comme le POSPH, mais aussi d'autres services à l'échelle municipale qui peuvent différer au sein de la province).

D'autre part, plusieurs études examinées ne prennent pas en considération le facteur linguistique et certains questionnaires sont administrés uniquement en anglais.

Finalement, la prise en considération de l'influence des facteurs sociaux sur la santé dentaire et l'interaction entre les différents facteurs pouvant affecter l'utilisation des services a des implications méthodologiques que plusieurs auteurs ont soulevé comme des limitations aux études. Il est en effet problématique d'établir des liens de causalité en utilisant des analyses de régression séquentielle de données d'études transversales ou des analyses secondaires de données nationales. Les études qualitatives peuvent approfondir certains aspects non explorés par les études quantitatives et de comprendre ces causalités et leur effet sur le processus décisionnel selon les perceptions des utilisateurs potentiels. Certains auteurs relèvent pourtant des limitations dans de telles études qualitatives, liées notamment aux effets potentiels des affections chargées négativement ou d'un état d'anxiété générale sur les perceptions. Des approches prolongées et de proximité utilisant des méthodes innovatrices et adaptées pour l'exploration des perceptions permettraient de pallier à ces enjeux. C'est un point essentiel à prendre en considération pour la conception des méthodes de la présente étude.

### III- LES CONCEPTS RETENUS D'ÉTUDES SUR LA SANTÉ DES FSM.

Malgré le nombre croissant d'études sur la santé des FSM, la recherche sur le sujet est encore à ses débuts. Vu que je n'ai pas pris connaissance d'études sur la santé dentaire des francophones en situation minoritaire au Canada, je me baserais sur la littérature en santé afin de puiser les concepts pertinents pour ce projet; ces derniers se centrent autour de: l'effet des barrières linguistiques sur la santé, sur la sécurité des patients, la satisfaction face aux services et la santé perçue. Les recommandations principales qui découlent de ces concepts sont: l'offre de service en français (SEF), des recherches plus poussées sur la santé en

situation linguistique minoritaire et l'inclusion de la variable linguistique dans les futures études.

1. La situation linguistique minoritaire, les barrières linguistiques à l'accès aux soins de santé et l'iniquité en santé.

Les francophones représentent 4,8% de la population de l'Ontario; plus du quart des franco-ontariens vivent à Ottawa (25,2%) et constituent près de 18% de sa population (Gouvernement du Canada, Profils socio-économiques, 2006). De manière similaire aux études en santé dentaire des Canadiens, celles explorant la fréquence des barrières linguistiques lors de rencontres médicales sont élaborées à l'échelle nationale ou par des organismes précis (Bowen, 2001). La recherche spécifique sur l'accès linguistique au Canada est encore à ses débuts et utilise des définitions vagues de la langue.

Généralement, les répercussions des barrières linguistiques en santé peuvent être regroupées en directes et indirectes (Bowen, 2001). Ainsi, les répercussions directes regroupent les difficultés d'accès aux programmes de prévention et de promotion en santé, l'utilisation plus fréquente de services de spécialistes et de diagnostic, le retard dans le recours aux soins, une compréhension réduite du traitement et une moindre adhérence. Ces répercussions correspondraient parfaitement aux I.I. de prévention diminuée, de traitement diminué et de consultation tardive (modèle HCAB). Parallèlement, des considérations éthiques sont de mise lorsque les barrières linguistiques peuvent affecter le respect de la confidentialité ou l'obtention d'un consentement éclairé. Aussi, la qualité des soins peut être touchée, créant des iniquités potentielles en santé. Comme répercussions indirectes, l'auteure cite un manque de données sur la santé des minorités linguistiques affectant les connaissances sur les maladies, un plus grand risque de poursuites et des dépenses supplémentaires en santé.

Dans une étude réalisée auprès de personnes âgées, les auteurs (Bouchard, Chomienne, Benoit, Boudreau, Lemonde & Dufour, 2010) avancent que les barrières linguistiques déterminent des difficultés émotionnelles liées au stress de parler dans une autre langue et des difficultés financières liées au besoin de se déplacer afin d'obtenir des soins en français. Elles sont aussi ancrées dans un besoin d'information lié à l'alphabétisme et la littéracie en santé.

Parallèlement, la minorité francophone se perçoit en moins bonne santé que la majorité anglophone, illustrant que les déterminants de la santé peuvent être modulés par le rapport majoritaire/minoritaire (Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009).

Plusieurs études examinent le différentiel en santé, soit des morbidités plus élevées chez les francophones en situation minoritaire et des différences dans des habitudes de vie. Un exemple pertinent serait l'étude par DeWitt et Beneteau (1999) qui avance que les francophones en Ontario feraient plus usage du tabac que les anglophones, en consommation quotidienne, commençant parfois à moins de 16 ans, et pour de longues périodes de temps. L'usage du tabac étant lié à plusieurs affections dentaires, cette étude donne un exemple potentiel de la modulation de la santé dentaire par la situation francophone minoritaire. Parallèlement, selon le Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario (2005), les francophones rapportent un moindre sentiment d'appartenance que les anglophones, une plus grande consommation d'alcool et une moindre consommation de fruits et de légumes. Le même rapport avance que les francophones consultent moins le dentiste que les anglophones.

C.R. : À travers ces études, il est facile de retracer les barrières financières, structurales et cognitives, ainsi que les indicateurs intermédiaires et l'iniquité en santé, tels que décrits par le modèle HCAB, bien qu'il n'existe pas d'études suffisantes pour établir des liens causaux expliquant comment la situation linguistique minoritaire peut moduler les déterminants de la santé. Les barrières linguistiques ont aussi des effets sur l'accès aux soins ainsi que sur la santé normative et perçue qu'il est important de retracer dans les échanges avec les femmes.

## 2. Revue des recommandations pour le futur des soins de santé en situation minoritaire

En 2009, le Ministre de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario a créé l'initiative du réseau de recherche appliquée en santé afin d'ancrer la recherche dans les besoins de la communauté à travers la collaboration d'acteurs interdisciplinaires regroupés en réseaux, dont le Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones (RRASFO), lancé le 21 septembre 2009 par l'Université d'Ottawa (sur le site du ministère : <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/flhs/highlights.aspx>). Mon projet répond

principalement au premier objectif du RRASFO, soit celui d'accroître les connaissances sur les enjeux en santé reliés à la situation linguistique minoritaire.

Des efforts soutenus, participatifs et organisés sont nécessaires en ce sens, selon une étude qui a exploré les priorités de recherche en santé des francophones auprès de principaux acteurs intervenant dans le domaine de la santé des francophones de l'Ontario (Chomienne, Kalay & Famanova, 2011). Plusieurs thématiques prioritaires ont émergé de cette étude. L'accès aux services de santé en français, ainsi que l'offre et la demande actives de ces services, figuraient aux premiers plans. Une autre thématique pertinente pour mon projet était celle des déterminants de la santé; les habitudes de vie, la littéracie en santé et les réseaux de soutien social y étaient classés comme des sujets pertinents. En santé des populations, la priorité à court terme était de cibler les populations âgées et les personnes ayant des besoins spéciaux. En ce qui est de la thématique des états de santé, une large majorité des répondants a sélectionné la santé mentale et les maladies chroniques comme priorité de recherche à court terme.

C.R. : Il paraît alors que mon projet à la maîtrise répond à plusieurs thématiques identifiées comme des priorités de recherche en santé des FSM. Ces thématiques doivent être retracées lors de l'analyse des données, bien qu'il soit possible de les renommer lors du codage en concordance avec les données émergentes:

- Thématique : services de santé. La présente étude permet d'offrir une vision contextualisée des perceptions des FSM sur les barrières à l'accès aux services de santé dentaire et la satisfaction à cet égard.
- Thématique: déterminants de la santé. L'étude permet d'explorer les pratiques, les besoins en information ou le rôle que joue le support social.
- Thématique: santé des populations. L'étude cible des groupes prioritaires: personnes âgées et/ou ayant des besoins spéciaux.
- Thématique : état de santé. L'étude explore les besoins en santé dentaire chez des personnes présentant majoritairement des problèmes de santé mentale. D'autre part, les liens bidirectionnels entre les maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques et respiratoires) et les problèmes de santé dentaire ajoutent à la pertinence de l'étude.

#### IV- LES CONCEPTS RETENUS D'ÉTUDES SUR LE CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE

Dans la majorité des études consultées en santé dentaire et en santé des FSM, les auteurs font référence à des personnes «vulnérables», «à risque», «marginalisées», «exclues» ou «pauvres». Dans la section suivante, je justifie l'utilisation de l'expression «contexte de vulnérabilité» dans le cadre de cette étude et la pertinence de le faire pour d'autres études similaires.

Je commence par faire une analogie entre les termes «minorités linguistiques» et «personnes vulnérables». En effet, l'usage de l'expression «groupes en situation minoritaire» a remplacé celui de «minorités» pour mettre l'emphase sur la minorisation de ces derniers, une expression qui «ne place pas le groupe en situation d'infériorité par rapport aux autres groupes et met à l'évidence que c'est la situation qui crée problème et non le groupe en tant que tel» (Roy, 2006; citée par Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2011, p.8). Parallèlement, je suis d'avis que l'expression «contexte de vulnérabilité sociale» s'adapte mieux que celle de «personnes vulnérables» car elle permet de souligner le processus de «vulnérabilisation» et les facteurs qui y contribuent au-delà des caractéristiques personnelles des individus (Perreault, 2008; Roy, 2008).

Ainsi, selon Shirley Roy (2008, p.13) :

*«La vulnérabilité sociale se construit de manière dynamique avec deux autres notions avec lesquelles elle est en débat: la pauvreté et l'exclusion sociale. Ces trois notions ne sont pas synonymes. Cependant, elles circonscrivent un espace (un champ disent certains) où elles sont interreliées »*

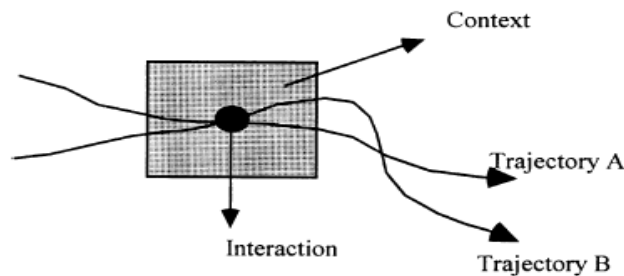
Puisque l'étude de la pauvreté dépend surtout de mesures de seuils, la notion d'exclusion sociale a été progressivement considérée avec un plus grand intérêt dans les études chez cette plage de société. L'exclusion sociale est caractérisée selon l'auteure par cinq composantes principales: un processus d'éloignement et de rupture, une dépendance vis-à-vis des institutions sociales, une détérioration des conditions matérielles de la vie, une négativité des sentiments mobilisés et la fragilisation de l'identité (p.18). Ces cinq composantes sont

observables, en totalité ou en partie, chez les clientes du centre partenaire, participantes potentielles à l'étude et peuvent affecter la satisfaction et l'utilisation des services.

L'auteure avance aussi que la vulnérabilité sociale et l'exclusion seraient toutes deux ancrées dans «le développement du libéralisme lié à l'avènement de la modernité et la mise en place du capitalisme» (p.24). La vulnérabilité sociale est alors basée sur les principes de l'individualisme, de la responsabilisation de l'individu sur sa réussite économique et sociale, une instabilité et un détachement social. Une différence pourtant majeure entre l'exclusion et le contexte de vulnérabilité sociale réside dans les implications de la dénomination. L'exclusion peut en effet se décliner en son opposé (inclusion/exclusion), tandis que le refus du terme «vulnérable» et son remplacement par celui de situation ou de «contexte de vulnérabilité» met plutôt l'emphase sur le processus et les facteurs en jeu.

Parallèlement, Delor et Hubert (2000) déclinent ce contexte en une matrice heuristique qui permet de dégager trois niveaux d'intelligibilité devant être examinés afin de pouvoir comprendre chaque situation de vulnérabilité (Figure 7, ici-bas). Le premier niveau, décrit précédemment, est celui d'une normativité changeante caractérisée par l'individualisme, la responsabilisation et des conditions déterminées par la société. Deux autres niveaux d'intelligibilité constituent la trajectoire sociale d'un individu et l'intersection entre plusieurs trajectoires.

*FIGURE 7 : Les premiers trois niveaux de lecture d'une situation de vulnérabilité (extrait de Delor et Hubert, 2000)*



## V- PERTINENCE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE POUR L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES

Plusieurs concepts retenus de ces études en santé dentaire, en santé des FSM et en santé dans un contexte de vulnérabilité, tracent un cadre qui permet de guider la conception des

méthodes (chapitre 3), de structurer la codification des données et la présentation des résultats (chapitre 4) et d'y poser un regard critique lors de la discussion des résultats (chapitre 5) et des implications de l'étude (chapitre 6). Je retiens des études examinées qu'il est important de relever dans le discours des femmes, les facteurs et les processus qui contribuent au contexte de vulnérabilité et qui modulent l'accès aux soins dentaires en situation linguistique minoritaire, et ce, en explorant les trois niveaux d'intelligibilité décrits précédemment.

D'autre part, je n'ai pris conscience d'aucune étude visant spécifiquement les femmes et prenant en compte la variable linguistique francophone minoritaire en Ontario. Cela revêt une importance particulière si l'on considère la particularité du contexte de vulnérabilité sociale dans lequel une femme en situation minoritaire peut se retrouver, comme il a été avancé précédemment (chapitre 1, section 3.2, page 6). Cette étude se propose alors de capter le vécu de femmes, unies par des déterminants linguistiques et de genre, mais regroupant des sous-groupes différents si l'on considère l'âge, l'état civil, l'incapacité physique ou mentale, ou la particularité du parcours. Cela se fera en mettant l'emphase sur un contexte plutôt que sur une situation personnelle de vulnérabilité, comme il est souvent le cas dans les études examinées.

Pour ce faire, cette étude propose l'utilisation d'une méthodologie et d'un échantillonnage qui permettent d'illustrer les concepts retenus par une description narrative, ancrée dans le vécu de groupes rarement rejoints précédemment, ainsi que de combler certaines failles dans les études sur le sujet. La présente recherche a la particularité d'être menée en français en contexte linguistique minoritaire et de proposer des moyens de collecte et d'analyse des données qui s'adaptent à la réalité contextuelle des participantes, sous une approche personnalisée, prolongée et de proximité en recherche, tel qu'il sera spécifié dans le chapitre suivant. Cette approche permet d'encourager la réflexion des participantes autour de thèmes choisis conjointement, ainsi que de favoriser des moyens d'expression alternatifs pouvant contrecarrer les enjeux potentiels. Tout au long de ce travail, je chercherai à défendre la pertinence d'une telle approche pour l'exploration de l'objet de l'étude.

## CHAPITRE 3 - LES MÉTHODOLOGIES ET LES MÉTHODES

### *Quatre savoirs méthodologiques et quatre méthodes*

Sous forme d'une évaluation communautaire exploratoire ascendante avec perspective d'éducation populaire en santé (Laperrière, 2007, 2008, 2011), l'étude est conçue dans une approche participative visant à instaurer un véritable partenariat avec les participantes et des dialogues réflexifs sur les questions de recherche, et ce, afin de permettre une «construction collective et communautaire des connaissances», ainsi que de réfléchir sur des moyens de les transférer (Laperrière, 2009, p.4). Cela est réalisé en étant consciente des interactions sociales informelles pouvant affecter la construction de ces savoirs, leur acceptation et leur application pratique à l'échelle des personnes, de la communauté et des politiques publiques (Laperrière, Potvin & Zuniga, 2012).

Bourassa, Bélair et Chevalier (2007) affirment qu'en recherche participative, le savoir est rarement l'œuvre d'un seul sujet. Ils citent Reason et Bradbury (2001) pour avancer que la recherche participative la plus productive est celle qui utilise conjointement les trois niveaux d'expression le "je", le "nous" et le "ils". Il s'agit d'une co-construction des connaissances qui évite la hiérarchie du pouvoir de la chercheuse sur les participantes afin que tous les acteurs puissent «travailler en synergie (de syn= avec et erg= travail)» à mettre en liaison leurs savoirs (Bourassa, Bélair et Chevalier, *ibid.*, p.5). Elle repose sur une relation réciproque où chacun a besoin de l'autre, expert de son domaine (St-Arnaud, 2003).

Je commencerai par justifier l'approche participative comme paradigme soutenant les méthodologies et les méthodes de la recherche, que j'exposerai par la suite. Dans le but de répondre aux questions de recherche, quatre méthodes seront en effet utilisées sous l'approche méthodologique participative.

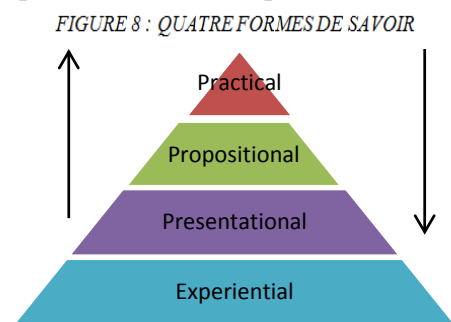
#### I- LE PARADIGME DE LA RECHERCHE PARTICIPATIVE

Guba et Lincoln (1994, cités par Heron et Reason 1997) ont avancé que la nature des paradigmes de la recherche repose sur des croyances de base quant à la nature de la réalité et à la manière dont elle peut être connue. Il s'agit de répondre à trois questions d'ordre: a) Ontologique: “ *Quelle est la forme et la nature de la réalité et par conséquent que peut-on*

connaître sur elle?"; b) Épistémologique: "Quelle est la relation entre le chercheur et le savoir, et que peut-il savoir?"; c) Méthodologique: "Comment le chercheur doit-il procéder afin de découvrir ce qu'il croit pouvoir savoir?"

Heron et Reason (1997) ajoutent une quatrième question essentielle qu'ils appellent *axiologique*. La question axiologique se demande sur ce qui a une valeur intrinsèque pour l'être humain, spécifiquement, "Quel savoir a-t-il une valeur intrinsèque indéniable?" Les auteurs appuient alors la considération de la recherche participative comme paradigme :

1. Ontologiquement, ils considèrent qu'il existe une réalité primordiale, un Cosmos, dans lequel l'esprit participe activement. L'esprit et le Cosmos sont engagés dans une co-création ; ce qui résulte comme réalité est le fruit d'une interaction entre les deux. L'ontologie est subjective-objective. Le Cosmos sera connu comme un monde articulé subjectivement mais dont l'objectivité dépend de la manière dont il est façonné par le connaisseur [traduction libre de l'anglais].
2. Épistémologiquement, c'est une subjectivité critique constituée de quatre formes de savoirs (Figure 8) : le savoir de la pratique, des propositions, de la présentation et de l'expérience [traduction libre de l'anglais] (p.281).



Selon les auteurs, ces quatre types de savoir nous confrontent avec un défi majeur, celui de la subjectivité critique : c'est la conscience de l'existence des quatre types de savoirs, de leur interrelation, et des façons de changer les relations entre eux, pour pouvoir articuler une réalité qui s'éloigne de la subjectivité restrictive.

Expliqué de manière concise, le *savoir de l'expérience (experiential)*, c'est notre rencontre directe avec une personne, une place ou un procédé. C'est aussi le monde que nous façonnons à cette rencontre. Le *savoir de présentation (presentational)*, est basé sur l'expérience. C'est la symbolisation graphique, plastique, musicale, vocale et verbale de l'expérience, son «habillage». Le *savoir propositionnel*, c'est la conceptualisation, la description à travers des théories ou des affirmations. Les propositions sont portées par la présentation et ancrées dans l'expérience. Finalement,

le *savoir pratique* est une compétence, un savoir-faire. C'est un savoir primaire qui présuppose une compréhension conceptuelle, une élégance de présentation et un enracinement dans l'expérience. Il porte les trois premiers savoirs à fructifier dans des actions utiles. L'action utilise donc les trois savoirs précédents et elle est parallèlement basée sur eux. La subjectivité critique est alors une conscience dans l'action. Elle implique qu'on n'élimine pas la subjectivité basée sur l'expérience, mais qu'on essaie, avec une conscience critique, de la mettre en relation avec les autres formes de savoir afin de clarifier et de raffiner certaines présuppositions. Nous devons aussi rapporter cette conscience dans nos communications par une réflexivité. Cette subjectivité critique est plutôt intersubjectivité puisque le *savoir propositionnel* dépend du contexte de la langue et de l'expérience de la communauté dans laquelle il est émis.

3. Du point de vue méthodologique, c'est une recherche collaborative dans laquelle tous les acteurs s'engagent en tant que co-chercheurs suivant un processus itératif qui définit plusieurs boucles : Se basant sur *les savoirs de leurs expériences* respectives, les acteurs définissent ensemble les questions, les méthodes et interprètent les résultats (*savoir propositionnel*). Ils appliquent ensuite, ensemble ou indépendamment, cette méthodologie dans leurs mondes respectifs et acquièrent ainsi *un savoir pratique*. Cela mène à de nouveaux *savoirs expérimentiels*. Ils doivent aussi trouver des moyens de tout représenter adéquatement (*savoir de présentation*), ce qui peut parfois redéfinir les conceptions initiales et remodèle le *savoir propositionnel*. Dans cette perspective la participation est considérée par les auteurs comme «épistémique» dans le sens que la conceptualisation est basée sur l'expérience; les chercheurs sont alors des sujets. La participation est parallèlement «politique» puisqu'elle représente un droit humain fondamental; les sujets sont donc des chercheurs (p.284).
4. De point de vue axiologique, le *savoir pratique* est une finalité en soi. La recherche participative est essentiellement transformative, bien que certaines recherches produisent des conceptualisations (*savoir propositionnel*).

Plusieurs approches de recherche participative ont été rapportées (Reason, 1994; Fals-borda & Rahman, 1991, cités par Heron & Reason, 1997). En discuter n'est pas l'objet de ce projet,

surtout que la conception des méthodes prévoyait un degré variable de participation parmi les femmes partenaires. C'est pour cela que, pour des considérations surtout éthiques, deux moyens de participation ont été proposés.

## II- LES MÉTHODES DE LA RECHERCHE

Dans ce qui suit, je présenterai les outils de collecte de données et j'exposerai les méthodes itératives d'analyse et de présentation des résultats.

### A- La collecte de données

Quatre outils de collecte de données ont été utilisés: l'observation participante par l'engagement bénévole, le journal de bord, les entrevues semi-dirigées et les ateliers de groupe.

Après une première période de présence bénévole (mai-juin 2013) permettant d'ancrer les outils de la recherche selon les procédures établies et les activités réalisées au centre partenaire, la demande au comité d'éthique à la recherche fut préparée et l'approbation obtenue le 30 juillet 2013 (annexe 1). Les affiches de recrutement et de présentation du projet sous forme de schéma de processus (Figure 9, ici-bas) ont été imprimées puis accrochées au centre au mois d'août 2013.

*FIGURE 9: Schéma de processus (les méthodes)*



## 1. Échantillonnage

L'échantillonnage était intentionnel au début de la conception de l'étude, dans le sens que des femmes francophones en situation minoritaire vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale étaient ciblées en se basant sur la justification théorique et conceptuelle présentée dans les chapitres 1 et 2, soit la nécessité de capter le vécu de ce groupe par une étude contextualisée. Pour des préférences personnelles, le recrutement auprès de femmes présentait des avantages supplémentaires, me permettant de me sentir plus à l'aise lors de la collecte des données.

Une deuxième condition recherchée pour l'étude consistait en une conviction sur l'importance d'une insertion prolongée sur le terrain et d'une approche participative et de proximité dans une perspective d'éducation populaire en santé. Cela ne pouvait se réaliser sans le partenariat avec un milieu communautaire. C'est ainsi que la recherche d'un centre qui accepterait de négocier ce partenariat a été lancée. L'halte accueil qui s'est intéressée au projet offrait la possibilité de respecter ces critères de base, tout en permettant un échantillonnage à variabilité maximale. Les femmes clientes du centre étaient d'âge différents, de plusieurs origines culturelles et avaient un parcours unique malgré des caractéristiques communes liées à des expériences de pauvreté, de logement précaire, d'insécurité alimentaire et de problèmes de santé mentale ou physique. Au sein de ce groupe, les seuls critères d'inclusion étaient alors: a) femmes francophones, b) clientes du centre, c) première arrivée première servie. Le nombre de participantes était limité à 15; il a été réduit à la suite de la saturation des données, évaluée par une décision des membres du comité de thèse au cours de la recherche.

La collecte de données a commencé en septembre 2013 et a pris fin au mois de février 2014.

## 2. L'engagement bénévole

En premier lieu, l'observation participante permet un contact prolongé, une intégration aux activités du centre et une adaptation aux comportements et au langage des clientes (Martineau, 2005). Cela permet aussi de modifier, au besoin, les outils utilisés pour la collecte des données. L'observation participante s'est faite sous forme d'engagement bénévole en raison de trois heures par semaine pour une période allant de mai à juin 2013,

puis une moyenne de cinq heures par semaine de septembre 2013 à février 2014, totalisant plus de cent heures de présence sur le terrain. Mes tâches consistaient à participer à la préparation des collations, à l'accueil des femmes à leur arrivée, à l'organisation du coin des denrées alimentaires et des dons reçus, à la distribution du panier alimentaire, à la participation aux repas et à l'écoute active. Ce contact prolongé avec les femmes a été très utile tout au long du processus et a permis la triangulation des données par corroboration par des entretiens non officiels, avec des femmes participantes ou non. Le bénévolat est en effet décrit par Hélène Laperrière (2013) comme une «stratégie de recherche» (p.1) permettant de développer une relation de confiance, de se rapprocher de situations concrètes vécues par les femmes, de comprendre la complexité des pratiques communautaires, de réfléchir et d'apprendre dans l'action.


### 3. Le journal de bord

La tenue d'un journal de bord parallèlement à la collecte et l'analyse des données, permet de structurer la réflexion, de noter les différentes démarches qui encadrent les décisions, ainsi que de prendre conscience de ses propres présuppositions et réactions en tant qu'acteur (Beaud & Weber, 2010; Laperrière, 2007). Un retour à ces données, inscrites plus ou moins en détail, permet de contextualiser les échanges et de réfléchir sur les circonstances des événements, ainsi que sur mes propres réactions, appréhensions ou questionnements. La systématisation de ces expériences permet d'établir un répertoire pouvant être utilisé dans d'autres circonstances (Laperrière, 2013, p.11). Par analogie aux quatre formes de savoirs décrites dans la section précédente, la systématisation consisterait en une compilation des *savoirs de l'expérience* pouvant être utilisés pour des fins de conceptualisation (*savoir propositionnel*) et de réflexivité sur la subjectivité critique. Rendre compte de ces expériences par une systématisation (Zuniga & Lully, 2005) permet l'acquisition et la dissémination de *savoirs pratiques*. En systématisant les expériences, une personne «décrit, explique, justifie et défend ce qui est fait à travers une série d'actions en lui donnant un sens» (Zuniga & Lully, 2005; cités par Laperrière 2013, p.3, [traduction libre de l'anglais]). Dans un souci de *savoir de présentation*, les quelques extraits du journal de bord seront précédés du symbole:



#### 4. Les entretiens individuelles

Le guide d'entretien est construit à partir des concepts relevés dans le chapitre précédent. Il se base sur quatre thématiques : les perceptions, les expériences, les difficultés et les solutions. Les deux premières thématiques relatent le contact avec les services et les professionnels, le déroulement des rencontres et la satisfaction eu égard des services; elles représentent le *savoir de l'expérience*. La description des perceptions sur la santé dentaire de manière générale, ainsi que celle des difficultés et des solutions est dans le *savoir de l'expérience*, mais nécessite un plus grand effort de conceptualisation. Cette description aboutit à la production de *savoirs propositionnels* et de *savoirs pratiques*. Le déroulement des entretiens et les adaptations apportées sont décrits en détail dans le chapitre suivant. Au total sept femmes ont participé aux entretiens.

Un protocole d'entretien a été suivi afin de vérifier le passage par toutes les étapes prévues (annexe 2). Le guide d'entretien initial contenait des lignes directrices (*probes*) permettant de vérifier que les thèmes soient abordés sans pour autant restreindre la discussion. Les participantes étaient encouragées à s'exprimer sur leurs perceptions et expériences et étaient libres de « dévier » vers des sujets qui ne paraissent pas en lien avec la thématique, ce sens ne pouvant pas être découvert si la répondante est constamment ramenée au sujet. D'où l'importance de laisser parfois éclore ces associations d'idées qui auront nécessairement « un sens pour l'enquêté et un sens social à découvrir pour l'enquêteur » (Beaud & Weber, 2010; p.180). À la fin de l'entretien, je vérifiais avec la participante si elle désirait accéder à la transcription et si elle avait des commentaires sur le déroulement de l'entretien. Les modifications réalisées pour répondre à ces propositions seront exposées dans le chapitre suivant. Les citations des femmes issues des entretiens seront précédées par le symbole: 

#### 5. Les ateliers de discussion

Les ateliers de discussion ne suivaient pas nécessairement des catégories thématiques prédéterminées. Ils avaient pour but de permettre l'émergence de sujets de discussion ancrés dans les attentes et les motivations des participantes. Les premiers ateliers avaient pour but d'expliquer l'objectif de l'étude et de déterminer les sujets qu'elles aimeraient aborder durant les séances prochaines. La conception initiale des ateliers consistait à inviter chaque

participante à préparer une présentation artistique ou littéraire sur le thème choisi puis de le présenter au groupe. Les œuvres pourraient être ensuite discutées durant l'atelier suivant. Des ateliers d'analyse et de présentation des résultats sont offerts pour celles qui désirent y participer. Dix ateliers en moyenne étaient prévus. Dans un souci participatif, cette conception initiale pouvait être modifiée après consultation avec les femmes, ce qui a été le cas, tel qu'il sera discuté dans le chapitre prochain (la description des ateliers fait partie du chapitre des résultats, justement puisque les sujets et le processus de discussion ont été décidés et modifiés conjointement, au fur et à mesure de l'avancement des échanges). Au total cinq femmes ont participé aux ateliers (excluant la chercheuse principale). Trois participantes avaient déjà pris part aux entrevues individuelles. Également dans un but de différencier les citations issues des ateliers de discussion, ces dernières seront présentées à l'intérieur d'une vignette :



#### B- L'analyse de données

L'analyse thématique du corpus des données s'est faite de manière itérative tout au long de la collecte d'informations (Miles & Huberman, 2003; Gaudreau, 2011; Ritchie & Spencer, 1994) afin de permettre d'organiser les données, d'en discuter avec les participantes, de modifier le guide et les stratégies, pour ensuite réaliser des analyses plus approfondies et préparer la présentation finale et la rédaction des résultats.

##### 1. L'analyse pendant la collecte de données

La transcription des entretiens enregistrés a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entrevues. Des réflexions notées dans une section finale du guide d'entretien ont également été organisées et ont fait part de fiches de synthèses ou de mémos dans le journal de bord. Cela a permis d'identifier des idées à explorer lors d'entretiens supplémentaires ou lors de la validation des transcriptions avec les participantes. Ces dernières ont en effet été validées avec les femmes qui le désiraient, non sous forme de *verbatim*, mais plutôt par le biais d'un compte rendu de l'entretien. Afin de réaliser ce dernier, les transcriptions étaient relues, des commentaires intuitifs étaient inscrits dans la marge, puis la transcription subissait une première analyse verticale permettant l'identification d'unités de sens, codées en se basant sur une liste initiale conçue à partir de la revue des écrits sur le sujet.

Le codage des données est mixte. Il se base ainsi sur les codes préétablis, mais permet l'émergence de catégories désignées en utilisant des mots ou des expressions fréquentes des participantes; cela constitue un «codage *in vivo*» (Miles & Huberman, 2003 p.119). Ces codes constituaient les titres et sous-titres de paragraphes du compte rendu en question. Une fois ce dernier validé par la participante et par ma directrice de thèse, la liste de codes pouvait être modifiée par des ajouts ou un réagencement du regroupement en thèmes et catégories. Ce processus de transformation de la liste de codes s'est continué tout au long de la collecte des données.

L'obtention d'une certaine stabilisation a permis le passage à l'étape d'analyse transversale. Durant cette dernière, les segments reliés à un thème particulier sont prélevés dans tous les *verbatim* et compte rendus afin d'affiner et de rectifier le nom assigné au thème. Parallèlement, lorsque des thèmes émergents apparaissent, une relecture des *verbatim* permet de valider le contexte de leur apparition dans le texte et de modifier la catégorisation, si nécessaire. Le retour au journal de bord est crucial à ce point, car il permet la corroboration de ces décisions en se basant sur des commentaires par d'autres femmes du centre (participantes ou non), ainsi que sur des réflexions personnelles lors des activités bénévoles.

Quant aux ateliers de discussion en groupe, leur compilation en comptes rendus a permis d'exposer parallèlement l'objectif de chaque atelier, le matériel utilisé, le déroulement, une synthèse des échanges et les œuvres réalisées; ce qui a fait l'objet d'une publication à part<sup>1</sup>. Il a été relu et validé lors d'ateliers supplémentaires avec les participantes, ainsi que par ma directrice de thèse.

## 2. L'analyse approfondie et la présentation des données

Au fur et à mesure que la collecte des données et leur analyse thématique préliminaire ont avancé, des matrices ont été conçues pour la validation et la présentation finale des résultats. Des matrices chronologiques (Miles & Huberman, *ibid.*) ont permis de comprendre le flux et les liens entre les différents événements de l'étude, comme la séquence des ateliers ou l'évolution d'une thématique horizontalement à travers le temps. L'ensemble des codes

---

<sup>1</sup> Rana Annous (sous presse). *Nous sommes les dents d'une même bouche. Ensemble nous changeons*. En collaboration avec les participantes partenaires Chouchou, Jésite et Julie. Publication subventionnée par le CNFS- volet uOttawa.

catégorisés a permis l'élaboration d'une grille d'analyse que je pouvais illustrer par des citations des participantes lors de la rédaction finale de la thèse. D'autres matrices plus complexes servaient à présenter les différents sens générés par les discussions et ont été accompagnées d'illustrations lorsque pertinent, comme c'est le cas pour la matrice cause-conséquence-solution des peurs liées au cadre de soins et l'arbre à problème qui l'illustre (chapitre 4, deuxième thématique, section B1). Certains résultats ont été présentés sous forme de carte cognitive afin de pouvoir les valider de manière synthétique avec les participantes. Ces activités ont permis l'acquisition de *savoir de présentation* et de *savoir propositionnel* par toutes les participantes qui y ont pris part.

Finalement, Richardson (2000) encourage des moyens de présentation créatifs et des représentations qui décrivent l'expérience vécue par le chercheur et ses réactions émotionnelles. Certains résultats et méthodes sont présentés de manière subjective sous forme de poèmes, de dessins, d'arbres à problèmes ou de récits représentant les méthodes utilisées, les données recueillies et analysées; c'est surtout le cas pour le déroulement et les résultats des ateliers de groupe, dans leur exposition au chapitre suivant ainsi que dans le recueil rassemblant l'ensemble des comptes rendus (cité précédemment, note 1).

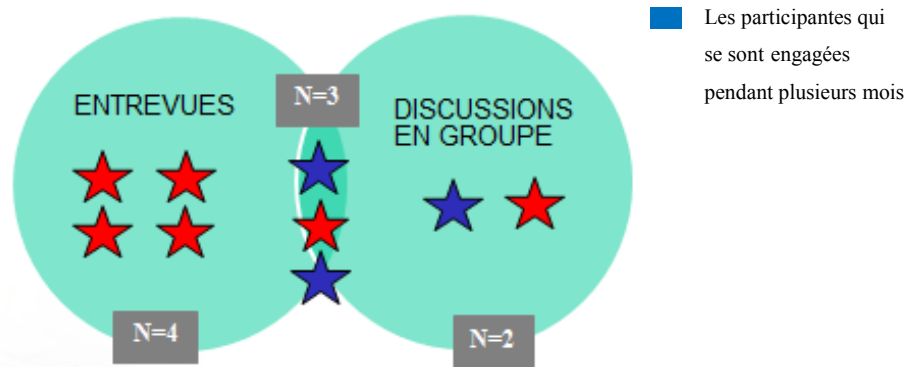
## CHAPITRE 4 - Résultats

### *Des entrevues individuelles aux ateliers de discussion*

#### *Une narration intime et complexe.*

Sept femmes ont participé aux entrevues individuelles et cinq aux ateliers de groupe, dont trois avaient déjà participé aux ateliers. Parmi ces cinq participantes aux ateliers, trois d'entre elles se sont engagées en tant que co-chercheuses pendant plusieurs mois de réflexion, de discussion et d'analyse (identifiées en bleu dans la figure 10, ici-bas). Les tranches d'âge des participantes variaient de 20-30 à 60-70 ans. Majoritairement d'origine canadienne, les participantes étaient francophones unilingues et bilingues. Elles déclaraient présenter des problèmes de santé mentale (Stress post-traumatique, dépression, etc.). Une femme présentait une mobilité réduite et utilisait une marchette. Ainsi, la majorité des femmes étaient récipiendaires du programme POSPH et deux d'entre elles avaient déclaré recevoir des pensions de vieillesse. Les participantes seront identifiées par la lettre P suivie d'un numéro.

FIGURE 10 : Diagramme présentant la répartition des femmes selon leur choix de participation et leur degré d'implication dans le processus de recherche



L'exposition des résultats de l'étude se fera séparément pour les entrevues et les ateliers de discussion en groupe. Cela permettra d'évaluer la contribution que chaque méthode apporte à l'exploration du sujet et de suivre l'évolution de ces dévoilements à travers le temps. Plus de la moitié des entrevues a eu lieu avant le début des ateliers, permettant à celles qui ont continué leur engagement de réfléchir sur les sujets de discussion qui les intéressent. Cet exposé permet aussi de voir les adaptations itératives dictées par les données préliminaires.

Plusieurs concepts seront mis à l'avant durant cet exposé, pour ensuite être approfondis dans les chapitres suivants, soit l'intimité et la complexité des échanges sur le sujet et l'acclimatation des méthodes à un contexte imprévisible.


## **PARTIE 1 – RÉSULTATS DES ENTREVUES INDIVIDUELLES**

### **I- ADAPTATION FACE À DES ÉCHANGES INTIMES ET COMPLEXES**

Sept entrevues ont été menées au total. Leur durée a varié de 10-20 minutes à 80 minutes. Les participantes avaient le choix entre parler librement de sujets qui les intéressaient ou être guidées par des questions semi-dirigées. Au début du mois d'octobre, j'avais déjà mené quatre entrevues où je demandais à la participante, vers la fin de l'entretien, de commenter sur le déroulement et de proposer des modifications, s'il y a lieu. Au fur et à mesure que la collecte de données avançait, la conception initiale du questionnaire a ainsi été adaptée sur deux plans:

- La permutation de l'ordre des deux premières thématiques.
- La spécification des points à explorer pour chaque thématique (*probes*) dans une approche itérative, en fonction des sujets qui ont émergé.


Dans le but de contextualiser ces adaptations et dans un souci de systématisation d'expérience, il serait utile de puiser dans des mémos et des extraits du journal de recherche (JDR) revenant à cette période. Cela permettrait aussi d'introduire les deux concepts émergents, soit ceux de *la complexité* et de *l'intimité* de la santé dentaire en tant qu'objet de discussion et d'exploration en recherche :

 Lors de mon premier entretien, la participante a trouvé de la difficulté à répondre à la première question : « C'est quoi pour vous avoir une bonne santé dentaire ? ». Cette femme (P1), qui se décrit comme perfectionniste et voulant toujours paraître au meilleur d'elle-même, se sentait déstabilisée par la question. Elle dit avoir participé à une étude par le passé où elle devait répondre par « oui » ou « non » (questions fermées). Elle propose alors que je commence par poser des questions simples

comme : «Est-ce que vous avez un dentiste ? Est-ce que vous avez une assurance dentaire ? Est-ce que vous êtes satisfaite des soins actuels ?»

JDR (13/09/2013)


Je fis alors suivre les questions générales du début de l'entretien (langues parlées, langue préférée dans un cadre de soins, tranche d'âge) par celles proposées par la participante. Durant la quatrième entrevue pourtant, la participante décide d'interrompre la rencontre:


 *Quand tout allait tellement bien, et au moment où j'étais très satisfaite du déroulement des premières entrevues, la quatrième rencontre s'interrompt de manière très inattendue. La femme (P4) dit que les questions sont trop intimes. Lorsque je lui demande de quoi elle aurait aimé parler, elle répond : « Je sais que l'hygiène dentaire il n'y pas plus personnel que ça. Mais de commencer en partant à même à bouche. Ça m'a mis à l'écart... Parler de caries, d'assurances...»*

JDR (1/10/2013)

Cette entrevue fut cruciale pour affirmer que le sujet de la santé bucco-dentaire était perçu comme intime, ce à quoi les trois premières participantes avaient aussi fait allusion. À ce moment de la recherche, le concept de *l'intimité* de la santé dentaire dans un cadre de recherche, tout comme dans le cadre de soins, paraissait lié à plusieurs facteurs:

1. Des sensations désagréables d'intrusion dans un monde privé


 *P1. C'était vraiment stressant pour moi. Je me sentais comme un peu menacée [...] Je me sentais vulnérable. C'était comme ma bulle, comme on rentrait dans ma vie privée.*

 *P3. J'aime pas me faire jouer dans la bouche, là! Je sais pas, mais c'est MA Bouche! (elle rit). C'est privé!*

2. La possibilité d'établir des liens avec la vie personnelle


L'exploration des perceptions et des besoins en santé dentaire, tout comme dans le contexte d'une consultation compréhensive en clinique, permettent d'établir des liens


entre l'état de santé dentaire et d'autres réalités personnelles : le statut social, les problèmes de santé mentale, la pauvreté, le recours à l'aide des services sociaux, les assurances liées à l'invalidité, la prise de médicaments psychotropes ou encore le besoin de traitements, une consultation retardée ou un manque de prévention. Ainsi, les dents cassées, les consultations en urgence, des joues traumatisées, mordues et saignantes, des manifestations buccales d'infections sexuellement transmissibles, autant d'indicateurs qui en disent long sur la situation de la femme, plus qu'elle ne voudrait peut-être dévoiler au personnel soignant ou à la chercheuse. Cette déclaration d'une participante donne des indications sur la gêne eu égard la possibilité d'établir ces liens, ainsi que les conséquences qui peuvent s'en suivre:

 *PI. Mais ça a toujours été comme ça... Pour moi avec mes problèmes comme, de santé mentale, ou l'abus, je suis quelqu'un qui préfère cacher complètement ce qui s'est passé [...] C'est parce que quand j'en ai parlé, là, en général, ce n'était pas bien reçu [...] Donc, j'ai peur qu'on dise que c'était pas vrai, ou surtout qu'on dise que je suis folle. Comme manger l'intérieur de mes joues, j'avais peur qu'ils ne pensent que je suis folle à cause de ça, parce que j'ai l'impression que je suis l'une des rares personnes qui faisait ça [...] Je n'en étais vraiment consciente que la semaine où j'allais chez le dentiste. Je savais qu'il était pour le voir, donc j'essayais d'arrêter, mais j'étais pas capable.*

### 3. Un retour à des expériences vécues dans le passé

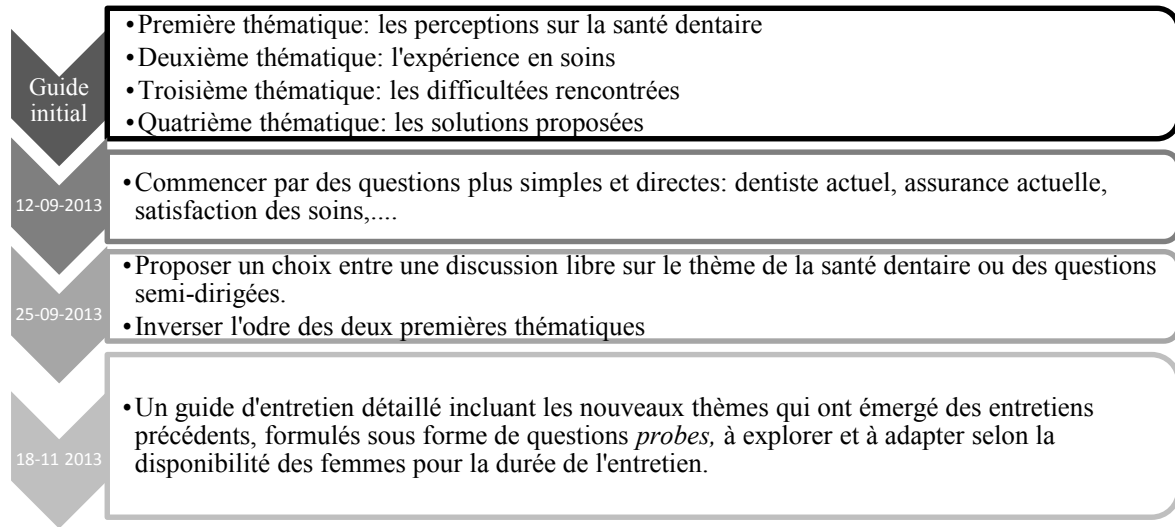
Le sujet des barrières aux soins dentaires peut ramener à des expériences d'enfance, comme celles de violence sexuelle ou d'attitudes parentales de négligence liées à la pauvreté. Cette prise de conscience par la femme durant les entrevues ou lors de la lecture des comptes rendus suscite des réactions différentes, selon le stade où elle se trouve actuellement dans son cheminement. Pour certaines femmes, c'est une opportunité d'essayer de comprendre les racines des difficultés rencontrées, d'en parler et d'essayer de trouver des solutions. Pour d'autres, c'est un retour vers des souvenirs traumatisants qu'elles voudraient juste oublier afin de pouvoir *évoluer*. Les témoignages suivants sont une illustration de ce retour pénible à l'enfance et l'exploration des conséquences et des solutions qui y sont reliées :

 P3. *Mon père n'avait pas d'assurance donc, c'était : ARRACHE!!*

 P1. *Sans vraiment les détails, c'est que j'ai été abusée sexuellement par deux hommes... J'étais vraiment jeune, donc tout ça fait en sorte que je ne suis pas bien avec un homme toute seule dans une pièce fermée [...] Donc, c'est pour ça que j'avais vraiment peur [...] Même aujourd'hui j'oserai pas aborder le sujet avec un dentiste [...] J'aurai peur d'être jugée, donc qu'il me voie différente des autres. J'étais même pas consciente de ce problème avant, c'est vraiment juste sorti en parlant, donc, dans le monde idéal, j'espérerai que je dirai quelque chose. Je dirai quelque chose de bref comme : «Je ne suis pas à l'aise seule avec un homme à cause de mon passé» [...] Si je dis « à cause de mon passé», peut-être qu'il pourrait mieux comprendre; il va peut-être moins juger.*

#### 4. Adaptions

Face à ces observations, il paraissait que la santé dentaire est un sujet *intime*, puisqu'il peut ressusciter des souvenirs ou dévoiler des bribes de vie. Les échanges dépendent donc de la relation entre les interlocuteurs, la manière dont ils se perçoivent mutuellement et les informations qu'ils sont disposés à partager. C'est aussi un sujet *complexe* qui va au-delà de la santé des dents et des tissus avoisinants, puisqu'il est ancré dans une réalité sociale contextualisée, qui évolue dans le temps et qui est animée par des découvertes de soi et une réflexivité en mouvance. Aussi, la situation de chaque femme est différente de l'autre, n'est pas statique et dépend de plusieurs facteurs interdépendants. Ces concepts seront explorés plus en détail dans le chapitre suivant, mais ils m'ont incité à encourager les femmes au cours des rencontres suivantes à parler de sujets qui les intéressaient, sans nécessairement suivre le guide d'entrevue. Elles ont pourtant préféré que des questions leur soient posées. Le guide a continué donc à être semi-dirigé et sa formulation initiale a été suivie en y apportant les modifications citées plus haut. Ainsi l'inversion des deux premières thématiques a permis de commencer par celle nécessitant des réponses narratives avant de passer à d'autres de nature plus réflexive. L'élaboration d'un guide incluant les thématiques émergentes (annexe 3) a permis, quant à lui, l'exploration itérative et l'approfondissement de concepts discutés par d'autres femmes. Ce processus est résumé dans la figure suivante tirée d'une vignette réflexive datant du 18 novembre 2013.



## II\_ LES THÉMATIQUES DISCUTÉES DURANT LES ENTREVUES

Les quatre thématiques principales du guide d'entretien ont été abordées, dans le cadre de complexité et d'intimité qui s'affirmait au fur et à mesure de l'avancement des entretiens individuelles et se confirmait lors des ateliers de discussion en groupe. Les thématiques des entretiens sont discutées dans les sections suivantes.


### A. Première thématique: La narration des expériences passées


La narration des expériences en santé dentaire a permis d'explorer les raisons des visites, leur fréquence ainsi que les traitements curatifs et préventifs réalisés. Elle correspondrait à la section des *indicateurs intermédiaires (I.I.)* du modèle HCAB (*traitements diminués, prévention diminuée ou consultation tardive*). Ces indicateurs intermédiaires décèleraient potentiellement la présence de barrières sous-jacentes aux soins. Les femmes répondaient à la question: «Parlez-moi de vos expériences en santé dentaire et en soins durant les dernières années ».

De manière générale, les visites chez le dentiste sont régulières pour les femmes participantes qui profitent des bénéfices du (POSPH). Celles qui ont relaté des visites irrégulières chez le dentiste, dans le passé ou actuellement, étaient plus âgées (recevaient une pension de support à la vieillesse), ou parlaient d'une période où elles vivaient avec des

parents travailleurs pauvres (emplois sans bénéfiques), ou encore qu'elles-mêmes n'avaient pas d'emploi (profitaient du régime de l'assistance sociale *Ontario au Travail*). Lorsque les coûts des soins sont défrayés de leur poche (ou celle de leurs parents), les soins dentaires entrent alors en compétition avec d'autres besoins plus urgents, comme la nourriture ou le logement et ne constituent plus une priorité. Les barrières sous-jacentes sont alors financières.

Certaines femmes parlaient au contraire de traitements préventifs précoces et soutenus, encouragées par des parents qui avaient eux-mêmes perdus leurs dents très tôt dans la vie, pour des raisons différentes: soit par manque d'informations sur la santé dentaire ou parce que c'était «la coutume» d'extraire les dents au lieu de les soigner. Ces femmes avaient donc profité de l'expérience des générations précédentes, qui avaient elles-mêmes subi des conséquences de barrières reliées aux connaissances ou aux croyances:


 P2. *Ça a commencé très jeune. Ma mère, elle attachait beaucoup d'importance aux soins dentaires parce que elle, elle n'a pas eu cette chance. Parce qu'à cette période, eux autres là, on ne leur disait même qu'il fallait prendre du calcium, puis toute ça... Elle a perdu toutes ses dents après ses grossesses... Alors dès mon enfance, on attachait, mes frères aussi, une importance à nos soins dentaires.*

 P1. *Ma mère est la seule de sa famille qui n'a pas de dentier (pour elle la santé dentaire est importante car les oncles et tantes ont eu des dentiers dans la vingtaine). Dans le village de ma mère, ils étaient pauvres. Ils se faisaient arracher les dents, puis ils finissaient avec un dentier [...] C'était la façon de faire dans le village de ma mère. Ils allaient chez le dentiste juste pour faire arracher les dents, jamais pour un nettoyage ou des traitements.*


Ce dernier témoignage introduit le concept d'un nouvel indicateur intermédiaire, l'adoption de traitements extrêmes alors que d'autres, plus conservateurs, pourraient être réalisés. Je nommerai cet indicateur: *traitements extrêmes* (non conservateurs) pour la suite de l'exposition des résultats et leur analyse. Bien que les traitements extrêmes puissent être intégrés dans les catégories de *prévention diminuée*, de *consultation tardive* ou encore de *traitements diminués*, j'argumente qu'il serait intéressant de les considérer comme une


catégorie à part. Les traitements extrêmes non conservateurs paraissent en effet, comme pouvant être eux-mêmes une conséquence des trois précédents, soit un indicateur de leur présence. Ils peuvent aussi constituer un indicateur à part, surtout relié à un manque d'information ou à certaines croyances en santé. D'autres études seront nécessaires pour confirmer ce choix.

En ce qui est des morbidités, les femmes racontent avoir souffert de caries, de maladies du parodonte (gingivites et parodontite), abcès, douleur et dent fracturées. Plusieurs disent aussi avoir des dents manquantes non remplacées et des restaurations fragilisées nécessitant des prothèses fixes qu'elles ne peuvent pas se permettre, puisque leur assurance ne couvre que des traitements de base. Cela dénote aussi des disparités en santé liées à des *traitements diminués* ou des *consultations tardives*:


 P2. *J'ai d'autres travaux à faire. Ça va me prendre des couronnes. C'est pas couvert [...] Ben ça fait pas mal. C'est pas encore à ce point-là, mais elle (la dentiste) voit des cracks, des fissures, là...Parce que moi, ça, mes gencives, quand je suis couchée, je fais ça comme ça, là.* (Elle serre les dents, et fait un lien entre le bruxisme et la fragilisation des restaurations dans sa bouche).


En ce qui est des traitements préventifs, ils consistent en des consultations régulières et des nettoyages, deux ou trois fois par année, réalisés dans des cliniques privées ou collégiales. Pour celles qui doivent payer de leur poche, les visites peuvent être espacées de dix mois à deux années. Quant aux traitements curatifs, il s'agit surtout d'extractions, de traitements endodontiques, de restaurations ou de prothèses amovibles partielles et totales. Les femmes qui ont des prothèses amovibles partielles ne les portent pas, ou encore ont extrait le restant des dents pour les remplacer par des prothèses totales. Ce qui suggère encore une fois des *traitements extrêmes* ainsi qu'un manque d'adhérence aux traitements, des barrières liées aux connaissances, aux croyances et potentiellement un manque de communication avec le dentiste:

 P5. *J'ai un partiel en bas qui a des broches et c'est connecté avec les autres dents... Ça m'achale, c'est pour ça que je ne le porte pas. Le dentier en haut ne m'achale pas.*

 P6. *C'était une erreur. J'avais mes vraies dents, puis il me manquait une dent en avant. À un moment donné, j'ai eu un partiel [...] (Elle a vomi son partiel sous l'effet de l'alcool et l'a perdu dans les toilettes). Folle, je m'en vais faire arracher les dents! J'aurais pas dû. Jamais! J'aurais pu avoir mon partiel. [...] J'ai dit ça va être mieux avec un dentier, ça va tenir mieux. Là, j'ai un dentier en haut. Il faut que j'aie un dentier qui me tienne en bouche. [...] Mais j'aurais dû garder mes dents.*


Plusieurs femmes parlent de troubles reliés à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM): douleur aux muscles masticatoires, craquement, ouverture buccale limitée ou blocage de la mâchoire. Certaines ont aussi porté des gouttières occlusales mais d'autres continuent à souffrir ne sachant quoi faire (*I.I. traitement diminué*). Bien que les femmes ne parlent pas d'étiologie de ces troubles de l'ATM, il est plus ou moins facile de retracer des liens causaux ou favorisants dans leur narration: dents manquantes non remplacées, anomalie de l'occlusion, dysharmonie dento-maxillaire (dents encombrées), bruxisme relié à l'anxiété ou la prise de médicaments psychotropes (serrement involontaire et excessif des dents)...

 P3. *Ma mâchoire elle barre [...] Ça (elle pose les mains sur les ATMs)...c'est comme disloqué, on dirait. J'entends comme un... comme un craquement.*

 P2. *C'est moins pire dernièrement, mais il y avait une période où je serrais beaucoup des dents. C'est de l'anxiété, le stress, la dentiste s'en est aperçue et elle m'a fait faire un... (Une gouttière occlusale).*

De ce qui précède, il paraît qu'il existe une disparité en santé dentaire liée à une morbidité élevée et l'adoption de *traitements extrêmes*; les indicateurs intermédiaires *traitements diminués, prévention diminuée et consultation tardive* sont aussi présents dans le discours des participantes, bien qu'à des degrés variables selon les femmes, et différemment pour une femme selon son statut social ou économique dans différentes étapes de sa vie. La narration de traitements extrêmes non-conservateurs dénote la présence de barrières financières certes, mais également de difficultés liées aux connaissances, aux croyances et à la communication.

Une participante déclare ainsi avoir besoin d'extraire une dent antérieure (une incisive centrale) nécrosée :

 P9. *Cette dent, là. Il faut qu'elle soit arrachée (...) parce qu'il n'y a plus de nerf dedans.*

Lorsque je lui demande pourquoi elle ne demanderait pas un traitement de nerf au lieu de l'extraire, elle répond surprise : « *Ça se fait ?* »

Malgré cela, les participantes perçoivent leur état de santé dentaire de manière positive, suggérant ainsi une discordance entre la santé perçue et la santé normative tel qu'il sera détaillé dans la section suivante.

#### B. Deuxième thématique: les perceptions sur la santé dentaire et l'évaluation de l'état de santé dentaire actuel


Cette section avait pour but de décrire les croyances et les connaissances ainsi que la santé dentaire perçue. Il s'agissait d'une étape préliminaire à l'exploration de barrières décrites comme cognitives par le modèle HCAB, ainsi que de certaines motivations qui poussent les femmes à percevoir un besoin de soins, et donc à consulter. Après avoir décrit leurs expériences en soins (première thématique), il devenait plus facile pour les femmes d'évaluer leur santé dentaire (SD), de situer leurs perceptions sur son importance, ses composantes et les conditions pour l'atteindre. Pour cela les femmes répondaient aux questions : «Pensez-vous que vous avez une bonne santé dentaire (l'état de SD perçu)? Que représente pour vous une bonne santé dentaire (perceptions sur la SD)? Comment peut-on savoir si une personne a une bonne santé dentaire (les indicateurs d'une bonne SD)? Que faire pour avoir une bonne santé dentaire? (les pratiques en SD) ».


##### 1. L'évaluation de l'état de santé dentaire et les indicateurs d'une bonne santé dentaire

La majorité des femmes évaluaient leur santé dentaire comme étant globalement très bonne ou bonne, malgré le fait que plusieurs d'entre elles avaient identifié des besoins de traitements ou des signes de maladies. Leur évaluation s'est basée sur plusieurs critères se résumant ainsi :

### 1.1. La santé dentaire normative.

Deux femmes basent leur évaluation sur la santé normative mesurée par le dentiste, ou encore le fait que le dentiste n'ait tout simplement pas déclaré un besoin de traitement :

 P2. *J'ai une très bonne santé dentaire. Mon dentiste me l'a dit, Tsé je veux dire, à part que j'ai besoin de couronnes, là. J'ai de très bonnes dents... J'ai toujours eu de belles dents. [...] Je me considère comme chanceuse parce que j'ai des dents en santé. Tsé je veux dire que c'est pas tout le monde qui a ça !*


 P5. *Le dentiste me dit pas rien, mais en cas de négatif il dirait, s'il y aura de problème, il dirait...*

### 1.2. L'absence de signes de maladies

L'évaluation de l'état de santé dentaire est parfois basée sur l'absence de douleur, de mauvaise haleine ou de saignements.

### 1.3. L'amélioration de l'état de santé dentaire et des conditions de vie

L'amélioration des signes de maladie, des habitudes d'hygiène et d'alimentation est reliée au changement de la situation sociale et à l'élimination des facteurs de stress majeurs :


 P1. *Il (le dentiste) dit que je fais beaucoup de progrès à ce niveau-là. (Elle avait souffert de gingivite depuis plusieurs années). Donc, clairement depuis que je suis partie de chez moi je fais plus attention.*

### 1.4. La fonctionnalité : mastication et élocution

Deux femmes pensent avoir une bonne santé dentaire, malgré l'absence de plusieurs dents non remplacées par des prothèses; elles justifient cela par le fait qu'elles arrivent à très bien

manger. Une bonne mastication est ici le critère essentiel de l'évaluation (« *Je peux manger mon manger pareil* » ou encore « *Je suis habituée* ».)

Pour une autre femme qui regrette d'avoir extrait ses dents et porté une prothèse alors qu'elle était jeune, la cause principale derrière sa gêne est qu'elle n'arrive pas à prononcer ses mots correctement :

 P6. *À un moment donné, j'étais tannée. Tannée d'avoir un dentier surtout en haut pour parler. Je trouve que mon parler, c'est comme d'avoir une patate dans la bouche.*

### 1.5. La satisfaction des besoins psychosociaux

Une femme se compare à sa fille qu'elle trouve en bien meilleur état de santé dentaire qu'elle, car cette dernière a eu un traitement orthodontique. Elle dit que si elle avait des dents plus alignées, cela améliorerait son bien-être psychologique et social, ou comme elle l'exprime: «P3. *Je serais moins gênée quand je souris*».

## 2. Les perceptions sur la santé dentaire


Il serait important d'explorer d'avantage les fondements de la santé dentaire perçue décrits précédemment et leurs liens avec la décision de consulter un dentiste. Une approche dans ce sens serait de commencer par décrire la manière dont les participantes définissent la santé dentaire, son importance, ses signes et les moyens de l'atteindre.

### 2.1. Les définitions de la santé dentaire

La définition de la santé dentaire répond aux critères d'évaluation décrits précédemment par les femmes. Ainsi les trois concepts les plus souvent cités pour définir la santé dentaire sont : l'absence de signes de maladies (carie, douleur, problèmes de gencive), l'esthétique et une bonne mastication. L'esthétique est définie pour certaines femmes par l'alignement et la couleur blanche des dents : « *La santé dentaire c'est de belles dents, de belles dents blanches* », ou encore « *de belles dents blanches, un beau sourire* ». Pour d'autres femmes, « *On peut avoir une bonne santé dentaire sans avoir de belles dents* » mais « *si les dents ne*

*sont pas en santé, ça paraît tout de suite »; l'esthétique serait alors liée dans ce cas à l'absence de tartre ou au nombre de dents manquantes.*

Une participante décrit reconnaître qu'une personne a une bonne santé dentaire selon deux critères :


 *P9. La personne n'a pas de carie (...) Si elle fait soigner ses caries.*

Ces deux indicateurs de la santé dentaire décrits par une participante (absence de carie et traitements réalisés) reflètent certains enjeux en épidémiologie orale. L'indice CAOD par exemple, mesure les dents cariées, absentes et obturées; les dents cariées sont un indicateur de maladie et de besoin en traitement, alors que les dents obturées indiquent la présence antérieure de caries, certes, mais aussi une utilisation de services et donc une amélioration de l'état de santé.

## 2.2.L'importance de la santé dentaire


La santé dentaire est vue comme étant une partie intégrante de la santé physique, de la socialisation et du bien-être émotionnel. C'est aussi un pilier essentiel de l'économie. Voici comment les femmes décrivent cette importance:


a) Le corps est un tout indissociable. La santé dentaire affecte le reste du corps.


 *P2. Les soins dentaires c'est important parce que c'est ...Si on n'a pas de bonnes dents, si on n'a pas de dents en bonne santé, il y a toutes sortes d'autres problèmes qui vont surgir. Il va y avoir des problèmes de gencives malades, je veux dire, tsé, ça peut aller jusqu'à des cancers. La digestion sera pas bien...On a besoin de nos dents pour être en bonne santé. [...] (La santé dentaire) ça fait partie de toute la santé, la santé physique, mentale, tout ça, tout notre corps est un morceau, là, si on sépare une chose, puis qu'on essaie de mettre ça à part...*

b) L'aspect des dents et des gencives ainsi que l'haleine sont des indicateurs de la santé de l'individu et un élément essentiel à sa socialisation. Les femmes disent porter une attention particulière aux dents des autres et à leur haleine, sans vouloir


pour autant porter de préjugés, surtout qu'une mauvaise santé dentaire est reliée à la pauvreté.

 P5. Une femme affirme qu'une personne qui a des dents *pourries* ne peut pas parler avec les autres car « *elle a une méchante haleine. C'est « gross » et ça ne paraît pas bien. Ça regarde mal.* »

 P2. *La première chose que je regarde chez une personne c'est son sourire. [...] Quand je regarde une personne, puis que esthétiquement c'est pas beau, c'est souvent, ça dénote qu'il y a un problème de santé dentaire [...] J'essaie de ne pas trop juger parce que les gens qui vivent la pauvreté et tout ça, c'est toujours eux-autres qui sont les premiers affectés. Ils sont pénalisés, puis ils n'ont pas le droit à une bonne santé dentaire.*


 P6. *Je suis une personne propre. (Au sujet de l'halitose) Mais je ne lui tournerais pas le dos. Comme j'en connais une, mais je lui parle pareil. J'arriverai pas, puis la laisser de côté, car elle sent de la bouche, ou qu'elle est pas belle, ou qu'elle est mal habillée. Non, moi je vais avec tout le monde.*

c) Le plaisir de manger contribue à un bien-être émotionnel, souvent affecté lors de la perte de dents ou du port de prothèses:

 P2. *Va manger avec ça là!! La digestion se fait pas bien...Tu peux pas manger qu'est-ce que tu veux là. Tu peux pas croquer dans une pomme... Tu peux pas!*

Les prothèses peuvent aussi être refusées par les plus jeunes, car elles sont associées au vieillissement précoce.


d) La perte de journées de travail à cause de la douleur, des urgences et des maladies dentaires porte préjudice à l'économie:

 P2. *C'est une carence de la part des gouvernements de ne pas comprendre que la santé de la population est importante pour avoir...S'ils veulent avoir une bonne*


*économie, il faut que leur société, les citoyens, soient en bonne santé parce que c'est eux autres qui contribuent à l'économie.*


### 3. Prendre soin de sa santé dentaire


Comme stratégies pour garder une bonne santé dentaire, les femmes citent les visites régulières pour un nettoyage et les bonnes habitudes d'hygiène (brossage régulier, fil de soie, bains de bouche, rinçages à l'eau salée). Une seule participante cite des difficultés pour se brosser les dents :

 P9. *C'est difficile (...) C'est trop d'ouvrage brosser les dents.*

Pour d'autres femmes, la santé dentaire est reliée à une bonne nutrition : manger moins de sucre, boire de l'eau, et surtout consommer beaucoup de fruits et de légumes. Une mauvaise santé dentaire est souvent associée à la malnutrition ou à un régime alimentaire non équilibré chez des personnes démunies. Aucune femme ne cite le fluor comme moyen de prévention.

 P2. *La santé dentaire, c'est la bonne nutrition. C'est une bonne nutrition, c'est aussi simple que ça!*

 P3. *Manger des fruits et des légumes. Pas juste de la gomme puis les bonbons.*

 P2. *C'est cheap, c'est pas cher le sucre, tu t'booste avec ça [...] J'en avais vu des fois, les sans-abri, là. Ils vont au Mac Do, ou est ce qu'ils pourraient avoir des sachets de sucre ou n'importe quoi là, puis ils s'boostent là-dessus! [...] Ils en mettent plus à la portée des gens parce qu'ils se font piquer des sachets de sucre. Mais il y avait une époque où est-ce que les sachets de sucre étaient un peu partout, puis ils rentraient et en mettaient plein les poches.*

### C. Troisième thématique : Les difficultés rencontrées

Cette section explore les différentes barrières aux soins telles que perçues par les femmes.


## 1. Les barrières financières

Il s'agit de barrières financières liées au coût des soins, des produits d'hygiène dentaire ou des déplacements pour aller chez le dentiste.


### 1.1. Les coûts des soins

De manière générale, les barrières financières aux soins sont liées à trois facteurs essentiels selon la situation de la femme: l'absence d'assurance, une sous-assurance (les traitements de base sont couverts uniquement) et une méconnaissance des programmes de subvention ou des soins couverts. Dans ce dernier cas, les barrières financières sont liées à un besoin en informations, donc à un autre groupe de barrières, catégorisées comme cognitives, dans le modèle HCAB (les connaissances, les croyances et la communication).

Les femmes qui ont participé aux entrevues étaient toutes bénéficiaires du programme POSPH à l'exception de l'une d'entre elles qui recevait une pension de sécurité vieillesse et qui devait payer pour ses soins de sa propre poche. Cette dernière n'avait pas consulté de dentiste depuis plusieurs mois et manifestait un besoin en informations quant aux coûts des soins ou des services qu'elle pourrait recevoir soit gratuitement, soit à coûts réduits. Elle exprime aussi une gêne à avoir recours à de tels services:


 P6. *«Je sais que ça devrait être pas mal cher. Ça doit faire beaucoup. [...] (Sur la possibilité de pouvoir recevoir de l'aide pour des soins dentaires) Peut-être qu'il y en a que je ne sais pas...J'en ai entendu des femmes parler [...] Des femmes qui ont des pensions vieillesse comme moi. Puis il y a une place que tu peux appeler, je pense. Mais moi, je veux dire, comme, tsé, je fais des sacrifices, j'essaie de mettre de l'argent de côté.»*


Quant aux bénéfices dentaires du POSPH, il n'existe pas de consensus parmi les femmes en ce qui est des soins couverts:

 P1. *ODSP (POSPH) paie seulement pour des soins de base. Je ne sais même pas ce que ça couvre [...] Je ne pense pas que ODSP paie pour faire réparer les caries, ça je ne suis pas certaine. Mais finalement il y a des gens qui vont se faire arracher les dents parce qu'ils n'ont pas d'argent. ODSP c'est vraiment des soins de base. Je*


*pense que c'est juste les nettoyages [...] (En parlant des restaurations) Je ne sais pas, peut-être ça dépend du nombre aussi ...si t'en a comme 4 ou 5 je ne pense pas qu'ils vont (couvrir les soins). [...]Si tu fracture une dent, je ne pense pas qu'ils vont réparer ça. [...]Je pense que même les dentiers...Ils coûtent tellement chers les dentiers.*

Celles qui ont besoin de soins non couverts par le POSPH, des couronnes pour des dents très cariées ou fracturées par exemple, doivent faire le choix entre opter pour des soins couverts (des *traitements extrêmes* non conservateurs comme extraire les dents et les remplacer par des prothèses amovibles), ou payer de leur poche si le dentiste offre des plans de paiement.

 *P3. Il y a un couple d'années, 2-3 ans, y a fallu que je refasse tout faire parce que ça l'a tombé. Et puis Invalidité couvre pas ça. Alors il a fallu que ça soit de mes poches. Ma mère m'a aidé un peu. C'était une chirurgie avec des pivots [...] J'ai fini de payer en février (deux ans plus tard). J'étais chanceuse parce que mon dentiste ça faisait longtemps qu'on se connaissait, puis elle a dit: je te fais confiance. Elle dit je sais que tu vas me payer. C'est pas toutes les dentistes qui vont faire ça.*

 *P9. Ça coûte cher (...) Ma dent, j'ai payé 375 pièces (...) J'avais ODSP, mais ils ne couvraient pas tout.*


Sur un autre plan, bien qu'aucune participante n'occupe actuellement un emploi à temps plein, certaines femmes parlent de membres de leur famille qu'elles considèrent comme moins chanceuses qu'elles, vu qu'elles n'ont aucune assurance couvrant les soins dentaires, même pas ceux de base. Il s'agit d'une catégorie décrite dans la littérature comme employés pauvres (*working poor*).


 *P3. C'est leur emploi. Elles ont des emplois précaires, elles n'ont pas d'assurance, elles n'ont pas de plan [...] Elles, quand elles vont, c'est quand elles ont une dent qui fait mal, une dent qui n'est pas en santé [...] Eux autres, leurs dents, là. Je ne sais pas ce qui va arriver [...] Au moins, moi, j'ai Invalidité (POSPH) qui couvre les nettoyages, les plombages, et s'il faut arracher une dent, mais elles autres, elles ont même pas ça là!*

Finalement, les barrières financières aux soins dentaires constituent une difficulté changeante et imprévisible. En effet, la situation de la femme peut «s'améliorer» lorsqu'elle commence à recevoir des bénéfices d'un programme comme POSPH:

 P1. *Mais maintenant j'ai ODSP, donc maintenant c'est couvert.*


Elle peut aussi perdre certains bénéfices, lorsque le dentiste n'accepte plus les assurances subventionnées par le régime public ou lorsque la personne avance en âge. Même pour les personnes recevant les bénéfices du POSPH, il paraît que les soins couverts puissent être considérés individuellement de manière discrétionnaire. Les femmes font alors souvent face à des situations imprévisibles, où elles ne savent pas à quoi s'attendre si elles décident de consulter, si les bénéfices auxquels elles ont droit seraient acceptés par le dentiste, si les traitements nécessaires seraient assumés en totalité, et le cas échéant, la part qu'elles devraient payer:

 P1. *Quand j'étais partie de chez moi, au début, j'avais pas d'assurance, vu que je suis au chômage (Ontario au Travail). Donc j'avais juste 200 \$ par mois pour vivre. Donc qu'est-ce que je faisais, j'allais à Cité Collégiale.*


 P6. *Il (le dentiste) n'acceptait plus le monde sur Mother's Allowance. Ça c'était pas comme Welfare, mais quelqu'un qui a des enfants. Tsé, j'ai travaillé dans ma vie, mais j'ai tombé malade aussi.*

## 1.2. Le coût des produits d'hygiène dentaire

De manière générale, les produits d'hygiène dentaire sont décrits comme étant abordables à l'exception de la soie dentaire. Il s'agit parfois d'une charge financière supplémentaire, entrant en compétition avec des besoins plus vitaux. Les femmes en achèteront alors moins souvent, ou essaieront d'en trouver dans des centres communautaires. Celles qui en reçoivent de leur dentiste tentent d'en garder de côté, en réserve:

 P1. *Avant d'avoir ODSP, c'est assez difficile. La pâte à dents, c'est pas si pire que ça. Ça coûte pas trop cher. Tu peux en trouver pas cher en magasin. J'avais plus de*

*la misère avec la soie dentaire parce que je ne voyais pas ça comme nécessaire. Donc souvent je l'achetais pas. La brosse à dents oui je l'achetais mais je l'utilisais au moins 4 mois...par ce que je n'avais pas d'... Mais j'étais quand même chanceuse, il y a des centres pour femmes qui en donnent une fois de temps en temps. Mais c'est pas assez souvent [...] Je ne pense pas que c'était une priorité. M'acheter, je sais pas, quelque chose à manger et une brosse à dents. J'aurais été achetée à manger..*


 *P2. Quand je vais chez mon dentiste, elle me donne toujours une brosse à dent, puis une petite pâte à dent, mais la pâte à dent, moi je m'en achète. Quand même ça dure assez longtemps [...] J'en ai cumulé des brosses à dents [...] Le fil dentaire, aussi ça, j'ai ma réserve.*

### 1.3. Les coûts liés aux transports


Il ne s'agit pas d'une barrière financière majeure, surtout que les femmes utilisent les transports en commun, ont des cartes à coût réduit et aiment se déplacer à pied lorsque c'est possible.

## 2. Les barrières structurales

La distance géographique est parfois un critère de choix du dentiste pour les femmes, mais celles qui ont eu le même dentiste depuis longtemps en étant satisfaites de ses services, sont prêtes à le suivre s'il change d'adresse:

 *P2. Je veux dire quand t'as un bon dentiste...Euh, ben, tu te déplaces, là!*

En cas de mobilité réduite, la femme peut avoir recours à des services de transport pour personnes handicapées ou à la rigueur, elle s'adapte:

 *P5. Je peux appeler OC Transpo, mais ça prend du temps. Faut que t'appelle une heure d'avance. Puis tant que je suis capable de marcher et d'utiliser ma marcheuse, je prends l'autobus ordinaire. Puis d'habitude, si l'autobus, il est plein, ben ils me laissent une place à m'asseoir. Des gens sont assez courtois... Le chauffeur d'autobus... ben... va dire il y a une personne handicapée et de laisser une place.*

### 3. Les barrières personnelles et interpersonnelles


Cette section, qui devrait correspondre aux barrières cognitives du modèle HCAB, a été modifiée par des rajouts et des dénominations différentes, puisque certaines difficultés décrites par les femmes ne correspondaient pas directement aux catégories de connaissances, croyances ou communication telles que décrites par le modèle initial.


#### 3.1. Les limites des *barrières cognitives* telles que décrites par le modèle HCAB

Le contexte de vulnérabilité sociale dans lequel vivent ces femmes francophones en situation minoritaire est modulé par des caractéristiques personnelles et interpersonnelles et des trajectoires particulières, telles que l'exclusion sociale, les problèmes de santé mentale ou les expériences passées d'abus. Bien que la conception du modèle HCAB ait pour but d'établir une taxonomie axée sur des barrières modifiables et non sur les caractéristiques personnelles, les auteurs n'ont pas exclu la possibilité de décrire des barrières non modifiables. D'autre part, dans le cas de cette étude, certaines réalités liées au parcours personnel, comme les expériences d'abus ou les problèmes de santé mentale, ont des conséquences relationnelles et communicationnelles sur l'expérience de soins, empêchant parfois la femme de consulter ou affectant sa satisfaction envers les services. De telles caractéristiques, ancrées dans des difficultés émotionnelles, seront classées dans une catégorie à part, mais leurs effets sur les autres catégories comme la communication ou les connaissances seront élucidés en cours de route, justifiant ainsi ce choix, identifié lors de la revue de littérature (chapitre 2, section II-8: Autres catégories), et à valider certainement par des études plus approfondies.


#### 3.2. Le besoin en informations: les connaissances


À la question : « Pensez-vous que vous avez besoin d'informations spécifiques sur la santé dentaire? » Ou « Comment faites-vous pour obtenir de l'information sur la santé dentaire? », les femmes affirmaient généralement ne pas en avoir besoin ou pouvoir l'obtenir facilement:


 P2. *Je pense que je sais...J'en sais beaucoup. Y a peut-être des choses, de la nouvelle...dans la recherche ou qu'il y a des choses nouvelles sur le marché...*

 *P1. On dirait que c'est pas si important pour moi, surtout que moi en ce moment, j'ai pas de problèmes avec mes dents [...] J'imagine que le plus que je vais vieillir, peut-être le plus que je vais y penser.*

Certains propos sous-tendaient parfois un besoin en information non perçu, non déclaré ou exprimé avec hésitation. L'incertitude concernant les soins couverts par certains programmes subventionnés en est un exemple. L'utilisation de certains termes comme «le scorbut» pour décrire des maladies parodontales, ou l'hésitation à l'égard de l'étiologie, le diagnostic, les traitements et le pronostic de certains problèmes d'occlusion et leurs conséquences, ainsi que les effets secondaires des médicaments psychotropes, autant d'indices qui prônent pour une exploration plus approfondie du besoin en informations:

 *P1. Je pense que la seule question qui m'intéresserait et que j'aimerais avoir une réponse, c'est quand est-ce qu'un overbite (sur-occlusion) commence à causer des problèmes?*

 *P3. La mâchoire, elle barre, je ne sais pas si ce sont les dents qui font ça.*

 *P9. Ma dent. (J'aimerais savoir) comment ça peut se passer pour que je puisse garder ma dent.*

Aussi, plusieurs femmes pensent que les dentistes n'expliquent pas assez; ce besoin sera développé plus en détail dans la section des barrières communicationnelles.

### 3.3. Le besoin en information: les croyances

Plusieurs croyances sur la santé dentaire ont été explorées à travers les deux premières thématiques. Des propos additionnels ont été partagés en discutant de la troisième thématique. Elles se résument ainsi:

- a) La santé dentaire fait partie d'un tout et ne peut être séparée de la santé physique ou du bien-être émotionnel.
- b) Plusieurs recommandations générales en santé sont parallèlement attribuées à la santé dentaire. Ainsi pour prendre soin de ses dents, une femme cite qu'il faut éviter de consommer du sucre, mais aussi le sel et le gras. Une alimentation saine pour les


dents comprend selon elle les produits laitiers riches en calcium, mais aussi les fruits et les légumes. Or, plusieurs fruits étant acides, leur consommation en grande quantité pourrait en réalité porter préjudice à l'émail des dents. Finalement, une femme spécifie qu'elle éviterait certains aliments néfastes pour les dents, principalement parce qu'ils sont néfastes pour le corps, accordant ainsi plus d'importance à la santé physique.

- c) Les prothèses totales tiennent mieux que les partielles et sont moins gênantes en bouche.

#### 3.4. Les barrières communicationnelles

Les difficultés communicationnelles sont principalement liées à la langue parlée par les professionnels de santé dentaire, surtout le dentiste et l'hygiéniste, ainsi qu'à leur disposition pour expliquer et intégrer le patient dans la prise de décision.

- a) Le début de l'entretien a comporté ainsi une section explorant les langues parlées par la participante et la langue qu'elle préfère dans un cadre de soins. Parmi les participantes qui se déclarent francophones unilingues, une femme dit ne pas avoir de préférence pour la langue du dentiste. Les autres préfèrent que leur dentiste et hygiéniste soient francophones. Parmi les quatre femmes parfaitement bilingues, trois disent ne pas avoir de préférence quant à la langue parlée par le professionnel de santé. La quatrième femme bilingue préfère que son dentiste soit francophone car elle serait plus à l'aise pour comprendre des mots techniques. Finalement une des femmes bilingues qui disait que la langue n'était pas un critère de choix du dentiste, déclare durant une deuxième rencontre qu'en fait, elle hésitait de communiquer avec un dentiste anglophone, de peur qu'il ne juge ses compétences linguistiques.
- b) L'explication des traitements, procédures et recommandations est un pilier essentiel d'une bonne communication entre le dentiste et ses clientes, et aide à établir les fondements d'une bonne relation. Plusieurs femmes pensent qu'elles ne reçoivent pas assez d'explications pour leur permettre de comprendre les options, de répondre à des questionnements ou inquiétudes, de faire des choix éclairés, d'avoir des informations sur la santé dentaire et d'en être rappelées au besoin « *parce que des fois on oublie* »:

 P6. *Je trouve qu'il y a des dentistes qui n'expliquent pas assez. Ils vont dire : on va te faire examiner la bouche, tu vas dire, ben, j'ai besoin d'un dentier. Ils vont dire si t'es sur Disability (POSPH): OK. Ils vont te regarder les dents... Oh ben écoute, on va signer les papiers. Mais ils t'expliquent pas rien d'autre chose [...] C'est très important d'expliquer, je trouve. Des fois il y a des dentistes, ça veut pas dire qu'ils sont méchants, ils ont juste pas le temps de tout dire, ils vont dire certaines choses si la femme demande. Il faut que la femme demande parce que le dentiste il ne peut pas deviner toute pour la femme.*


Les participantes qui sont satisfaites de leur relation avec le dentiste disent que la communication est essentielle pour se sentir à l'aise et en confiance:

 P2. *Elle (la dentiste) m'a tout expliqué...Elle me montrait toute...Moi quand je vais chez le dentiste, je veux tout voir...Comment qu'elle va faire, puis c'est quoi qu'elle va me mettre.*

La brèche communicationnelle provient aussi de la difficulté que rencontrent certaines femmes à exprimer leurs besoins. Deux femmes qui ont fait allusion à une histoire d'abus durant leur enfance, disent «*supporter la douleur sans rien dire*». Plusieurs facteurs empêchent la femme de s'exprimer:

- Un sentiment de culpabilité face aux situations d'abus, ne serait-ce que verbal. Comme conséquence la femme souffre en silence et n'exprime pas ses besoins
- Une peur qu'elle ne soit pas crue ou qu'elle soit perçue comme «anormale», malade, victime ou ne disant pas la vérité.

Elles hésitent alors à poser des questions ou à parler de leur gêne, tout en espérant que le dentiste reconnaisse les signes non verbaux de détresse. Si l'abuseur est un homme, la difficulté de communication se manifeste surtout avec un dentiste homme.

 P1. *C'est drôle, hein, mais avec un homme je ne suis pas capable de le dire. A moins que je ne commence à pleurer parce que c'est tellement trop difficile, là je vais le dire.*


En conclusion, les difficultés communicationnelles paraissent liées à trois facteurs essentiels: la langue parlée, les explications fournies par les professionnels et l'initiative de s'exprimer prise par les femmes. Ce dernier point est lui-même influé par des difficultés émotionnelles et la peur du jugement.


### 3.5. Les barrières émotionnelles


Plusieurs difficultés émotionnelles sont ancrées dans le vécu des femmes et affectent sa capacité de communiquer ainsi que sa relation avec le personnel soignant. Il s'agit principalement de la peur du dentiste et d'une frustration liée à des attitudes de stigmatisation de la pauvreté par le personnel soignant, de responsabilisation sur l'état de santé dentaire ou encore du sentiment que les conséquences de l'abus et des problèmes de santé mentale sont parfois gérés avec difficulté et gêne par les professionnels.


#### a) La peur du dentiste

Dans le discours des femmes, la peur du dentiste est une barrière pouvant rendre l'expérience désagréable ou empêcher de consulter. Elle suscite des émotions fortes et ses causes ne sont pas toujours connues. Elle est ancrée dans des expériences antérieures de douleur ou d'abus. Il s'agit aussi parfois de peur liée à l'injection d'anesthésie ou aux compétences interpersonnelles du dentiste. La peur peut s'atténuer avec l'âge ou encore persister et s'aggraver.


 *P1. À 17 ans, j'ai commencé à avoir très peur du dentiste. Je pense que mon anxiété sociale à ce moment était très haute, ou plus haute qu'avant. J'ai pas vraiment trouvé les causes pourquoi j'avais si peur que ça.*

 *P3. J'ai peur du mal. Tsé, quand tu vas chez le dentiste, t'as déjà mal, puis tu veux pas que ça fasse plus mal!*

 *P2. Puis il avait pas de façon avec les enfants. On avait toutes peur de lui. Puis on se faisait piquer...J'ai un de mes frères qui perdait connaissance quand il allait.*

 *P6. Il était un petit peu sévère puis il disait : STOP! Arrête de grouiller. Ou bien donc une fois j'avais bougé puis il dit : Stop because you're gonna have the needle on your*


*hand! (Arrêtez sinon vous allez avoir l'aiguille sur votre main). So j'ai eu une mauvaise expérience de lui [...] Parce que j'étais pas une personne brutale, j'étais douce...Mais des choses de même quand t'es jeune, ça affecte...Je n'ai jamais parlé de ça, c'est drôle que j'en parle aujourd'hui. Mais je ne l'ai pas trouvé gentil.*


 *P6. Quand le dentiste m'a fait peur, je ne l'ai pas dit. Dans ce temps, on ne disait rien, Comme quand j'étais abusée quand j'étais jeune aussi [...] C'est des choses que t'oublie. Puis en grandissant, ben t'oublie, quand tu te maries t'as encore oublié mais vient un moment que ça te revient. Puis avec le dentiste, vois-tu, ça c'est parti ça aussi...Mais y a toujours un blocage là-dedans. On l'oublie mais y a toujours un blocage en dedans. Puis t'as aussi peur parce que tu dis à toi-même...Ben peut-être...c'est correct, là, ce qu'on fait, ce qu'on nous a faite.*

 *P9. Quand, j'étais adolescente, j'aimais pas ça, les piqûres.*

b) L'attitude du personnel comme source de frustration et de déception.


Deux femmes rapportent qu'elles ont été profondément touchées par des attitudes du personnel soignant et administratif dans les cliniques dentaires. Il s'agit surtout de la responsabilisation face à l'état de santé dentaire et du sentiment qu'une personne n'est pas traitée de la même manière selon son statut socio-économique:

 *P2. Je faisais des dépressions à ce moment, là...Puis l'hygiéniste dentaire, elle m'a donné de la merde parce que mes dents... J'étais... J'avais pas brossé comme il faut, puis y avait ci, puis y avait ça, puis elle disait, tsé, t'as rien qu'à te grouiller.*

 *P3. C'est parce qu'on dirait que c'est comme, quand t'es sur une pension d'invalidité (POSPH), tsé que c'est couvert, on dirait que t'étais pas traitée de la même façon [...] Comme une fois j'avais oublié de...d'enlever mes bottes...puis elle a dit, ben fort, devant tout le monde: Madame, enlevez vos souliers! Comme OK, je vais les enlever, là!*

### c) Le cadre de soins comme bien-être émotionnel

Dans le contexte des peurs et des appréhensions liées au cadre de soins, l'expérience peut devenir une source de souffrance pour la femme qui, au contraire, espère continuer à y trouver un refuge luxueux, un sanctuaire lui permettant d'oublier momentanément la réalité de pauvreté dans laquelle elle se trouve.

 *P1. La clinique a l'air très luxueuse [...] Quand je vais à la clinique, c'est agréable aussi parce que j'oublie pour environ une heure que je vis en dessous du seuil de la pauvreté.*

### 3.6. Les barrières relationnelles

Les barrières relationnelles semblent découler des deux précédentes. Ainsi, les difficultés de communication et les émotions ressenties peuvent entraver l'établissement d'une relation de confiance, affectent la satisfaction quant aux soins reçus, engendrent des désaccords par rapport aux traitements et peuvent aller jusqu'à altérer l'image du dentiste. Cette section a été approfondie par les échanges en groupe durant les ateliers.

#### D. Quatrième thématique : Les solutions proposées

La section précédente a permis de confirmer la complexité des barrières aux soins dentaires. En effet, il s'agit de difficultés étroitement reliées et s'affectant mutuellement. Elles sont ancrées dans les perceptions, les émotions et les expériences du passé. Elles varient aussi à travers le temps, et les femmes n'en sont que partiellement conscientes ou ne peuvent pas cerner toutes leurs dimensions. C'est pour ces raisons qu'il a été parfois difficile d'identifier des solutions aux difficultés rencontrées et de les exprimer. Un deuxième constat est que les solutions aux difficultés rencontrées sont souvent vues comme émanant de l'autre: qu'il s'agisse de politiques gouvernementales, d'attitudes, de support ou d'offre de communication, les femmes voudraient se tourner vers l'extérieur pour chercher des solutions, mais ne peuvent souvent pas le faire d'elles-mêmes; elles préfèrent alors, supporter, accepter, ne rien dire, ne plus retourner à la clinique, ou même aller jusqu'à douter de leurs perceptions. La participation à l'étude est une occasion pour elles de réfléchir à leur situation et peut-être d'encourager d'autres à le faire, dans l'espoir que des actions puissent


être posées un jour. Les solutions sont alors exprimées comme *une action espérée, voulue mais difficilement atteignable*.

## 1. Les stratégies pour vaincre la peur.

Plusieurs stratégies sont proposées pour vaincre la peur. Premièrement, il a été discuté que trois conséquences principales pouvaient découler des expériences antérieures d'abus, affectant ainsi la qualité de l'expérience en soins. Il s'agit de la peur du dentiste en tant qu'homme, d'un sentiment de culpabilité ainsi que de la difficulté à exprimer ses peurs et ses besoins. Les solutions proposées s'enlignent avec ces trois points.

### 1.1. Le cadre de soins


Les difficultés sont plus ressenties avec un dentiste homme alors le changement de dentiste est cité comme solution, bien qu'aucune des participantes n'envisage vraiment de le faire.

 *PI. Avec une femme, c'est ça, j'ai pas les mêmes problèmes, donc j'ai pas de problèmes d'être avec elle dans une seule pièce...Je...On dirait que je suis plus ouverte avec une femme, donc je laisserai voir mes émotions aussi [...] Je ne pense pas que je changerai de dentiste, je ne sais pas, j'étais même pas consciente de ce problème avant, donc c'est vraiment juste sorti en parlant.*

Par contre, certains facteurs peuvent rendre l'expérience moins traumatisante. Une participante arrive à en identifier trois: une porte ouverte, de fortes lumières et la présence continue de l'assistante dans la salle, des conditions qui permettent de se sentir plus en sécurité et d'éviter de rater des rendez-vous.


### 1.2. S'exprimer ou être accompagnée

Face à la difficulté d'exprimer sa souffrance, ses besoins ou d'expliquer ses émotions, deux solutions seraient de: tenter de parler et/ou d'être accompagnée à la clinique par une personne pouvant fournir des explications.

 *PI. Dans le monde idéal, j'espère que je dirai quelque chose [...] Peut-être que j'amènerai quelqu'un avec moi, en général, ça l'aide beaucoup...J'apporterai*


*probablement une intervenante, pas juste...J'apporterai probablement quelqu'un qui peut expliquer à ma place, donc pas juste une amie.*


Curieusement, une participante préfère ne pas être accompagnée à la clinique. Elle explique que l'accompagnement l'empêcherait de réagir pour exprimer sa peur. Il s'agit en quelque sorte d'une perte de pouvoir:

 *P9. J'aime mieux aller toute seule. Je suis plus à l'aise pour réagir (...) Pour réagir, s'il y a quelqu'un à côté de moi, je suis plus craintive. Je ne sais pas comment l'autre va bouger, comment l'autre va agir.*

### 1.3. L'offre de service


Plusieurs femmes identifient l'offre de service comme une solution aux brèches relationnelles, elles-mêmes ancrées dans les difficultés émotionnelles et communicationnelles. Il s'agit de prendre l'initiative d'avancer des informations, d'expliquer les procédures et les possibilités de traitements et finalement de s'assurer que la femme ne soit pas en souffrance.


 *P6. Au moins j'apprends plus de choses [...] Surtout une personne gênée, elle demande pas d'explication, elle demande pas rien. Comme il faut que tu sois montrée dans la vie, puis des fois on a peur de parler.*


 *P1. Je pense que la seule chose que je voudrais...Je pense que oui: j'aimerais que le dentiste me demande si telle ou telle procédure me fait peur. En général, ils vont pas vraiment me le demander [...] En fait, ils m'ont juste passé le rendez-vous sans rien dire, sans me demander : «Est-ce que ça va?»*

### 1.4. Se conditionner graduellement

La peur du dentiste, lorsqu'elle est liée à la douleur, peut-être conditionnée et estompée avec le temps, surtout si la perception du bénéfice de se faire soigner l'emporte sur la crainte de la douleur ou de la seringue.

 *P5. Une fois que tu connais le dentiste, puis tu prends une grosse respiration avant d'aller, puis tu te calmes. Plus t'es relaxée, plus le travail se fait mieux.*

 P2. *J'avais passé à travers ça...Faire des piqûres pour me faire geler, là.*

 P9. *Je ne suis pas confortable chez le dentiste, mais étant donné que j'y allais souvent, je me suis apprivoisée.*

## 2. Les relations au sein du réseau social

Les membres de la famille, les amis, les voisins et les travailleurs sociaux forment un réseau pouvant offrir le support au besoin. Bien que certaines personnes peuvent avoir un effet délétère, d'autres peuvent conseiller sur les bonnes habitudes, partager leurs expériences en soins, référer à leurs dentistes ou accompagner durant les visites.


## 3. Les solutions aux barrières financières.


La discussion sur les barrières financières avait englobé les expériences des femmes participantes et celles de membres de leurs familles. Ainsi, il s'agissait de difficultés liées à l'absence d'assurance ou à la sous-assurance. Les solutions proposées comprennent des politiques gouvernementales pour la lutte contre la pauvreté et pour l'accès universel aux ressources: celles reliées aux besoins quotidiens, dont la nourriture équilibrée, tout comme celle reliée à la santé, dont l'accès à la santé dentaire. Le rôle des organismes humanitaires est aussi soulevé comme médiateurs de l'offre des soins et comme promoteurs de la compassion humaine.

### 3.1. Le rôle du gouvernement

Une femme explique comment les gouvernements se doivent d'évaluer l'importance de la santé de l'individu comme membre à part pleine de la société et comme promoteur de l'économie. Elle décrit leur responsabilité d'instaurer et de promouvoir des politiques qui permettent un accès équitable à la nourriture, à l'emploi et la santé. Loin de vouloir se lancer dans un discours politique sur la légitimité, l'efficacité ou les critiques de l'État-Providence, elle trace plutôt une image claire du vécu d'une personne vivant dans la pauvreté, sa perception du contexte socio-politique dont elle a besoin pour surmonter ses difficultés, ainsi que les raisons de vouloir considérer la santé dentaire comme une part indissociable de la santé générale et mentale, dépendant autant qu'elles sur un emploi sécurisant, un repas


assouvissant et la conviction que des personnes compatissantes lui réservent empathie et soutien.

 P2. *Donnons les moyens aux gens pour qu'ils puissent s'occuper de leur santé [...]*  
*Ça fait des siècles que la pauvreté existe, avant c'était l'esclavage. Maintenant c'est tout simplement du 'cheap labour', c'est de l'esclavage pareil! [...]* *C'est loin des dents, là, mais je veux dire c'est parce que ça va tout ensemble, tout est connecté ensemble. [...]* *(Ça contribue) à une meilleure qualité de vie. Tsé pour avoir une meilleure qualité de vie, il faut avoir une meilleure santé...Pour moi une meilleure qualité de vie c'est d'avoir trois repas par jour, trois BONS repas! Avoir un toit sur la tête et être bien habillé pour le climat, euh... et avoir un accès à l'éducation, à une bonne éducation. Il y a des talents qui se perdent, qui se gaspillent.*

 P2. *Une mauvaise nutrition ça fait tomber les dents! [...]* *Pourquoi est-ce les produits essentiels qui sont importants pour la santé sont si chers ? [...]* *Les aliments comme les légumes puis toute ça, mais il faudrait que ça soit abordable [...]* *Les produits laitiers, Même du yogourt [...]* *Tout est relié, on ne peut pas parler juste des dents. La santé dentaire, c'est la bonne nutrition.*

### 3.2. Les organismes, la responsabilité civile et la compassion humaine.

Dans une autre vision humanitaire, elle examine la possibilité que des dentistes bénévoles offrent des soins dentaires gratuits, comme il est le cas pour Dentistes Sans Frontières par exemple. Les personnes en besoin leur seraient référées par des organismes communautaires ou humanitaires:

 P2. *Pourquoi on ne le fait pas chez nous, tsé? On peut avoir des docteurs qui vont ailleurs, puis qui vont faire gratuitement pour des cas extrêmes. [...]* *Il pourrait y avoir...un organisme installé puis eux autres, ils s'occuperaient ... Comme la Croix Rouge [...]* *Avoir plus de compassion dans notre société puis redonner à l'autre.*

## PARTIE 2- RÉSULTATS DES ATELIERS DE DISCUSSION

Les ateliers de discussion avaient pour but de faciliter les partages autour de thèmes choisis par les femmes. Ils ont eu lieu en raison d'un atelier par semaine pour une période de près de quatre mois (de mi-octobre à mi-février). Les ateliers avaient une durée moyenne de 75 minutes. Six participantes ont contribué aux discussions, incluant la chercheuse principale. Parmi les cinq autres participantes, deux ont été présentes de manière occasionnelle alors que les trois autres se sont engagées tout au long du processus. Il est important de signaler que trois des cinq femmes avaient déjà pris part aux entrevues individuelles alors que les deux autres avaient préféré une option de participation en groupe uniquement. La dynamique des ateliers et leur caractère participatif ont permis de surmonter les difficultés de partage liées au concept d'*intimité* du sujet de la santé dentaire, ainsi que d'explorer en profondeur ses composantes *complexes*. La continuité et la présence prolongée ont aussi permis l'appropriation et la restitution des perceptions qui n'ont cessé d'évoluer sous l'effet d'une *réflexion en mouvance*. L'âge diversifié des participantes, leur parcours et leur accès différent aux régimes d'assurances publiques, sont autant de facteurs qui ont enrichi les échanges et permis aux femmes de s'entraider dans le partage des difficultés et la recherche des solutions.

### I- JUSTIFICATION DE L'APPROCHE – ATELIER 1

Afin de présenter le contexte de la recherche et ses fondements méthodologiques, j'ai présenté deux travaux durant le premier atelier, une affiche et un poème. L'affiche présentait les deux modes de participation, soit les entrevues et les ateliers (des montagnes unicolores et multicolores), en utilisant un dessin et des découpages. Elle a servi de support visuel afin d'animer la discussion autour de deux concepts que je tenais à partager avec les femmes:

- Un dessin, une image, une photo ou tout autre moyen d'expression portant un message, peuvent avoir des significations différentes selon la personne qui les perçoit.
- Dans une entrevue, chaque personne reproduit un point de vue nuancé par ses perceptions, alors que les échanges en groupe façonnent des réalités construites



socialement, par une prise de conscience et une réflexion sur les perceptions, facilitées et façonnées par celles des autres.

Le poème, dont un extrait est illustré ci-contre, avait pour but de :

- Présenter un autre mode d'expression possible.
- Se présenter en tant que personne et chercheure.
- Présenter deux principes de la recherche participative: le choix des sujets et du déroulement des ateliers se fera en collaboration avec les différentes participantes et se basera sur leurs motivations et attentes.
- Insister sur l'unicité de chaque femme, source de richesse des échanges.
- Insister sur les ressemblances entre les participantes, source de rapprochement.

*Partant de son expérience, ses questionnements, ses inquiétudes,*

*Elle voulait décrire les besoins dentaires en menant une étude,*

*Auprès de femmes qui lui ressemblaient tout en étant uniques*

*Elle voulait parler des problèmes, des solutions, des tentatives...*

*Mais espérait aussi que les femmes, par elles-mêmes décident.*

## II- LES THÉMATIQUES PROPOSÉES – ATELIERS 3-5

Trois ateliers avaient pour but de comprendre les attentes des femmes et de décider des sujets de discussion. Le premier s'est basé sur des œuvres que les femmes avaient intuitivement préparées et désiraient partager. L'objectif de cette séance était de mieux connaître les membres du groupe et de favoriser l'émergence de sujets. Ainsi les femmes ont présenté un collage, un poème et un dessin. Les premières thématiques émergentes comprennent:

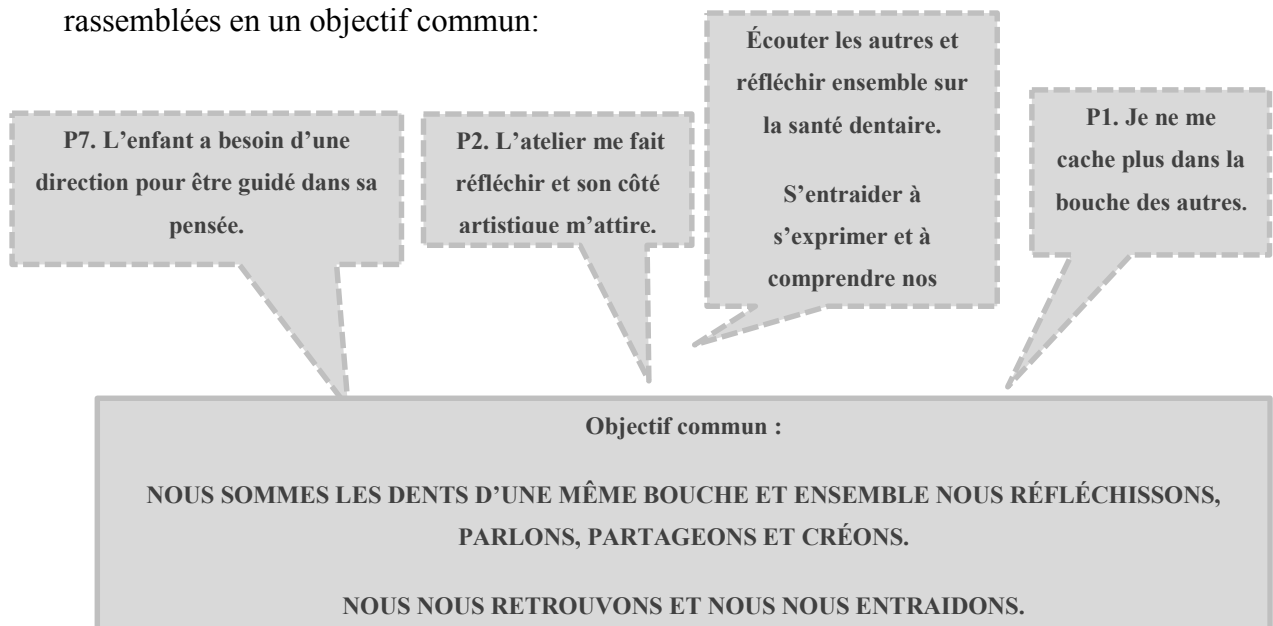
- La médiatisation excessive et la commercialisation par les professionnels de l'esthétique dentaire, se basant sur des attitudes d'objectivation (*la femme-objet*), et constituant un stress potentiel à la femme qui devrait chercher la perfection sur plusieurs plans et ce, malgré les contraintes sociales et financières.
- L'importance des dents, la difficulté d'en prendre soin, et les conséquences d'une mauvaise santé dentaire sur la mastication, le plaisir de manger et l'estime de soi.

- Des liens entre les dents et les souvenirs d'enfance ainsi que l'association de la forme des dents à des personnages connus ancrés dans la mémoire et ramenant des épisodes de bonheur.

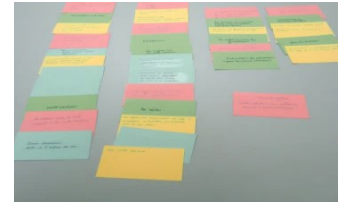
L'atelier suivant avait pour but de déterminer un objectif commun pour les prochaines rencontres, en réfléchissant sur nos attentes et les raisons qui nous ont incités à participer, et ce, en dessinant des symboles, en choisissant des images 'parlantes' et en les décrivant.



Les femmes avaient finalement articulé le résultat de leurs réflexions par des phrases-objectif (dans l'ordre respectif des photos précédentes), puis ces dernières ont été rassemblées en un objectif commun:



Il est facile de retracer parmi les vignettes celle de la chercheuse principale traduisant les questions initiales de la recherche, ses objectifs et ses méthodes participatives. Il est aussi intéressant de noter que les objectifs des co-chercheuses se déclinent plutôt en désirs de s'exprimer, d'être guidées, de réfléchir et de créer. Le choix de l'expression «nous sommes les dents d'une même bouche», proposée par une femme, fait écho avec un concept introduit par le poème du premier atelier, celui de l'unicité et de la ressemblance. En effet, les dents d'une même bouche ont une structure semblable, mais ont chacune une forme et un rôle qui leur sont propres, permettant ainsi à l'ensemble de travailler en harmonie pour réaliser les fonctions de la dentition. Le travail en groupe est aussi mis en emphase à travers les verbes 'partager' et 's'entraider'. Pour les participantes, le but ultime est certainement de 'créer' à travers les activités artistiques, mais surtout de mieux se comprendre et 'se retrouver.' Le *savoir de présentation* est ainsi conjointement ancré dans *le savoir propositionnel* et constitue son vecteur.



Le troisième atelier avait pour but de décider des sujets à discuter. Il s'est inspiré d'une activité remue-méninge décrite par Chevalier et Buckles (2013) et adaptée afin de répondre à l'objectif de l'atelier. Les femmes ont ainsi listé les sujets de discussion qui les intéressaient sur des cartons colorés (chaque femme avait une couleur différente). Les cartons ont ensuite été regroupés selon leur appartenance à une même thématique, formant alors des piles. Les motivations des femmes peuvent être retracées à travers les couleurs des cartons dans la liste. Il est aussi possible d'observer le nombre de cartons qui décrivent le même sujet, donnant ainsi une idée sur les préoccupations du groupe (les similitudes et les particularités). Les principales thématiques étaient alors :

- Les relations entre la santé physique, mentale et dentaire.
- La peur du dentiste et du cadre de soins.
- Le réseau social : rôle dans l'éducation à la santé dentaire et dans la lutte pour surmonter les conséquences de l'abus sexuel.
- Les coûts liés aux différents traitements dentaires et l'effet sur l'esthétique.

Cette dernière thématique répond à un besoin en information; il a été convenu qu'elle sera discutée dans le cadre d'une présentation adressée à toutes les femmes du centre. Le sujet des

barrières financières aux soins a été indirectement abordé en discutant des trois premières thématiques. Sa relation avec les autres composantes a été examinée lors d'un atelier de validation des résultats.

Les femmes ont préféré réaliser les activités au centre et qu'elles soient planifiées selon des propositions venant de ma part. Il est en effet difficile pour elles de s'engager à un travail supplémentaire à l'extérieur du centre. Dans un souci participatif, cette modification a été adoptée à l'unanimité. Les activités ont alors été conçues de manière à être réalisées au centre et de susciter les réflexions sur les thématiques choisies, tout en gardant la possibilité de modifications proposées par les participantes en cours de route. Huit ateliers de discussion et deux ateliers d'analyse et de validation des résultats ont alors été animés.

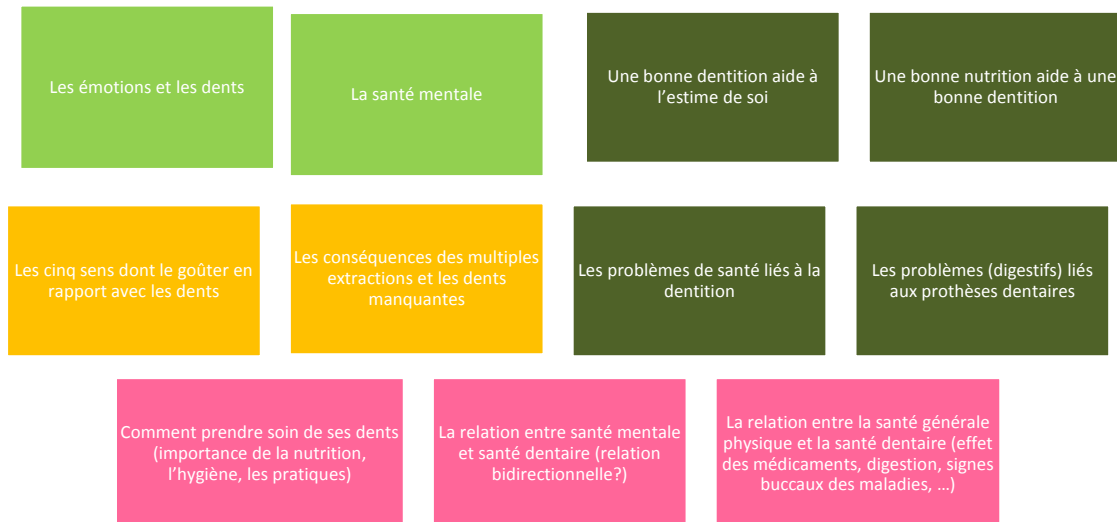
### III- LES THÉMATIQUES DISCUTÉES

Dans ce qui suit, je décrirai brièvement le déroulement des activités et les résultats des discussions pour chaque thématique discutée. Une description plus exhaustive fera l'objet du recueil à part. Plusieurs activités ont été réalisées dans un cahier de dessin considéré comme journal de bord artistique ou en groupe sur un bloc-notes conférence. Les participantes pouvaient parallèlement noter leurs commentaires et réflexions dans un agenda.

#### A- PREMIÈRE THÉMATIQUE: Les relations entre la santé dentaire, mentale et physique

Les cartes-sujets correspondant à cette thématique sont représentées en annexe (Figure 11, ici- bas).

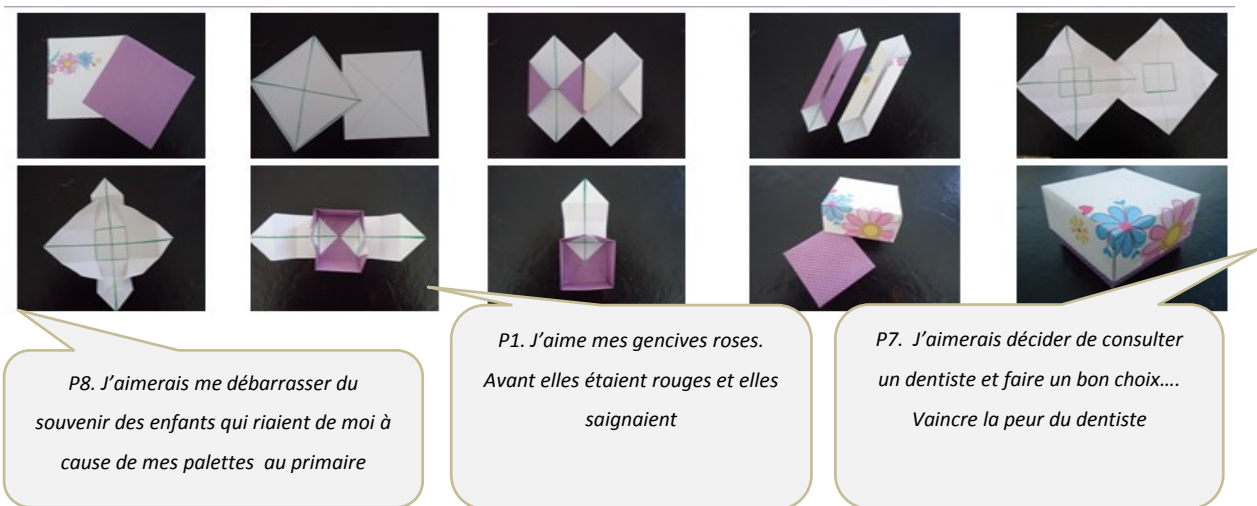
*FIGURE 11 : Les cartes-sujets de la thématique 1*



Il s'agissait principalement de discuter des relations entre la santé dentaire, mentale et physique. Trois activités ont été organisées en ce sens.

### 1. La première activité : Une boîte à secrets

Cette activité induisait la réflexion autour de l'état de santé et permettait l'ouverture de soi sur les autres tout en ayant la possibilité de garder certains aspects secrets. Il s'agissait de réaliser des boîtes en origami (Darley & Heath, 2008) puis d'y insérer des messages eu égard l'état de santé dentaire, mentale et physique. Seuls les messages concernant la santé dentaire sont partagés; les autres restent cachés dans la boîte à secrets. Ces messages doivent décrire : ce qu'on aime; ce dont on aimerait se débarrasser; ce qu'on est dans le processus de changer. L'activité considérée comme préliminaire méditatif n'a pas été analysée ou discutée; le discours a été pourtant animé par l'effet des expériences passées, des narrations de progrès et des désirs de changement.



Un bénéfice additionnel de l'activité était de réaliser que l'ouverture de soi permet de se connaître et de mieux communiquer avec les autres (DeVito, Chassé, Vezeau;2001), sans pour autant être obligée à tout dévoiler.

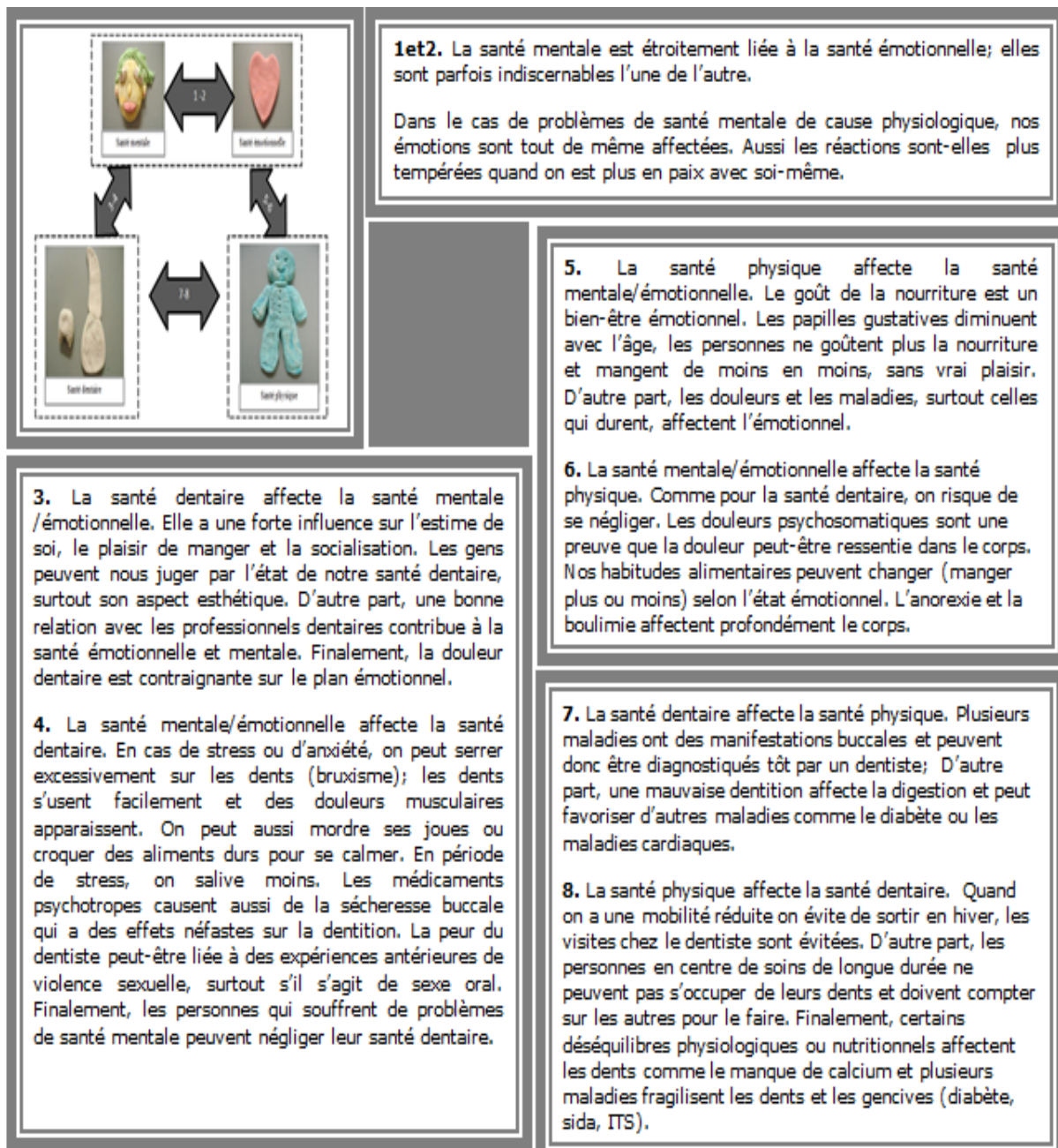
### 2. La deuxième activité : modelage par la pâte à sel et relations symbolisées par des flèches en papier coloré



L'activité préliminaire d'introspection et de partage a introduit la suivante, qui consistait à façonner des symboles en pâte à sel symbolisant la santé dentaire, mentale et physique, puis

de réfléchir sur des relations ou des influences entre les trois états de santé. Afin de visualiser ces relations, les femmes plaçaient des flèches entre les symboles au fur et à mesure, tout en justifiant leur choix. La description détaillée des résultats des échanges a été réalisée sous forme schématique (Figure 12, ici-bas); elle a été illustrée par des poèmes additionnels et un dessin représentant des parties dissociées du corps afin d'appuyer la nécessité de considérer le corps comme une entité inséparable.

Figure 12 : La nécessité d'une prise en charge interdisciplinaire de la santé dentaire



Les concepts discutés peuvent être résumés en cinq points principaux :

- a. Les états de santé dentaire, mentale et physique sont étroitement dépendants les uns aux autres. La santé dentaire est directement affectée par les réalités vécues quotidiennement par les femmes comme la malnutrition ou les problèmes de santé mentale.

*P2. Il ne sert à rien d'investir dans sa santé dentaire et de payer une fortune pour les soins si on se nourrit mal, si on n'a pas une bonne santé mentale, si on prend beaucoup de médicaments, on va finir par payer plus... Après un tel investissement, il faut pouvoir en prendre soin.*

- b. La santé dentaire est un bien-être émotionnel ancré dans le plaisir de manger. Les sensations de plaisir sont liées au goût de la nourriture, souvent affecté par l'âge et l'effet des médicaments psychotropes. Ce plaisir est aussi lié à une bonne fonction masticatoire, soit la possibilité de mastiquer longuement afin de pouvoir savourer des aliments rarement disponibles.

*P1 Le paradis est sur terre, et pas dans les nuages. Oui, le paradis est une tarte aux pommes, toute chaude, toute croustillante, toute odorante.*

*P1 Tout ralentit, soudainement, les dents, la langue, les papilles. Un orgasme des sens, des sentiments multiples, la griserie.*

*P1 La nourriture est la vie. Point final.*



- c. La santé dentaire est un bien-être social lié à l'estime de soi et à la manière dont les autres nous perçoivent. Elle peut faciliter la socialisation, ou au contraire mener à l'exclusion.
- d. Les problèmes de santé mentale peuvent augmenter le risque des maladies buccodentaires surtout que la personne peut négliger son corps. La xérostomie et autres effets secondaires de médicaments psychotropes constituent un facteur de risque indirect pour les caries et les maladies parodontales.

- e. La discussion a mené à une prise de conscience des relations, souvent bidirectionnelles, entre les problèmes de santé dentaire et les maladies chroniques ou infectieuses, comme les maladies cardiaques, les maladies pulmonaires ou le diabète.

Les femmes ont ainsi défini la santé dentaire et se sont exprimées sur son importance de manière intuitive et fluide; ce qui n'était pas toujours le cas durant les entrevues individuelles. Leurs perceptions se sont enlignées, sans savoir préalable, avec la définition de l'Association Dentaire Canadienne ([http://www.cda-adc.ca/fr/about/position\\_statements/](http://www.cda-adc.ca/fr/about/position_statements/)):

*«La santé buccodentaire est un état des tissus et des structures associés à l'appareil buccodentaire d'une personne qui contribue à son bien-être physique, mental et social et qui améliore sa qualité de vie, en lui permettant de s'exprimer, de s'alimenter et de socialiser sans douleur, malaise ou gêne»*

À travers ces interactions entre l'état de santé dentaire, mentale et physique, les femmes ont avancé des arguments pour la prise en charge holistique, interdisciplinaire et personnalisée de l'individu par les professionnels de la santé.

### 3. La troisième activité: mandala des quatre saisons.

Afin de clore cette thématique et faisant suite aux activités précédentes, il était intéressant de regarder comment chaque femme situait sa santé dentaire, mentale et physique dans la vision d'interaction discutée. La réflexion à travers ces activités avait donc évolué du particulier au général dans un effort de conceptualisation, puis de nouveau au particulier dans un but pragmatique d'application et d'action.

L'activité consistait à dessiner un mandala représentant les quatre saisons, de discuter de la symbolique des saisons, puis de placer les symboles en pâte à sel aux endroits où la santé (dentaire, mentale et physique) était située. Il est important de noter qu'un examen sémantique de la condensation de l'entretien en compte-rendu permet de compter une quinzaine d'expressions en lien avec le champ lexical du changement et de l'action. Lors de la validation des résultats avec les participantes, elles ont offert quatre interprétations à ce constat:

- Un changement un cours: l'état de santé dentaire étant intimement lié à l'état de santé mentale. Certaines participantes ont évolué dans la prise en charge des situations qui affectent leur état de santé mentale. Il en a résulté une amélioration de la santé dentaire.
- Un désir de changement : Elles sont insatisfaites de certains aspects de leur santé dentaire et souhaitent l'améliorer.
- Le changement est inévitable puisque l'état de santé dentaire dépend de l'âge; il se détériore en vieillissant. Le changement est aussi inévitable puisqu'il va dans le même sens que la santé physique et mentale. De plus, la santé dentaire peut varier avec toute crise sociale, perte d'emploi ou déménagement.
- Un changement des perceptions sur la santé dentaire et son importance a eu lieu à travers les ateliers.

Les participantes ont ajouté à cela l'espoir que leur partage apporterait des changements chez d'autres (professionnels ou femmes dans leur situation). Le titre du projet (l'objectif commun) a alors été modifié en: *«Nous sommes les dents d'une même bouche. Ensemble nous changeons.»*



*P7. Je fais beaucoup de choses au printemps et je suis plus encouragée à faire du changement. J'aimerais faire du changement au niveau de ma santé dentaire*

*P1. Ma santé dentaire était en hiver. Avant rien ne changeait, je n'en prenais pas soin, c'était monotone. Ensuite je suis passée au printemps, il y a eu beaucoup de changements dans ma vie puis j'ai commencé à prendre soins de mes dents. Maintenant je me vois en été parce que c'est la saison où je fais le plus de choses, je suis la plus active, je mange le mieux. Je prends le plus soin de ma santé en été. Je serai en automne éventuellement quand je serai plus âgée et que je commencerai à perdre mes dents.*

## B- DEUXIÈME THÉMATIQUE: Les peurs et les appréhensions liées au cadre de soins

Les sujets rassemblés en cette deuxième thématique (Figure 13, ici-bas) ramenaient aux barrières émotionnelles, communicationnelles et relationnelles aux soins. En effet les femmes avaient centré les sujets autour de la peur, des caractéristiques d'un bon dentiste et des bases d'une bonne relation. Deux activités ont été proposées: l'arbre à problème et les conditions d'une bonne relation.

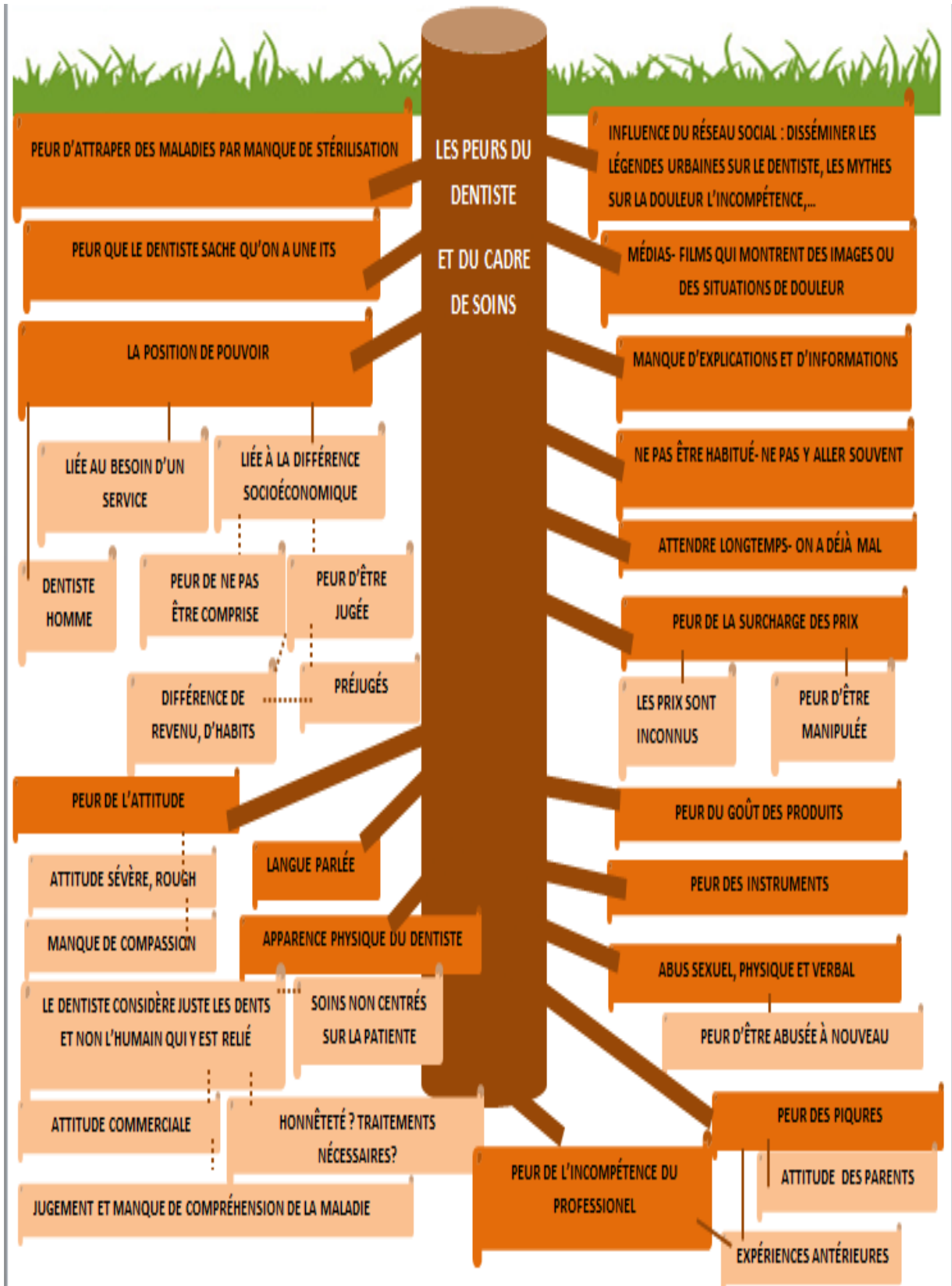


FIGURE 14. Au-delà de la peur du dentiste, des appréhensions liées au cadre de soins.

A- Des effets et des solutions



B- *Des racines profondes*



*TABLEAU 4 : Matrice Causes-effets- solutions des appréhensions liées au cadre de soins.*

**MATRICE CAUSES-EFFETS-SOLUTIONS**  
**LES PEURS ET APPRÉHENSIONS EU ÉGARD DU DENTISTE ET DU CADRE DES SOINS**

PROBLÈMES CAUSANT LA PEUR	EFFETS ET CONSÉQUENCES	SOLUTIONS
<b>PEUR RELIÉE AUX EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES NÉGATIVES</b>	<p>Les expériences négatives n'ont pas toujours d'effet à long terme si la patiente sait que c'est l'attitude du dentiste qui est en cause.</p> <p>La peur peut empêcher d'avoir les traitements nécessaires ainsi que affecter la qualité de vie et la santé générale (digestion par exemple)</p>	<p>Changer de dentiste</p> <p>Parler avec le dentiste</p> <p>Faire de l'exposition graduelle</p>
<p><b>PEUR RELIÉE À L'ATTITUDE :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manque de professionnalisme : responsabilisation du patient sur l'état de sa bouche sans prendre en compte son état de santé mental</li> <li>2. Manque de compréhension de la santé mentale. Manque de compassion.</li> <li>3. L'être humain n'est pas considéré au-delà de ses dents. Les soins ne sont pas centrés sur le patient</li> <li>4. Le dentiste est dur physiquement et verbalement avec la patiente. Attitude défensive du personnel soignant.</li> <li>5. Attitude commerciale</li> <li>6. Doutes sur la nécessité des traitements (honnêteté du dentiste, exagération des risques encourus, erreurs de diagnostic)</li> <li>7. Attitude sévère</li> <li>8. Manque de communication</li> </ol>	<p>C'est humiliant, rabaissant, dégradant.</p> <p>Cela ramène dans la sensation de viol.</p> <p>Manque de confiance dans le verdict du dentiste</p>	<p>Changer de dentiste</p> <p>Soins centrés sur le patient</p> <p>Dentiste accueillant et aimable</p> <p>Rechercher une deuxième opinion. Mais est-ce que tous les dentistes demandent d'être rémunérés pour la consultation?</p> <p>Cela reconforte le patient si le dentiste admet une erreur</p> <p>Protocoles de diagnostic à suivre</p> <p>Le patient est considéré aussi important que le dentiste, ce qui lui permet de poser les questions qui l'inquiètent</p>

<p><b>PEUR LIÉE À UNE EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE D'ABUS SEXUEL, PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU VERBAL:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peur de la relation de pouvoir (homme)</li> <li>2. Peur de l'homme en général</li> <li>3. Flash-backs : La relation avec une personne d'autorité ou la position durant les soins fait revivre la situation d'abus sexuel, physique ou verbal par les personnes en cause (abuseur, soldat militaire, ...)</li> <li>4. Angoisse liée à l'inconnu, à ne pas savoir à l'avance ce qui va se passer</li> <li>5. Quand on est dans une relation personnelle abusive, parfois on ne le sait pas. On réagit alors à des stimuli abusifs sans connaître la cause de nos réactions et sans pouvoir les expliquer</li> <li>6. On se culpabilise facilement</li> <li>7. On s'assimile à un objet et non à une personne qui a un avis</li> <li>8. Peur qu'ils sachent qu'on a peur : de crainte d'être jugée ou d'être abusée à nouveau par le dentiste.</li> </ol>	<p>Éviter d'aller chez le dentiste</p> <p>Difficulté à avaler ou sentiment d'étouffer</p> <p>Plus haute tolérance de la douleur physique, sensation douloureuse amoindrie ou différée : on se dissocie de son corps et de son entourage, on ne sent plus rien. Quand on revient dans son corps, on recommence à ressentir la douleur. C'est une manière de se protéger et d'éviter les flash-back.</p> <p>Moindre tolérance de la douleur verbale et émotionnelle.</p> <p>Fuir la situation douloureuse</p> <p>On ne s'exprime pas car on se sent responsable de la situation défavorable et qu'on mérite d'être maltraités. On endure la situation désagréable. On accepte que certaines choses nous soient imposées.</p>	<p>Emmener une intervenante avec nous</p> <p>Adapter le cadre des soins : lumières fortes, portes ouvertes, présence de l'assistance dans la salle, une salle d'attente accueillante (magazines, chaises confortables, jeux pour les enfants, tout ce qui peut mettre à l'aise avant d'entrer dans la salle de soins)</p> <p>S'exprimer pour dire qu'on a peur ou qu'on a mal, si on est capable de le faire</p> <p>Plus de dentistes femmes</p> <p>Chercher un dentiste homme ayant une attitude favorable.</p> <p>Éducation du personnel soignant en vue d'acquérir des compétences non seulement professionnelles mais aussi personnelles</p> <p>Le professionnel explique plus et à l'avance (avant d'agir)</p> <p>Inclure une formation sur les conséquences de l'abus dans les programmes d'éducation des professionnels de santé.</p> <p>Rôle d'intermédiaire et d'éducation pouvant être joué par des hygiénistes à l'échelle communautaire</p> <p>Exposition graduelle</p>
<p><b>PEUR RELIÉE AU RETARDEMENT DES SOINS (causes financières ou autres)</b></p>	<p>On souffre déjà de douleur en consultant alors on risque d'avoir encore plus mal durant les soins ou qu'on soit obligé d'extraire la dent</p>	

<p><b>NE PAS ALLER SOUVENT CHEZ LE DENTISTE. NE PAS Y ÊTRE HABITUÉ</b></p>	<p>Être habitué à visiter régulièrement le dentiste permet de réaliser que la situation n'est pas dangereuse et qu'il n'y a pas de raison d'avoir peur</p>	<p>Une exposition graduelle consiste à se fixer des défis graduels et de tenter de les surmonter par étapes progressives.</p>
<p><b>MESSAGES MÉDIATIQUES</b></p> <p>Certains messages surtout dans les films et autres émissions télévisées montrant des interventions douloureuses chez le dentiste, des extractions ou des patients qui crient.</p>	<p>Anxiété par rapport aux soins et anticipation de la douleur</p>	<p>Critique</p>
<p><b>PEUR DES PIQUES</b></p> <p>1. Liée aux expériences antérieures : de douleur lors de l'anesthésie. L'expérience de piqûres par des insectes (guêpes, abeilles) a été citée par une femme lors de la validation des résultats comme cause potentielle de peur</p> <p>2. Liée à l'anxiété parentale</p>	<p>Éviter les soins</p>	<p>Se conditionner – Apprendre que ce n'est pas dangereux</p> <p>S'assurer que la dent est bien anesthésiée avant de commencer le traitement</p> <p>Séparer les parents anxieux des enfants</p>
<p><b>APPARENCE PHYSIQUE DU DENTISTE</b></p>		
<p><b>PEUR LIÉE AUX MANIFESTATIONS BUCCALES DES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</b></p>	<p>Éviter de rendre visite au dentiste ou au médecin de famille lorsque l'infection est visible Sentiment de honte</p>	<p>Attendre que l'infection passe Si possible aller chez le médecin de famille pour demander des médicaments afin de se soigner</p>
<p><b>PEUR LIÉE AU RISQUE D'ÊTRE CONTAMINÉ PAR DES MALADIES TRANSMISSIBLES CHEZ LE DENTISTE PAR MANQUE DE STÉRILISATION</b></p>		<p>Déballer les instruments stériles devant le patient</p>

<b>PEUR LIÉE AU GÖÛT DE CERTAINS PRODUITS QUE LE DENTISTE UTILISE</b>	Réactions nauséuses, avoir 'mal au cœur'.	Exprimer cette appréhension au dentiste, demander de faire vite ou d'un seul coup, ...
<b>PEUR DES INSTRUMENTS ET DES BRUITS</b>		Cacher les instruments derrière le patient, surtout avec les enfants Fermer les yeux; images diffusées (télévision, objets suspendus) Écouter de la musique
<b>PEUR DE L'INCOMPÉTENCE DU DENTISTE</b>  La compétence du dentiste est certainement professionnelle (technique) mais aussi interpersonnelle et humaine		Références par des amis ou la famille  Vérifier s'il y a des plaintes contre le dentiste auprès de l'ordre si cette possibilité existe  Chercher un dentiste où on sent qu'il y a une certaine harmonie, que le dentiste est à notre écoute : écoute du verbal et du non-verbal  Importance de bâtir une relation de confiance surtout à la première séance
<b>LES MYTHES ET LES LÉGENDES URBAINES PERPÉTUÉES PAR LE RÉSEAU SOCIAL</b>  Influence de la socialisation et du réseau d'amis surtout au secondaire sur les perceptions	Perceptions reliées à la douleur des soins et l'incompétence du dentiste	
<b>PEUR DE LA SURCHARGE DES PRIX</b>  1) On ne sait pas à quoi s'attendre 2) Les prix sont élevés 3) Les consultations et le devis sont payants		Afficher une marge de prix pour chaque traitement dans la salle d'attente  Réaliser des estimés gratuits pour les traitements à venir.

De ce qui précède, il paraît que la peur définit un champ où se côtoient des appréhensions liées aux attitudes, de l'anxiété face à l'inconnu, un stress lié au vécu et parfois des phobies ancrées dans les expériences antérieures de douleur et d'abus. La matrice précédente montre que les deux causes les plus discutées sont la peur de l'attitude des professionnels et celle liée à des expériences antérieures d'abus. Il est important de noter qu'une participante a activement participé à la discussion sur l'abus durant cet atelier dévoilant ainsi des expériences passées qu'elles n'avaient pas partagé auparavant. Finalement, une participante n'arrivait toujours pas à identifier la cause de sa peur à ce stade des échanges, et pensait alors qu'aucune solution ne pouvait être proposée pour y remédier

## 2. Les conditions nécessaires à une bonne relation.

La deuxième activité avait pour objectif de préciser les besoins relationnels dans le cadre de soins et de prendre conscience de l'effort nécessaire pour entretenir cette relation. C'est une

activité symbolique inspirée de Darley & Heath (2008) où des graines représentent la femme dans un cadre de soins ou sa relation avec les professionnels de santé dentaire; il s'agit alors de spécifier les besoins de ces graines et les conditions favorables à leur croissance. La femme commence par décorer une enveloppe à graines en utilisant de la peinture et des brosses à dents puis y insère un feuillet d'instructions pour prendre soin des graines et entretenir la plantule qui germera. Un avantage secondaire de l'activité est la prise de conscience des différentes formes de brosses à dents, la disposition de leurs poils et certains mouvements de brossage. Finalement, la femme plante les graines et en prend soin; cela permet de réaliser que des efforts sont nécessaires pour entretenir une relation qui risque d'échouer même si les instructions sont suivies.



Il est intéressant de noter qu'à cette étape, la participante, qui n'arrivait pas à identifier la cause de sa peur, s'engage dans une réflexion sur le sujet et annonce qu'il s'agit de la peur des piqûres et de la douleur à laquelle elle ne voit pas de solution. Son feuillet d'instruction est alors descriptif. Les instructions rédigées par les autres reflètent des facteurs identifiés dans l'activité précédente; les conditions nécessaires sont souvent exprimées en termes d'une invitation à la communication ou d'une action à entreprendre par les professionnels plutôt que par elles.

*Une Julie a besoin de beaucoup de soleil et d'espace. Pour que la salle dans laquelle une Julie pousse soit parfaite, il faut qu'il y ait amplement de lumière, peu d'ombres et une porte toute grande ouverte. C'est une plante fragile, il ne faut pas toucher ses feuilles puisque sinon, elle risque de mourir subitement. Et attention, il faut aussi laisser du temps à la terre d'absorber toute l'eau avant de continuer les soins, car une Julie a souvent le mal de cœur quand on la touche et elle risque d'avoir l'impression de se noyer dans ses vomissures si on ne lui donne pas un peu de temps entre chaque petite attention. Une Julie est une plante qui aime beaucoup la musique et les beaux paysages. De plus, elle aime qu'on lui parle même si elle, elle ne peut pas parler. Enfin, elle n'aime pas les gestes brusques mais ne le dira pas. C'est pourquoi il faut se fier à son jugement et porter attention à tous les petits signes que ses feuilles, ses pétales et toutes les autres parties de son petit corps lanceront. Et pourquoi ne pas lui dire ce qu'on va lui faire avant de le faire?*



### 3. Remarques concernant le sujet de la langue préférée dans un cadre de soin

Il est important de noter qu'en discutant de cette thématique, et plus spécifiquement en abordant le sujet des caractéristiques d'un cadre de soin idéal, le sujet de la langue préférée dans un cadre de soin a été explicité de manière assez différente qu'il ne l'a été durant les entrevues individuelles. En effet, durant les entrevues individuelles, une femme francophone unilingue disait ne pas avoir de préférence pour la langue parlée, tentant de se débrouiller par les signes s'il le faut. Son dentiste est francophone. Au cours des ateliers explorant la deuxième thématique, elle déclare que parler une deuxième langue est un facteur de stress additionnel, l'obligeant à chercher ses mots et ne pas pouvoir faire parvenir le message de manière fluide. D'autres femmes, mêmes celles bilingues, aussi appuient ce point:

*P7. La langue est très importante pour éviter de mal comprendre les besoins de mes dents ou de ma santé...*

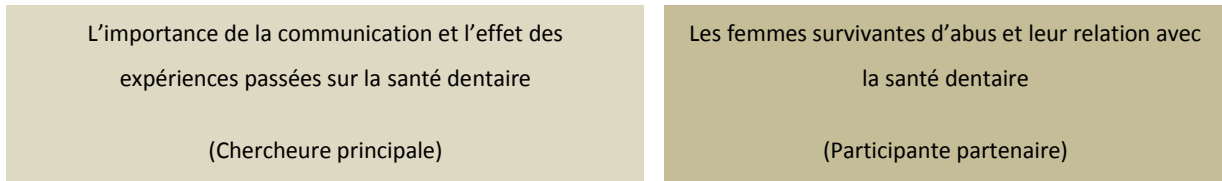
*P2. Même si je me débrouille bien, je préfère parler en français...Je m'exprime bien en français je ne suis pas en train de chercher mes mots...C'est moins stressant. On ne se comporte pas pareil quand on parle en anglais.*

*P1. Même pour moi qui suis bilingue, c'est vraiment important avec mon dentiste et tous mes professionnels de parler en français...Déjà je suis anxieuse quand je vais chez le dentiste. J'ai déjà de la misère à parler, donc parler une deuxième langue, c'est plus difficile que de parler ta première langue quand t'es anxieuse...*

### C- TROISIÈME THÉMATIQUE: Le réseau social et la santé dentaire

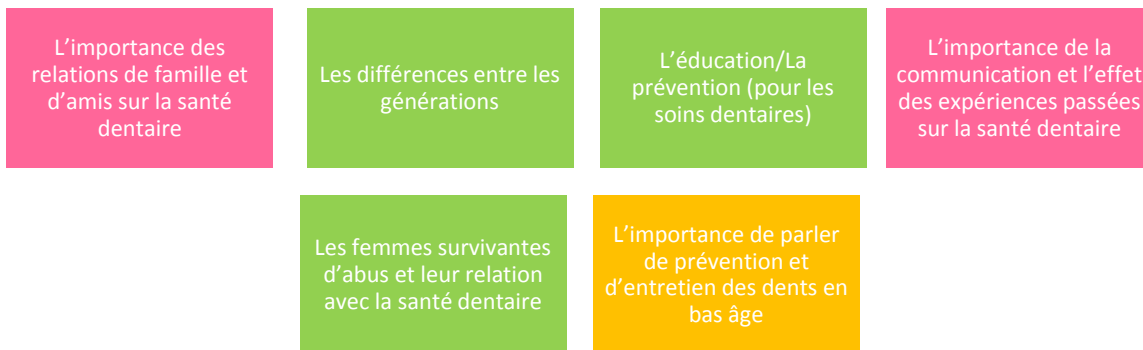
Les sujets choisis (Figure 15, ici-bas) par les femmes pour cette thématique se concentraient autour du thème de l'éducation à la santé dentaire et la prévention des maladies, l'échange intergénérationnel ainsi que l'effet de l'abus sexuel sur la santé dentaire. Il est intéressant de s'attarder sur ce dernier choix pour expliquer son affiliation à cette thématique. La participante avait choisi de placer cette carte ici, car dans son cas particulier, l'abuseur était

un membre de sa famille. La carte-sujet correspondait à une autre que j'avais moi-même formulée se basant sur l'analyse des résultats des entretiens individuels:



Les effets de l'abus sexuel sur la santé dentaire ont été largement élaborés en explorant la deuxième thématique. Il a été alors décidé que nous considèrerons ici le sujet sous un autre angle: la manière dont notre réseau social pourrait contribuer à surmonter les conséquences de l'abus, ou au contraire à les aggraver.

*FIGURE 15: Les cartes-sujets de la thématique 3*



Deux activités ont été proposées pour examiner cette thématique: les trajectoires de vie et l'émergence d'éléments et de construits.

### 1. Les trajectoires de vie

Cette activité s'est basée sur deux niveaux d'intelligibilité de la vulnérabilité sociale telles que décrites par Delor et Hubert (2000): la trajectoire de vie et l'intersection de plusieurs trajectoires. En effet, il a été avancé dans les sections précédentes que le chemin de vie, les expériences du passé et leur conséquences affectent directement l'accès aux soins et la satisfaction face aux services. D'autre part, l'éducation à la santé dentaire, l'abus ainsi que le

support pour le surmonter impliquent une intersection de trajectoires où la personne est accompagnée, guidée ou subit les sévices d'actions posées par une ou plusieurs autres personnes l'influant directement. L'activité consistait alors à dessiner sa trajectoire de vie et les personnes rencontrées ainsi que leur effet sur notre vie, et ce de manière générale, sans nécessairement s'attarder à l'effet sur la santé dentaire. Les dessins sont ensuite décrits par des textes; les extraits ci-dessous racontent les souvenirs du passé qui s'entremêlent à la réalité du présent, les difficultés, le désir de changement, l'espoir, le courage et le bénéfice de l'oubli...



*P1. Dans ma trajectoire de vie, il y a d'abord une prison que j'ai illustrée avec deux couleurs-le noir et le blanc- comme les barreaux d'une cellule. C'est mon enfance mais cette prison est encore en moi maintenant que je suis adulte [...] Le blanc, ce sont mes trous de mémoire et le noir, ce sont les trop- pleins de mémoire. Quand je ne me souviens plus de rien, il est plus facile de vivre, mais quand les souvenirs reviennent, je vois tout en noir et je voudrais aussi devenir un trou noir pour tout emporter avec moi dans la mort. [...] Maintenant que je ne vis plus avec mes abuseurs il y a plein de couleurs dans ma vie [...] Cependant, il arrive, des fois, que je ne sache plus si ces images pleines de couleur bougent*



*P2. Tout se perd, tout s'envole dans la tornade de mon cœur. Les chemins, les images de mes mémoires s'entremêlent. Mes peines, mes joies, tout s'oublie dans la tornade de mon cœur. Qui a entrecroisé mon chemin? Je ne sais plus, la mémoire oublie. Dans la tornade de mon cœur, je ne discerne rien. J'ai oublié la direction que mon cœur doit prendre.*



*P7. Expulsée, propulsée dans la vie, sans savoir où aller... Comme une boule je me roule à travers des chemins, des chemins larges, étroits. Que d'embuches! Plus hauts que des montagnes. Attention qu'elles sont hautes. Grimpe plus haut, rebrousse chemin. Tourner à gauche, tourner à droite, aller tout droit, sans boussole, Nord- Sud, Est-Ouest. Quelle route! Continue.*

*Dans la jungle, animaux sauvages. Que de pièges calculés. Vas- y avec toute ton énergie. Ta survie te sourit. Elle n'est pas finie. Bonne route à toi*

Cette activité introspective présente les mêmes avantages que l'activité de la boîte à secrets, soit l'ouverture de soi pour mieux se connaître et communiquer avec les autres. Un bénéfice additionnel a été l'évaluation de l'ampleur de l'effort et de l'engagement fournis par les femmes durant les ateliers; ces activités d'introspection ramenant des souvenirs enfouis et menant à une prise de conscience permettent certes d'évoluer et de surmonter les difficultés, mais devant être accompagnées de direction et de support des autres. Elle introduit la prochaine activité servant à identifier les personnes pouvant offrir ce support et les conditions nécessaires dans ce sens, cette fois dans le cadre plus spécifique de la santé dentaire. Il s'agit des éléments de la grille répertoire décrite dans la section suivante.

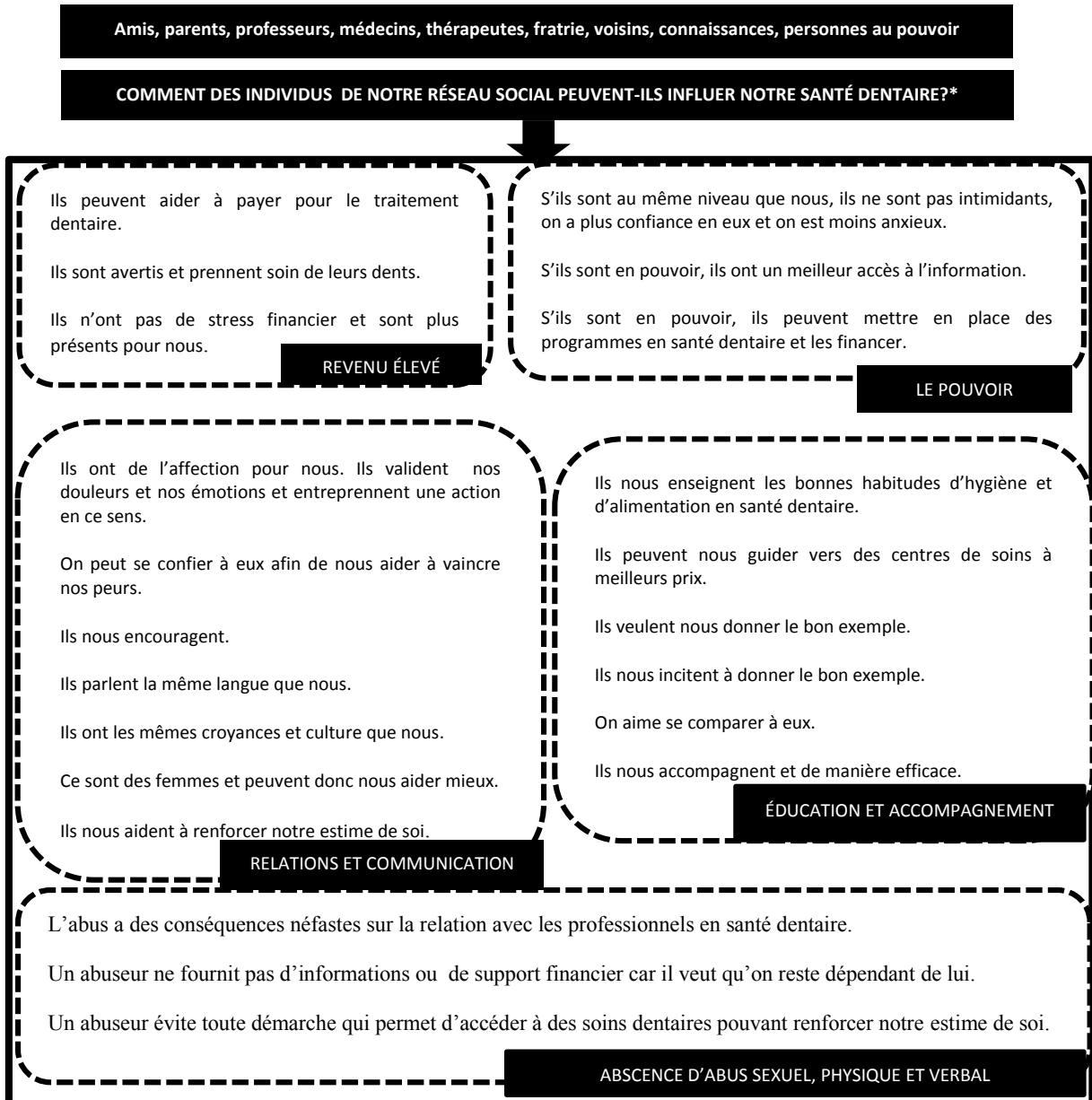
## 2. L'émergence d'éléments et de construits

Cette activité est inspirée des grilles d'analyse des construits telles que décrites par Jankowicz (2004) et Chevalier et Buckles (2013), se basant sur la théorie de la psychologie des construits personnels (PCP) de Georges Kelly (1955; cité par Jankowicz, 2004). La grille répertoire est un outil permettant de réfléchir à une question en terme d'éléments et de construits. La question ou le thème dans ce cas était : «les personnes de mon réseau social en termes de leur effet sur ma santé dentaire». Il s'agissait alors de commencer par lister ces personnes qui constituent les éléments; l'activité précédente devait en principe faciliter l'émergence de ces éléments, qui selon la PCP sont ancrés dans les expériences des individus. Il faut ensuite déterminer les caractéristiques de ces éléments (représentant ici des personnes) en termes de leur effet sur la santé dentaire : comment ils peuvent promouvoir, ou au contraire entraver la poursuite de la santé dentaire et l'accès aux soins. Ces caractéristiques sont les construits, qui selon la PCP permettent d'anticiper des événements. Afin d'explicitier les construits, il suffit de choisir au hasard trois éléments (trois personnes dans ce cas) et de décrire ce que deux d'entre eux ont de commun qui est différent du troisième. La caractéristique citée est le pôle émergent, soit la première idée venant à l'esprit; elle est inscrite d'un côté du tableau. De l'autre côté, appelé pôle implicite, est inscrite une caractéristique opposée ou différente.

N'étant pas certaine comment cette activité analytique serait reçue, je m'attendais à des adaptations dictées par le contexte particulier et les questions de la recherche :

- L'outil prévoit une analyse des construits où des valeurs sont accordés aux éléments eu égard de chaque construit selon une échelle Likert. Cette analyse n'a pas été réalisée, les participantes se sont contentées d'identifier l'élément (la personne) à laquelle elles accordaient la valeur 1 selon le pôle émergent. Cette étape n'a pas été partagée avec les autres.
- Les participantes ont trouvé plus facile de lister les caractéristiques jugées positives du même côté de la grille. Elles préféraient parfois comparer les éléments en dyade et non en triade. Ces modifications ont été acceptées, bien qu'elles ne soient pas prévues par la conception de l'outil.
- L'utilisation de l'outil a été dans un but de schématisation cognitive plutôt que d'analyse des construits proprement dite, laissant ainsi aux femmes la liberté de réfléchir individuellement sur les valeurs accordées. La carte cognitive suivante (Figure 16) explicite les cinq champs principaux identifiés par les construits.

*FIGURE 16. Carte cognitive : les effets du réseau social sur la santé dentaire*



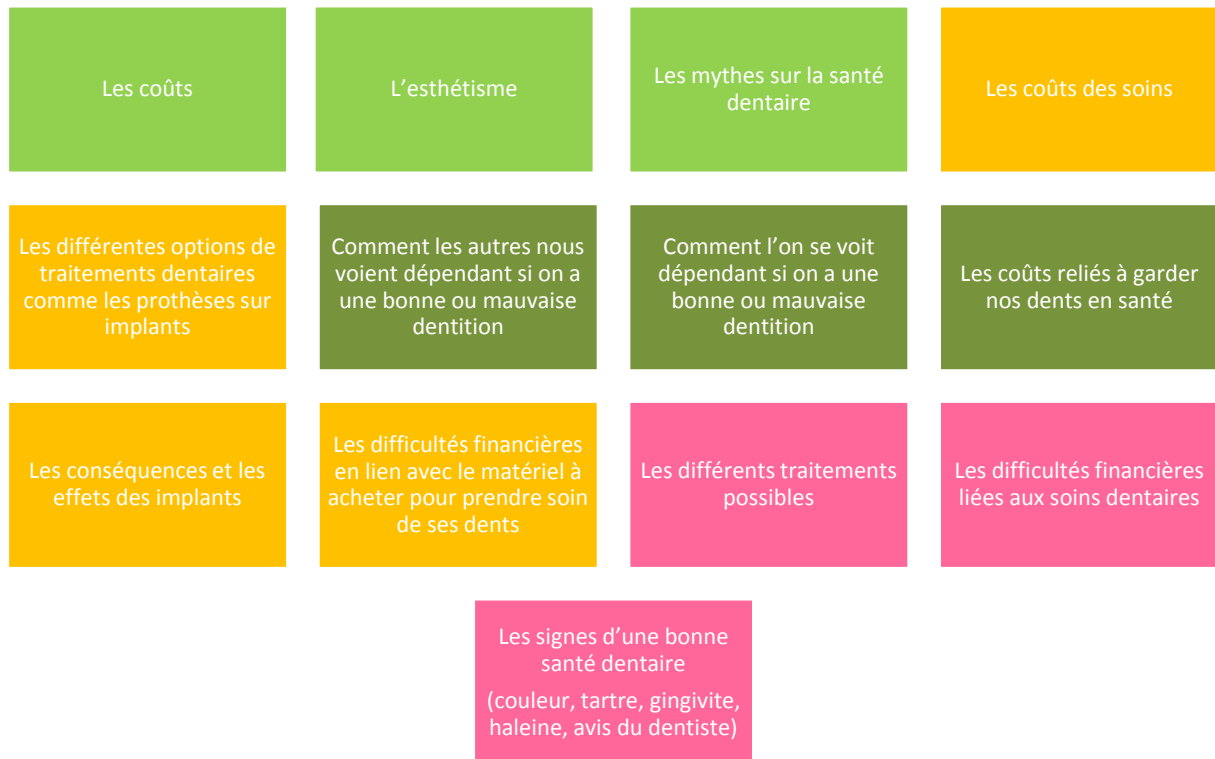
\*Pour des fins de simplification, les effets du réseau social sur la santé dentaire sont présentés en termes de concepts à influence positive. Dans un scénario contraire où ces concepts sont absents, l'influence sera négative ou neutre.

#### D- Quatrième thématique: Les barrières financières liées aux différents traitements

La quatrième thématique regroupait le sujet des coûts liés aux soins, l'esthétique dentaire et les différents traitements (Figure 17, ici-bas) L'effet de l'esthétique dentaire sur la socialisation et l'estime de soi, ainsi que l'effet des barrières financières sur les appréhensions, les difficultés de communication, la diminution des traitements et de la prévention avaient déjà été discutées. Le sujet des différents traitements répond à un besoin

d'information et il a été décidé qu'il fera partie d'une présentation animée visant toutes les femmes du centre.

*FIGURE 17 : Les cartes-sujets de la thématique 4*



Afin de clore les ateliers et de vérifier la saturation des données, une activité d'association a été proposée; elle a permis d'enchaîner sur la première activité de validation des résultats, un arbre à problème des causes et des effets des barrières financières.

Une fiche intitulée «Les soins dentaires : coûts, esthétique, estime de soi et socialisation» comprenait une série de sept questions d'association sur le sujet. Les résultats de l'activité sont présentés dans le tableau suivant. Ils valident la saturation des données sur le sujet et se résument en des traitements diminués, un bien-être physique et social affectés, ainsi que des perceptions des difficultés financières et de la santé dentaire qui varient selon la situation et le financement disponible.

*TABLEAU 5. Synthèse des résultats de la fiche d'association*

QUESTIONS	RÉPONSES
Quand je pense au coût des soins dentaires, je pense à...	ODSP(POSPH); Mes finances...
Quand je pense à l'esthétique dentaire, je pense à ...	Mon dentiste parce qu'il a de belles dents; Mon amie; Mon bien-être
Quand je pense à l'esthétique de <u>mes</u> dents, je dis...	«Souris, tu as de belles dents»; «Je suis chanceuse; «Ba...Laid».
Un lien entre les coûts des soins et mon bien-être physique c'est....	Je ne peux pas me permettre des traitements pour bien mastiquer; Je suis chanceuse, j'ai ODSP
Un lien entre les coûts des soins et mon bien-être mental c'est....	Ils affectent mon bien-être psychologique et causent du stress; Pas de stress, je suis chanceuse, je ne paie pas; Déception...
Un lien entre les coûts des soins et mon bien-être social c'est....	Je suis chanceuse, je ne paie pas;  Le regard des autres : au premier abord, ils regardent mes dents;  Je suis de la classe inférieure...
Si j'avais plus d'argent pour m'occuper de ma santé dentaire, ...	Je ferais faire les couronnes dont j'ai besoin;  Je ferais le nécessaire;  Je changerais de brosse à dents plus souvent, je mangerais plus de fruits et de légumes, je mâcherais plus de gomme (pour soulager la xérostomie).

## E- ATELIERS DE VALIDATION DES RÉSULTATS

Les données étaient condensées, analysées et validées avec les femmes de manière itérative au fur et à mesure de l'avancement des entrevues et des ateliers. Deux ateliers finaux avaient pour but de valider les figures illustratives présentées précédemment, ainsi qu'un arbre à problème des barrières financières et une matrice inspirée de la dynamique causale

(Chevalier et Buckles, 2013). Les figures illustratives (12, 14, 16 p. 86, 91, 103 respectivement) ont été acceptées sans modification par les femmes durant le premier atelier. Les activités du deuxième atelier de validation seront décrites dans ce qui suit.

### 1. La modélisation des barrières financières

En puisant dans les données récoltées, une modélisation des barrières financières aux soins sous forme d'arbre à problèmes (causes et effets) a été réalisée sur une feuille-conférence afin d'être validée par les femmes (Figure 18, ici-bas).

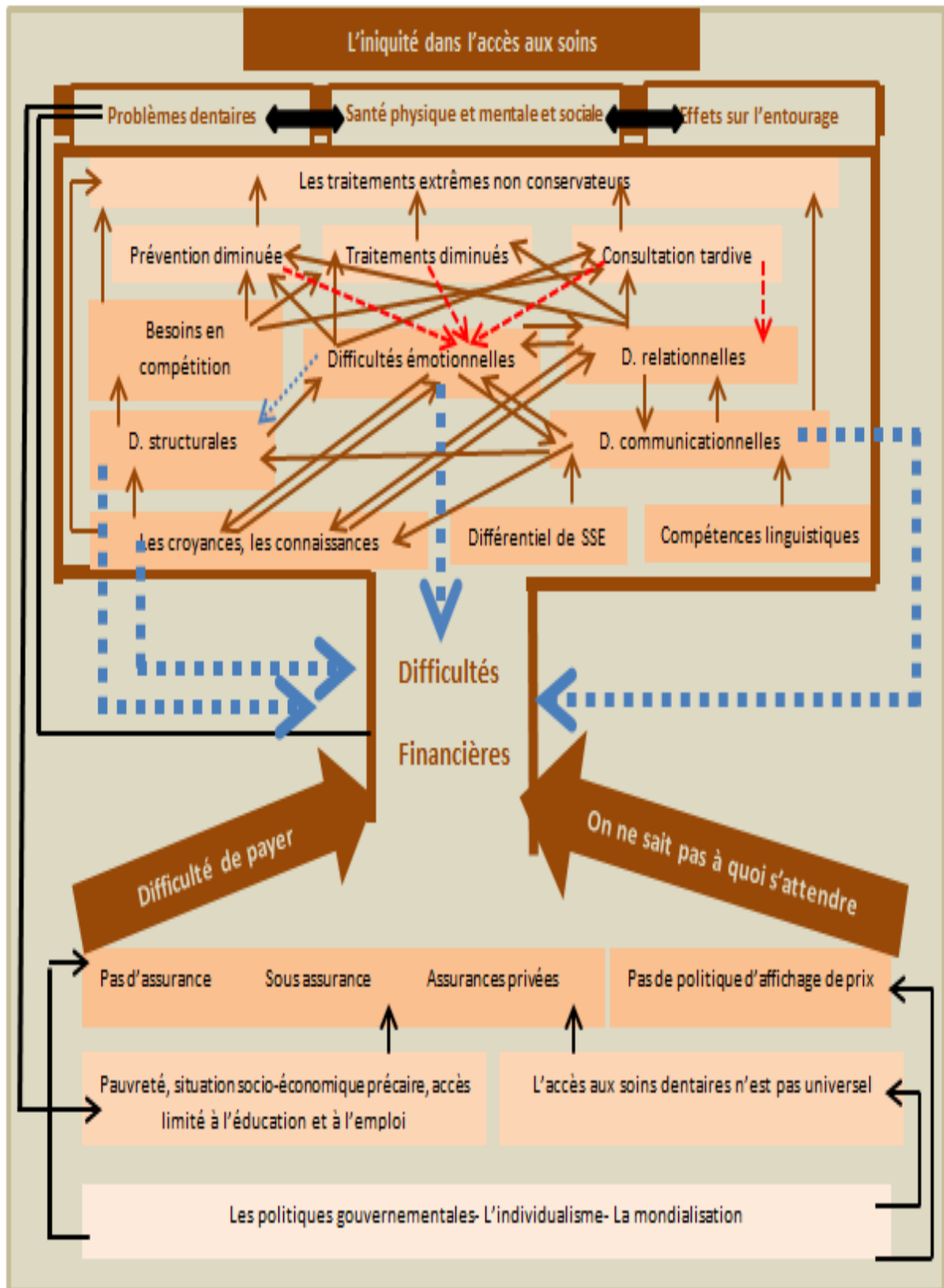
Le premier niveau causal est représenté par la difficulté de payer (pas d'assurance, sous-assurance, franchises d'assurances élevées) et par l'ambiguïté quant aux sommes à déverser directement de sa poche (absence de politique d'affichage des prix). À un deuxième niveau, les facteurs causaux sont représentés par un accès non universel aux soins dentaires, ainsi qu'à la pauvreté, la situation économique précaire ou l'accès limité à l'emploi et à l'éducation, eux-mêmes influés par des politiques gouvernementales modulées par l'individualisation, le capitalisme et la mondialisation.

Les conséquences sont représentées par des interactions intimes entre des besoins en compétition, des difficultés structurales, communicationnelles, émotionnelles et relationnelles ainsi que le besoin en informations (les croyances et les connaissances), modulées par la perception d'un gradient socio-économique entre la participante et le professionnel de la santé dentaire. Les traitements et la prévention diminués, les traitements extrêmes et la consultation tardive découlent des premières conséquences mais les influent aussi par rétroaction tel qu'il a été discuté précédemment (Figure 14 B, p.92). En effet, des situations où la personne n'est pas habituée à des visites régulières (prévention diminuée) ou consulte lorsqu'elle a déjà mal (traitement diminué et consultation tardive) ont été citées comme des facteurs aggravants des difficultés émotionnelles à l'accès aux soins. Cela est d'autant plus vrai, que l'exposition graduelle, une stratégie recommandée par leurs thérapeutes a été proposée comme solution pour vaincre les peurs et appréhensions. Or, pour pouvoir s'exposer graduellement aux stimuli qui déclenchent la peur, il est nécessaire de pouvoir faire des visites régulières au dentiste.

Le deuxième niveau de conséquences est représenté par une morbidité élevée (plus de caries, de gingivites, de dents cassées, d'abcès), des effets néfastes sur la santé physique et mentale ainsi que sur l'entourage (enfants, famille, amis). Par rétroaction, ces conséquences aggravent les difficultés financières et la situation de pauvreté par le biais d'absentéisme, de perte d'emploi ou de besoin accru en soins de santé dentaire, physique et mentale. L'iniquité dans l'accès aux soins dentaires couronne cet ensemble de conséquences. La perception de ces inégalités peut à son tour aggraver les barrières émotionnelles et relationnelles.

Cette modélisation, initialement réalisée afin de valider l'analyse des perceptions des femmes autour des difficultés financières, a été adaptée en accord avec leurs commentaires. Les flèches pointillées en bleu gras représentent les ajouts proposés par les femmes. Il s'agit principalement de boucles de rétroaction allant des barrières émotionnelles, communicationnelles, structurales ainsi que le besoin en information vers les barrières financières. La justification de l'illustration initiale ainsi que des modifications proposées par les femmes découlent de l'activité analytique décrite dans la section suivante.

*FIGURE 18. Modélisation des racines et des effets des barrières financières aux soins ainsi que de leur interaction avec d'autres types de barrières*



## 2. Dynamique causale des barrières à l'accès aux soins

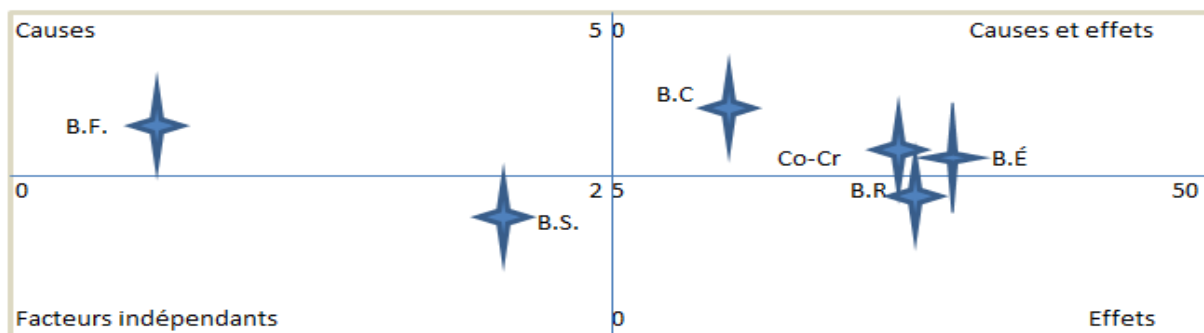
La dynamique causale est une activité de réflexion analytique décrite par Chevalier et Buckles (2013). Elle consiste à réfléchir sur la manière dont les différentes barrières interagissent et s'affectent mutuellement, puis d'accorder à cette interaction une valeur numérique allant de 0 à 10 selon ses perceptions sur son importance. Il s'agit de valeurs subjectives approximatives, permettant toutefois d'avoir une représentation générale des perceptions sur les difficultés rencontrées et leur interaction.

Dans ce qui suit, je commencerai par exposer l'activité initiale, fruit de mon analyse des données, pour ensuite la comparer à celle réalisée par les femmes. Le tableau 6 ici-bas et son illustration graphique (Figure 19) exposent les résultats de la première analyse, image de mes perceptions sur le sujet.

*TABLEAU 6 : Dynamique causale selon les données analysées*

	B.F.	B.S	B.C	B.É	B.R	Co-Cr	Index - Cause
B.F.		5	8	7	6	8	34/50
B.S.	3		0	8	3	5	19/50
B.C.	3	8		8	8	8	35/50
B.É	0	0	9		9	8	26/50
B.R.	0	0	8	8		8	24/50
Co-Cr	0	8	6	7	7		28/50
Index-Effet	6/50	21/50	31/50	38/50	33/50	37/50	

*FIGURE 19 : Représentation graphique correspondant au tableau 6*



Cette première analyse a été réalisée comme réflexion personnelle préliminaire à l'atelier prévu avec les participantes. Elle s'est basée sur mes perceptions des échanges au cours des ateliers, que je résume en quatre points :

- a. Les barrières financières constituent une difficulté majeure surtout pour celles qui n'ont pas d'accès à des soins subventionnés (POSPH).
- b. Les participantes qui profitent du programme POSPH font quand même face à certaines difficultés financières, vu qu'elles sont sous-assurées (tous les soins ne sont pas couverts) et que ces soins entrent en compétition avec des besoins vitaux. Malgré un accès potentiel, l'accès réalisé est affecté par la situation financière précaire.
- c. Plusieurs difficultés d'ordre non financier affectent l'accès réalisé aux soins. Elles sont définies comme suit.
  - Co-Cr: le besoin en information est lié aux connaissances et à certaines croyances en santé dentaire.
  - B.É.: les difficultés émotionnelles sont liées à la peur du dentiste, aux appréhensions liées à l'imprévisibilité du cadre de soins et les caractéristiques de la clinique, aux déceptions face aux attitudes et à la crainte de stigmatisation de la pauvreté et de la maladie mentale. *L'intimité de la bouche* est aussi à l'origine de B.É.
  - B.C.: les difficultés de communication sont liées aux précédentes, mais sont aussi ancrées dans un différentiel socio-économique, dans des barrières linguistiques, dans un manque d'explication de la part des professionnels et une difficulté de s'exprimer de la part des femmes.
  - B.R.: Elles font suite aux deux précédentes et se traduisent par un manque de confiance, l'insatisfaction face aux soins et des désaccords par rapport aux traitements.
- d. Les participantes ne considèrent pas les difficultés structurales comme constituant une barrière majeure aux soins.

Tel qu'illustré par la figure 19, l'analyse suggère que les barrières financières affectent fortement les autres, à l'exception des barrières structurales qui paraissent plutôt faiblement affectées. En effet d'après le tableau 6, les barrières structurales sont plutôt influées par les

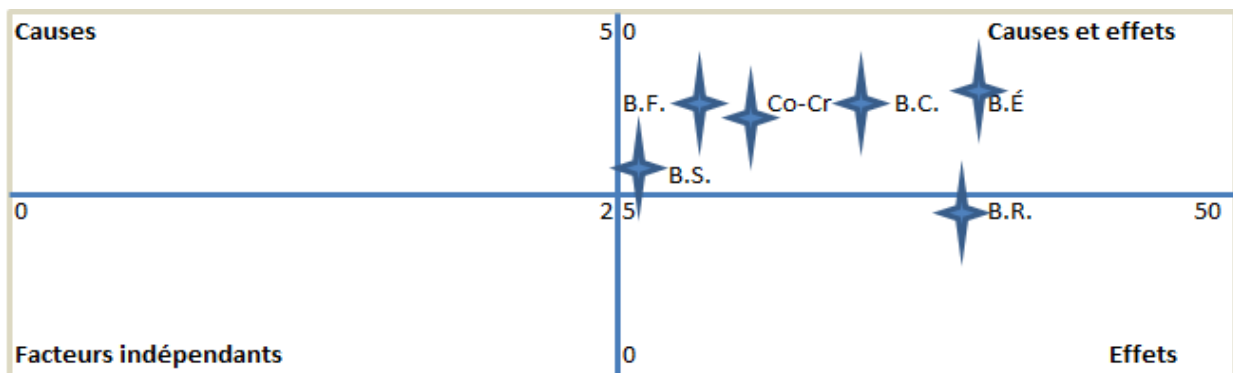
difficultés communicationnelles et le manque d'information (ne pas connaître les services de gardiennage ou les cliniques à proximité dont les horaires sont le plus convenables par exemple). Les barrières communicationnelles, le besoin en informations et les barrières émotionnelles ont une composante causale et d'effet en même temps, dans le sens qu'elles s'affectent mutuellement, ce qui suggère des interactions entre les trois. Elles affectent aussi les barrières relationnelles qui s'en distinguent légèrement du fait qu'elles n'affectent pas les barrières structurales.

L'analyse de la dynamique causale telle que perçue par les participantes présentait certaines différences. Elle est présentée par le tableau 7 et son illustration graphique (Figure 20) de la manière suivante :

*TABLEAU 7 : Dynamique causale selon les perceptions des participantes*

	B.F.	B.S	B.C	B.É	B.R	Co-Cr	Index - Cause
B.F.		8	7	8	7	7	37/50
B.S.	8		5	8	8	0	29/50
B.C.	6	6		8	8	8	36/50
B.É	8	7	8		8	8	39/50
B.R.	0	0	8	8		8	24/50
Co-Cr	7	5	7	8	8		35/50
Index-Effet	29/50	26/50	35/50	40/50	39/50	31/50	

*FIGURE 20 : Représentation graphique correspondant au tableau 7*



## Discussion des différences entre les deux analyses réflexives sur la dynamique causale

Les différences principales entre les deux analyses réflexives se résument comme suit:

Les femmes considèrent que les barrières financières ne comprennent pas uniquement une composante causale. Elles sont en effet affectées par les barrières émotionnelles, structurales, le besoin en information et les difficultés de communication. Les femmes justifient cela de trois manières. D'une part, les personnes qui ont des difficultés de s'exprimer ou qui se trouvent dans une situation où il y a une brèche à la communication, peuvent être amenées à payer pour des soins qu'elles jugent non nécessaires; en d'autres termes, la difficulté de prise de décisions informées peut amener à des coûts supplémentaires pour des traitements non voulus. Deuxièmement, les difficultés structurales peuvent aggraver les difficultés financières en amenant des coûts supplémentaires liés au temps perdu ou aux frais de déplacement, de gardiennage... Finalement, les femmes citent certaines difficultés émotionnelles liées aux problèmes de santé mentale (anxiété, stress post-traumatique) comme pouvant affecter la situation financière par la capacité à trouver un emploi et à le garder. Cette dernière extrapolation affecte aussi les barrières structurales, perçues alors comme plus problématiques. Il est aussi important de citer que l'effet des barrières communicationnelles, et du besoin d'information sur les barrières structurales, dépend de la situation de chaque femme; il en est de même pour l'effet des B.S. sur les B.F. Il n'y avait pas de consensus sur ces deux points lors de la discussion et une valeur moyenne a été adoptée; cela aurait pu affecter les résultats. Les barrières relationnelles quant à elles sont placées de manière identique dans les deux analyses, possédant une composante causale, mais paraissant plutôt une conséquence des autres barrières.

Les modifications proposées par les femmes ont été adoptées en apportant les modifications nécessaires à la modélisation de la section précédente (Figure 18, p.108) : plusieurs flèches ont été ajoutées pour représenter ces liens, allant des barrières structurales, communicationnelles, émotionnelles et le besoin en information vers les difficultés financières en soins et vers la situation socio-économique précaire, soit la situation de pauvreté. Cela constitue une interprétation pertinente de la part des participantes sur les raisons pouvant affecter l'accès réalisé, même en présence d'accès potentiel.

Cette dernière activité d'analyse et de validation a permis aux femmes de visualiser les interactions et les corrélations entre les difficultés rencontrées; elles ont ainsi réalisé que l'action sur l'une des barrières peut affecter favorablement plusieurs autres. Finalement, elles ont soulevé une constatation pertinente: les barrières émotionnelles sont situées «haut et loin» sur le graphique (pour utiliser leurs mots), ce qui place ce champ contextuel modulé par les conséquences de la maladie mentale, *l'intimité de la bouche* et les expériences passées d'abus ainsi que les perceptions de stigmatisation au plus haut de l'échelle des obstacles perçus à l'accès aux soins dentaires.

L'activité a aussi soulevé la pertinence de l'intersubjectivité critique à travers la validation des résultats en recherche participative, qui malgré le contact prolongé et le travail en groupe peuvent continuer à être affectés par les perceptions individuelles et contextuelles de l'observateur.

Dans une critique finale de l'exposition des résultats à retenir de ce chapitre, il paraît que les entrevues individuelles et les ateliers en groupe ont permis de décrire un cadre intime et complexe de l'exploration des besoins en santé dentaire, tableau qui s'est tracé progressivement avec l'avancement des discussions, l'utilisation de moyens facilitant les échanges, la prise de conscience graduelle des racines des difficultés, leur interaction et les pistes potentielles d'action en vue de les surmonter. Les entrevues individuelles ont permis de répondre aux questions principales de la recherche de manière plus ou moins détaillée selon les participantes; alors que les ateliers en groupe ont facilité l'émergence et l'évolution de sujets ancrés dans le vécu. Ainsi, la santé dentaire ne peut pas être considérée sans les rapports intimes qu'elle tient avec la santé mentale et la santé physique. Sous cette vision holistique, elle participe au bien-être physique, émotionnel et social de l'individu. Afin d'atteindre une santé dentaire optimale permettant la mastication, l'élocution et la socialisation, un cadre de soins adapté est nécessaire afin d'assurer de bonnes relations ancrées dans la communication efficace et permettant de surmonter les difficultés émotionnelles. Les appréhensions liées au cadre de soins ne sont pas uniquement liées aux expériences antérieures de douleur ou à la peur des injections d'anesthésie renforcées par les attitudes des parents et autres membres du réseau social. En effet, au moins sept autres facteurs contribuent à cette peur:

- Les visites irrégulières et les consultations en urgence lorsque la dent est déjà douloureuse (I.I. prévention et traitements diminués, consultation retardée) renforcent la peur du dentiste et de la douleur et empêchent l'exposition graduelle.
- La peur de l'inconnu, qu'il s'agisse des prix ou des traitements aggrave la situation; l'imprévisibilité, ne pas savoir à quoi s'attendre et la crainte d'être manipulée étant des facteurs de stress additionnels.
- Les expériences antérieures d'abus sexuel, physique et verbal empêchent la femme de s'exprimer et créent chez elle une crainte d'être abusée de nouveau. La position particulière sur le fauteuil dentaire et la présence rapprochée du dentiste homme, perçu en relation de pouvoir, donnant des ordres et transgressant un espace intime, peut engendrer des flash-back et ramener dans la situation de viol.
- La peur que le dentiste fasse des liens entre l'état de santé dentaire, les médicaments prescrits ou les manifestations buccales de maladies sexuellement transmissibles et le vécu social de la femme créent une anxiété à l'anticipation de la consultation.
- La peur de l'attitude du personnel face à la pauvreté ou aux problèmes de santé mentale, ainsi que la crainte du jugement, d'un manque de compassion ou d'une attitude commerciale et sévère créent des perceptions d'incompréhension et de soins non centrés sur le patient.
- La peur de la relation de pouvoir est reliée à trois facteurs essentiels : le différentiel socio-économique, le besoin de service et le fait que le dentiste soit un homme.
- Le manque d'informations et d'explication de la part des professionnels, la langue parlée, et l'impossibilité pour la femme d'engager la conversation entravent la communication efficace nécessaire à l'établissement d'une relation saine dans un cadre de soins.

Les difficultés rencontrées par les participantes sont modulées par leur trajectoire de vie, et peuvent être renforcées ou atténuées par des interactions avec le réseau social. Les personnes formant ce réseau jouent un rôle modérateur lié à leur propre revenu (prennent soin de leur santé dentaire et sont plus disposés à offrir de l'aide), à leur position de pouvoir (favorisant l'accès à l'information mais comportant une composante intimidante), à leur rôle d'éducateur et d'accompagnateur, ainsi qu'à leurs compétences interpersonnelles. Si la personne vit avec un abuseur, elle subit des conséquences négatives; elle se néglige souvent et son abuseur

utilise des moyens de pression (financiers ou émotionnels) pour l'empêcher d'accéder à des services qui lui permettent de regagner confiance en soi et indépendance.

Finalement, les solutions sont exprimées en termes d'accompagnement, d'offre de communication, d'éducation des professionnels sur les conséquences de l'abus et des problèmes de maladie mentale, de compassion humaine, de responsabilité civile et de politiques gouvernementales. La possibilité de choisir une dentiste femme est souvent citée comme solution aux problèmes communicationnels et relationnels, surtout en cas d'expérience antérieure d'abus. MacKay et Quinonez (2012) citent plusieurs études rapportant à cet effet que des dentistes femmes pourraient accorder plus de temps à leurs patients, s'attendre moins à ce qu'ils supportent la douleur et adoptent plus d'attitudes chaleureuses, empathiques et humanitaires.

La pertinence de cet exposé des résultats est justifiée par une relation de partenariat dans le choix des sujets, l'analyse des données et leur validation avec les femmes.


## CHAPITRE 5 - DISCUSSION DES RÉSULTATS

### *Complexité de l'exploration des besoins en santé dentaire dans un contexte de vulnérabilité sociale et de situation linguistique minoritaire*

L'exposition des résultats dans le chapitre précédent a permis une exploration graduellement approfondie, à l'image de la collecte des données et de leur analyse. La discussion de ces résultats s'axera sur trois parties. En premier lieu, une discussion de la limite des entrevues individuelles comme outil de recherche unique, et la mise en avant de la richesse qu'ont apporté les ateliers collectifs par leur conception et par la prolongation du contact entre chercheure principale et co-chercheuses participantes. L'approfondissement des échanges a dévoilé la complexité des interactions entre les perceptions, les besoins et les conséquences des barrières en santé dentaire, concept défendu dans la deuxième partie. Finalement, la troisième partie exposera les différents sens accordés à la bouche, à la langue et au pouvoir à travers les échanges et la pertinence de prendre en compte ces sens cachés lors de l'exploration du sujet de l'étude.

#### I- LES PARTICIPANTES AUX ENTREVUES ET AUX ATELIERS : UNE RÉFLEXION EN MOUVANCE

L'exploration des perceptions et des besoins en santé dentaire auprès des participantes ne pouvait se faire que graduellement. Les réponses aux entrevues individuelles étaient parfois courtes et superficielles. La majorité des entrevues a eu lieu durant les deux premiers mois de ma présence sur le terrain. Malgré mon engagement en tant que bénévole, l'interaction avec les femmes était encore à ses débuts et était souvent troublée par un sentiment d'intrusion dans leur vie privée, comme en témoigne cet extrait du JDR:

 *Quel est mon rôle exact et pourquoi est-ce que je me sens gênée? Je m'introduis dans le monde des autres afin d'explorer leurs besoins et de répondre à ma quête d'informations. Mais n'est-ce pas dans une visée de service, afin de les encadrer dans leur prise de décisions et dans l'acheminement vers une meilleure santé bucco-dentaire? Cela me mène à me demander : est-ce qu'une «structure de service» qui vise à aider l'autre ne devient pas «structure de pression» si l'offre du service vient de nous et non de l'autre? Que faire alors?*

*La solution serait dans l'établissement d'une «structure de coopération» visant à trouver un but commun entre deux partenaires.*

*JDR (03/09/2013)*

Certaines femmes avaient certainement «choisi» de participer à l'étude parce qu'elles avaient un message à faire parvenir ou des préoccupations à partager. Les deux premières participantes aux entrevues et une troisième, qui avait déclaré d'emblée vouloir participer aux ateliers de groupe, sont celles qui se sont engagées durant les ateliers jusqu'à la dernière séance de validation des résultats. Elles ne s'étaient pas pour autant attendu à l'ampleur de l'exploration à laquelle elles s'étaient engagées. Leurs perceptions avaient évolué parallèlement à la réflexion sur soi et sur les autres, facilitée par les activités artistiques et littéraires, et encouragée par les dévoilements du groupe.

#### 1. Les limites des entrevues individuelles

Les entrevues individuelles suivaient un plan prédéterminé par les questions de recherche et la revue de la littérature. Elles ne répondaient pas nécessairement à la motivation des femmes, soit les raisons qui les incitaient à participer. Les entretiens déviaient parfois vers des sujets inattendus; la durée des entrevues variait ainsi selon le temps que la femme pouvait accorder ou les détails qu'elle fournissait. Les questions ouvertes faisaient face parfois à des réponses très courtes d'une ou deux phrases, parfois de simples mots. Aussi, malgré les efforts pour insister sur le caractère participatif de l'étude, une seule femme a fourni des commentaires sur le déroulement de l'entrevue. Selon mes perceptions, chez certaines participantes, l'entrevue était plus subie que partagée :



*L'entretien était très court. Elle répondait brièvement, souvent par oui ou non. Il était difficile de maintenir le flux de la conversation. Elle ne parlait pas de difficultés ou de problèmes disant qu'elle ne se plaint pas. Je sentais qu'il était difficile pour elle d'aborder certains sujets qui l'amenaient nécessairement à des souvenirs de négligence parentale ou d'autres embûches auxquelles elle a dû faire face dans sa vie.*

*JDR (06/10/2013)*

Pour certaines femmes, l'entretien pouvait être guidé par la désirabilité sociale, le perfectionnisme, la volonté de paraître au meilleur, d'être fière de ses accomplissements dans la bataille quotidienne contre les séquelles du passé, ou encore d'éviter la gêne liée à l'expression de certains sujets, volontairement ou inconsciemment oubliés, afin de pouvoir *évoluer* et survivre. Cela est surtout perçu lorsqu'il s'agit de «langues parlées et préférées dans un cadre de soins», de «difficultés» rencontrées ou de «besoin» en information. Finalement, des femmes disaient ne jamais avoir réfléchi à certains sujets et ne pouvaient certainement pas le faire sur le champ, ce qui laissait des questions sans réponses. À la fin de chaque entrevue, je proposai aux femmes de se rencontrer à nouveau et j'avancai la possibilité de me parler durant les heures de présence comme bénévole si elles avaient quelque chose à ajouter. Une seule femme a participé à une seconde entrevue. Plusieurs courts entretiens de validation du compte-rendu ont aussi eu lieu. Les observations et perceptions que je viens d'avancer sont puisées dans des notes à la marge des fiches d'entrevues ou dans le journal de recherche; elles ont constitué un argument solide pour des efforts participatifs plus soutenus lors des ateliers de groupe.

Il n'en est pas moins que les entrevues individuelles ont permis de constituer une riche compilation de narrations et de commentaires sur les perceptions, les difficultés rencontrées et les solutions proposées, que les ateliers en groupe ont permis par la suite d'enrichir, d'approfondir et parfois de modifier.

## 2. Une réflexion en mouvance

La participation à plusieurs entrevues individuelles et à la série d'ateliers a permis de profiter de deux conditions favorisant la réflexion, l'appropriation et l'expression. Il s'agit du facteur temporel et de la réflexion dans l'action. Les femmes disaient vouloir «y réfléchir», «apprendre à se connaître», «enlever des œillères», «atteindre l'évolution par les expériences de vie», «penser pour s'éclairer», «ouvrir la bouche et laisser les gens voir les choses qui y sont cachées», une bouche qui s'ouvre par leur volonté mais aussi par les témoignages des autres. Les activités artistiques sont aussi citées comme favorisant l'introspection et la méditation sur les racines profondes de leur vécu. Dans un retour aux formes de savoir exposées dans le chapitre 3, ceci constitue un exemple clair de l'effet du *savoir des présentations* (les travaux artistiques et littéraires réalisés) sur le *savoir propositionnel*

(l'émergence de concepts et la compréhension de faits décrivant les racines des difficultés vécues) et par la suite le *savoir des pratiques* (la possibilité d'appliquer ces concepts émergents afin de trouver des solutions). Cette évolution réflexive temporelle modulée par l'action et portée par la valeur des moyens d'expression alternatifs sera illustrée par deux exemples à l'appui dans la section suivante.

### 3. Exemples illustratifs.

Deux sujets ont particulièrement évolué à travers les échanges. Il s'agit de: a) l'importance du français comme langue de communication dans un cadre de soins; b) les dévoilements sur les conséquences de l'abus sexuel, physique et verbal sur les relations avec le dentiste et la satisfaction par rapport aux services.

#### 3.1 La langue préférée dans un cadre de soins

L'évolution des partages sur l'importance du français comme langue de communication dans un cadre de soins a été décrite dans le chapitre précédent : elle est passée d'un souci secondaire à une condition nécessaire de satisfaction et de communication efficace des besoins. Parallèlement, la langue parlée a été citée durant les ateliers comme possédant une composante sociale liée à une histoire de différentiel socio-économique. Ainsi, les femmes racontent comment, dans le temps, les dents en or étaient à la mode, un symbole de richesse que les anglophones pouvaient se permettre plus facilement, vu qu'ils avaient une situation socio-économique plus favorable. Aussi, une participante raconte comment, dans le village de sa mère, les francophones avaient une moindre santé bucco-dentaire (plus de dents extraites et de dentiers). Cette connotation de pouvoir liée à la situation socio-économique rappelle celle décrite par les femmes dans leur relation avec le dentiste, facteur identifié comme entravant la communication efficace (Chapitre 4, section B.1). Deux conséquences en découlent. La première est communicationnelle, soit l'expression des besoins dans une langue seconde parfois mal maîtrisée, surtout lorsqu'il s'agit de mots techniques. Cela amène des composantes émotionnelles, soit un stress supplémentaire chez la femme qui éprouve déjà des difficultés de communication liées à une expérience antérieure d'abus ou de stigmatisation de la maladie mentale. Il y a aussi une anxiété face à la possibilité que les besoins ne soient pas compris et que des traitements non nécessaires ou inappropriés soient

administrés. Les composantes émotionnelles sont aggravées par la perception d'une relation de pouvoir et d'une crainte de jugement liées au différentiel socio-économique et/ou à la situation linguistique majoritaire.

### 3.2. Les dévoilements sur le sujet de l'abus.

Une matrice chronologique (Tableau 8, ici-bas) permet une lecture horizontale des données sur le sujet de l'abus sexuel, physique et verbal ainsi que leurs conséquences sur la santé dentaire, partagées à travers les entrevues et les ateliers; cela permet de retracer la progression des échanges dans le temps ainsi que leur approfondissement pour une même participante. Progressivement, les causes de la peur sont identifiées, la description des sensations et des comportements de défense sont explicités et des solutions sont proposées. Les attitudes réactives de dissociation, de culpabilisation, de soumission et de tolérance à la souffrance sont détaillées et constituent un riche répertoire pouvant informer les professionnels dans leurs interventions. Deux femmes n'ont évoqué le sujet que durant les derniers ateliers (ateliers 8 et 13). Dans un regard vers le futur, les participantes parlent des bénéfices qu'elles ont tirés de leur participation et de la pertinence de partager les échanges sur ce sujet avec d'autres femmes qui pourraient en profiter et être encouragées à s'exprimer à leur tour.

*TABLEAU 8: Matrice chronologique des dévoilements sur le sujet de l'abus sexuel, physique et verbal*

2013			2014			
Septembre			Novembre	Décembre	Janvier	Février
<p><b>Première entrevue avec P1.</b></p> <p>Elle supporte la douleur.</p> <p>Aller chez le dentiste est stressant car elle se sent menacée : «Je me sentais vulnérable. C'était comme ma bulle, comme on rentrait dans ma vie privés.»</p> <p>Le peur du dentiste homme : «Je n'y avais pas pensé avant, mais c'est vrai qu'être seule avec un homme dans une chambre, c'est assez difficile pour moi.» «T'est la première personne à qui je le dis. Y a personne qui le savait.»</p> <p>Elle aimerait réfléchir au sujet avant d'en reparler</p>	<p><b>Deuxième entrevue avec P1.</b></p> <p>Elle identifie les racines de sa peur: «Sans rentrer dans les détails, j'ai été abusée sexuellement...J'étais vraiment très jeune.»</p> <p>Une porte ouverte, de fortes lumières et une assistante dans la salle sont trois facteurs qui aident à surmonter la peur.</p> <p>Elle n'ose pas aborder le sujet avec un dentiste.</p>	<p><b>Entrevue avec P2.</b></p> <p>Le sujet n'est pas abordé durant l'entrevue.</p>	<p><b>Entrevue avec P6.</b></p> <p>Vers les dernières minutes de l'entrevue, elle fait un lien entre deux situations de son enfance, la peur du dentiste qui avait menacé de la piquer avec l'aiguille sur sa main, et l'abus sexuel. Dans les deux cas, elle était gênée d'en parler : «Quand le dentiste m'a fait peur, je ne l'ai pas dit. Dans ce temps, on ne disait rien, Comme quand j'étais abusée quand j'étais jeune aussi [...] C'est des choses que t'oublie [...] mais vient un moment que ça te revient. Puis avec le dentiste, vois-tu, ça c'est parti ça aussi...Mais y a toujours un blocage là-dedans. On l'oublie mais y a toujours un blocage en dedans. Puis t'as aussi peur, parce que tu dis à toi-même...Ben peut-être...c'est correct, là, ce qu'on nous a faits.»</p>	<p><b>Ateliers 7-8- Arbre à problème</b></p> <p><b>P1.</b> fait un lien entre l'attitude brusque du professionnel et la violence physique et verbale. Elle aborde le sujet pour la première fois bien qu'elle ait participé à l'entrevue et à tous les ateliers: «ça te ramène dans la sensation de viol». «C'est humiliant et dégradant.» «On ne réagit pas sur le coup, mais c'est plus tard,....» «On s'est faite dire toute notre vie que c'est notre faute.» «Ma raison de vivre et d'exister, c'était d'être un objet, sexuel et autrement...Quand on pense comme ça, ben, ce qui nous est imposé, c'est normal!». «On a peur d'être maltraitées encore plus (si on parle).» C'est pour toutes ces raisons que les besoins ne sont pas exprimés.</p> <p><b>P1:</b> «Les personnes abusées ont peur de quelqu'un qui a plus de pouvoir qu'eux». «On a peur d'avaler et un sentiment d'étouffer chez le dentiste». «On se dissocie pour éviter les flashback.»</p> <p>Des solutions sont proposées par les deux femmes.</p>	<p><b>Atelier 12- Trajectoires de vie</b></p> <p><b>P1.</b> raconte l'effet qu'ont ses souvenirs d'abus sur elle: «Quand je ne me souviens de rien, il est plus facile de vivre, mais quand les souvenirs reviennent, je vois tout en noir et je voudrais aussi devenir un trou noir pour tout apporter avec moi dans la mort. Or maintenant que je ne vis plus avec mes abuseurs, il y a plein de couleurs dans ma vie- de nouveaux amis, une nouvelle coupe de cheveux, des rêves, de la joie, de l'espoir. [...]Le noir et le blanc, les deux couleurs de ma prison, ne sont toutefois pas si loin que cela. Elles peuvent revenir à tout moment, sans que je m'y attends.»</p>	<p><b>Atelier 13 Réseau social</b></p> <p><b>P8.</b> parle d'abus pour la première fois, bien qu'elle ait participé à tous les ateliers.</p> <p>Elle pense avoir été abusée par son physiothérapeute :</p> <p>«Quand je faisais de la physio, c'était une peur bleue.» Alors que je ne comprenais pas ce que FAVY voulait dire, elle ajoute: «Ecoute-moi bien, là! Je vais te dire quelque chose. Quand tu fais de la physio, ici il n'en fait pas. [...]Mais quand il est entre les fesses...ça ce n'est plus...ça, c'est un abus là!» FAVY a aussi une phobie du dentiste et elle ne connaît pas toutes les causes</p>

#### 4. Temporalité de l'exploration des questions de recherche

L'exploration des perceptions et des besoins évolue donc à travers le temps grâce à :

- L'approfondissement des réflexions et les dévoilements successifs.
- La modulation des perceptions par une réalité socialement construite, influée par les partages, par les expériences du passé et la projection des attentes du futur.

- Des changements potentiels à la situation de la participante liés à sa thérapie, la perte d'un emploi, l'amélioration de sa situation, la perte ou le gain de bénéfices, le tout affectant ses besoins en santé dentaire ainsi que ses perceptions.

## II- COMPLEXITÉ DE L'EXPLORATION DES BARRIÈRES AUX SOINS

Il a été avancé dans le chapitre précédent que le sujet de l'étude délimitait un champ d'interaction empreint de complexité. Cela a nécessité une exploration de la théorie de la complexité à approfondir dans des études ultérieures. Dans ce qui suit, je discute de cette notion en confrontant les résultats de l'étude aux caractéristiques de la complexité. Je propose de commencer par une brève exploration de ce concept, décrit par Cilliers (1998) comme pouvant être spécifié à travers certaines caractéristiques que je synthétise par une traduction libre de l'anglais (p.1-4).

### 1. Les caractéristiques d'un système complexe

Un système complexe contient plus de possibilités qu'il n'est possible de concrétiser (Luhman, 1985; cité par Cilliers, 1998). Il contient un large nombre d'éléments qui interagissent de manière dynamique pouvant changer dans le temps. Les interactions sont étroites dans le sens que tout élément du système peut influencer et être influé par plusieurs autres. Le comportement du système n'est pas pourtant déterminé par le nombre exact d'interactions possibles dans le système. En effet, un nombre limité d'éléments interconnectés peuvent avoir la même fonction (ou le même effet) que la totalité des éléments. D'autre part, les interactions ne sont pas linéaires. Le système ne peut donc pas être décomposé en un plus petit. La non linéarité implique aussi qu'un élément causal, d'apparence petit, peut avoir de larges conséquences et vice-versa. Les interactions sont généralement de courte portée, dans le sens qu'elles relient deux éléments très voisins. Les interactions de longue distance sont aussi possibles, surtout que le passage d'un élément à l'autre peut être couvert en plusieurs étapes. Comme résultat, l'influence se module en cours de route. Elle peut être renforcée, supprimée ou altérée de plusieurs manières. Il existe plusieurs boucles d'interaction. L'effet d'une activité peut ainsi avoir des incidences rétroactives positives ou négatives, directement ou à la suite de plusieurs étapes.

Les systèmes complexes sont généralement des systèmes ouverts interagissant avec leur environnement. Les frontières du système (*l'encadrement*) sont difficiles à déterminer, dépendent du but de la description du système et sont donc influées par la position de l'observateur. Un système complexe a aussi une histoire. Il évolue à travers le temps et son passé est responsable de son comportement présent.

Examinons alors comment les résultats de la recherche se présentent sous la lentille de la complexité.

## 2. Justification de l'examen des résultats sous la lentille de la complexité

Dans les sections suivantes, je montrerai à travers les résultats de l'étude qu'il est difficile d'étudier les barrières à l'accès aux soins dentaires en utilisant des modèles théoriques linéaires, justement à cause d'interactions non linéaires et rétroactives. Je montrerai aussi comment plusieurs résultats s'identifient à d'autres caractéristiques de la complexité (concepts indiqués en italique dans la suite de cette section), pour finalement proposer une modélisation de l'ensemble des perceptions des femmes sur l'objet de la recherche considérés sous cette lentille de complexité.

### 2.1. Retour aux cadres théoriques : des interactions non linéaires et des concepts puisés dans plusieurs modèles.

Les cadres théoriques, examinés au chapitre 2 dans le but de dégager des concepts utiles pour l'étude, sont linéaires. Les sujets proposés par les femmes durant les ateliers de groupe ainsi que les propos échangés se rapportaient à *des concepts empruntés conjointement à plusieurs modèles* examinés. Les participantes ont aussi permis d'apporter des modifications à la section de barrières cognitives du modèle HCAB, la déclinant en barrières communicationnelles, émotionnelles, relationnelles et en besoin d'information (les connaissances et les croyances). Les thématiques émergentes ont parallèlement permis d'explorer en profondeur une composante du modèle Penchansky, celle de l'acceptabilité qui prenait une large part des discussions. Cette composante établit la concordance entre les attentes du client eu égard les attitudes du personnel d'une part, et les attitudes et les conditions réellement présentes dans le cadre de soins, déterminées selon des caractéristiques préétablies par le personnel. Selon les échanges partagés, l'acceptabilité décrit un *champ*

*vaste* lié à la situation de la femme, ses perceptions des compétences professionnelles et relationnelles du personnel soignant et administratif, et la perception d'une relation de pouvoir liée au besoin de service, au manque d'information, au différentiel socio-économique et à la langue parlée. La situation linguistique minoritaire des femmes *module* ce champ puisqu'elle peut aggraver les difficultés communicationnelles, l'exclusion sociale, et la situation économique précaire. Les barrières émotionnelles influent directement cette relation, tel qu'il a été décrit précédemment; les peurs, les appréhensions, les angoisses et le stress affectent la qualité de l'expérience et créent des contraintes supplémentaires pour les professionnels surtout s'ils ne connaissent pas les racines de ces affections.

Plusieurs autres *relations étroites et boucles interactives* ont été citées par les participantes:

- Elles ont permis d'établir des liens dans plusieurs directions entre les barrières à l'accès aux soins, les indicateurs intermédiaires et l'iniquité en santé, composantes du modèle HCAB (Figure 18 : modélisation des barrières financières, p.108). Lorsque cet accès inéquitable est perçu par les femmes sans qu'elles ne puissent identifier de solution probable, des répercussions émotionnelles affectant l'état de santé mentale viennent alimenter la situation par une boucle de rétroaction aggravante; la femme peut sentir qu'elle appartient à une «classe inférieure». Ce sentiment peut facilement être aggravé par l'appartenance à une minorité linguistique.
- La morbidité plus élevée peut affecter la productivité de l'individu et aggraver sa situation économique précaire par des dépenses supplémentaires, un absentéisme ou un accès limité à l'emploi pour des raisons d'image personnelle inacceptable par la société. Un effet plus éloigné est représenté par les effets de la morbidité (dentaire) sur la santé mentale et les problèmes de santé chronique (maladies cardiaques, pulmonaires et diabète) interagissant étroitement pour affecter la productivité, la situation financière et la participation active à la société (Figure 18, p.108).
- Les difficultés communicationnelles, émotionnelles et relationnelles peuvent aussi interagir pour affecter les difficultés structurales (la connaissance des services offerts à proximité par exemple), ce que le modèle Penchansky décline en termes d'accessibilité et d'accommodement (*accessibility, accomodation*). L'interaction entre ces trois barrières peut parallèlement causer une discordance entre la santé

dentaire perçue et normative, ce que les variations du modèle d'Andersen regroupent sous les termes de besoins perçus et mesurés (needs).

Finalement, les femmes ont permis d'explorer les facteurs favorisant la santé dentaire tels que décrits par différentes versions du modèle d'Andersen (enabling). Il s'agit principalement de repères dans sa trajectoire de vie, soit ses racines, ses liens à la famille durant l'enfance et un passé non lointain où sa situation économique était meilleure et où elle avait accès à l'emploi. D'autres facteurs favorables peuvent provenir d'un support du réseau social actuel. Bien que les femmes n'ont pas toujours la possibilité d'accéder à ce support, soit par manque de disponibilité, soit par choix, il n'en est pas moins que ces intersections de trajectoires peuvent affecter positivement l'accès aux soins dentaires par le biais de facteurs éducationnels, communicationnels, relationnels, de support contre l'abus, d'accès à l'information et d'influence positive liée au revenu élevé (Figure 16 : carte cognitive, p.103). L'interaction de trajectoires n'est certainement pas toujours positive; elle peut avoir des répercussions sur la santé mentale et constituer des barrières financières à l'accès aux soins dentaires à court et long terme, tel qu'il a été décrit dans le cas d'abus.

De ce qui précède, nous pouvons conclure qu'il est difficile de décrire les perceptions et les besoins en soins dentaires dans un contexte de vulnérabilité sociale en suivant un seul modèle théorique linéaire, aussi compliqué et détaillé qu'il soit. En effet les barrières aux soins, les indicateurs intermédiaires, les facteurs prédisposant et favorisant, les besoins perçus et mesurés, les conséquences sur la morbidité, la santé mentale et physique, *interagissent* de manière *imprévisible* et *dynamique* modulées par des changements à la situation de la femme et l'intersection de sa trajectoire avec d'autres. Les perceptions des participantes peuvent finalement elles-mêmes évoluer à la suite *d'une réflexivité critique en mouvance*.

## 2.2. Un nombre limité d'éléments interconnectés peuvent avoir un effet similaire ou supérieur que la totalité des éléments

Parallèlement, l'exemple des barrières émotionnelles liées aux expériences de l'abus, montre qu'un petit ensemble d'éléments peut avoir un effet similaire ou plus grave encore que l'ensemble des autres éléments. L'analyse causale selon les perceptions des femmes accorde en effet aux barrières émotionnelles le plus grand index de cause et le plus grand index

d'effet, ce qui est visible sur la Figure 20 (p.111) par un emplacement éloigné sur les deux axes d'abscisses et d'ordonnées.

### 2.3.Plusieurs niveaux de systèmes complexes

En résumé, les caractéristiques d'*interaction dynamique, non linéaire* d'éléments présentant *des effets à courte et à longue portée*, agissant par *boucles de rétroaction* positive et négative, pouvant avoir *des effets supérieurs à celui de l'ensemble des éléments*, justifient l'examen de l'objet sous la lentille de la complexité, surtout qu'il regroupe au moins quatre niveaux de systèmes complexes : a) le corps humain et la maladie; b) l'être humain en tant que personne prenant des décisions éclairées; c) le contexte social et politique qui modulent ces décisions; d) le système de santé.

Aussi, deux niveaux de complexité ont été identifiés : l'objet de l'étude en lui-même (soit les barrières à l'accès aux soins dentaires) et les méthodes utilisées pour explorer l'objet de l'étude. En effet, l'exploration de l'objet de l'étude est elle-même complexe, imprévisible et dynamique, dépendant de la complexité des acteurs qui y prennent part, de leurs perceptions, de l'intimité des échanges, de l'apprentissage et de la réflexion par l'action.

Les implications de ce regard seront explicitées dans le chapitre suivant, mais il serait utile de synthétiser les réflexions dans une modélisation illustrative de l'ensemble des échanges avec les participantes.

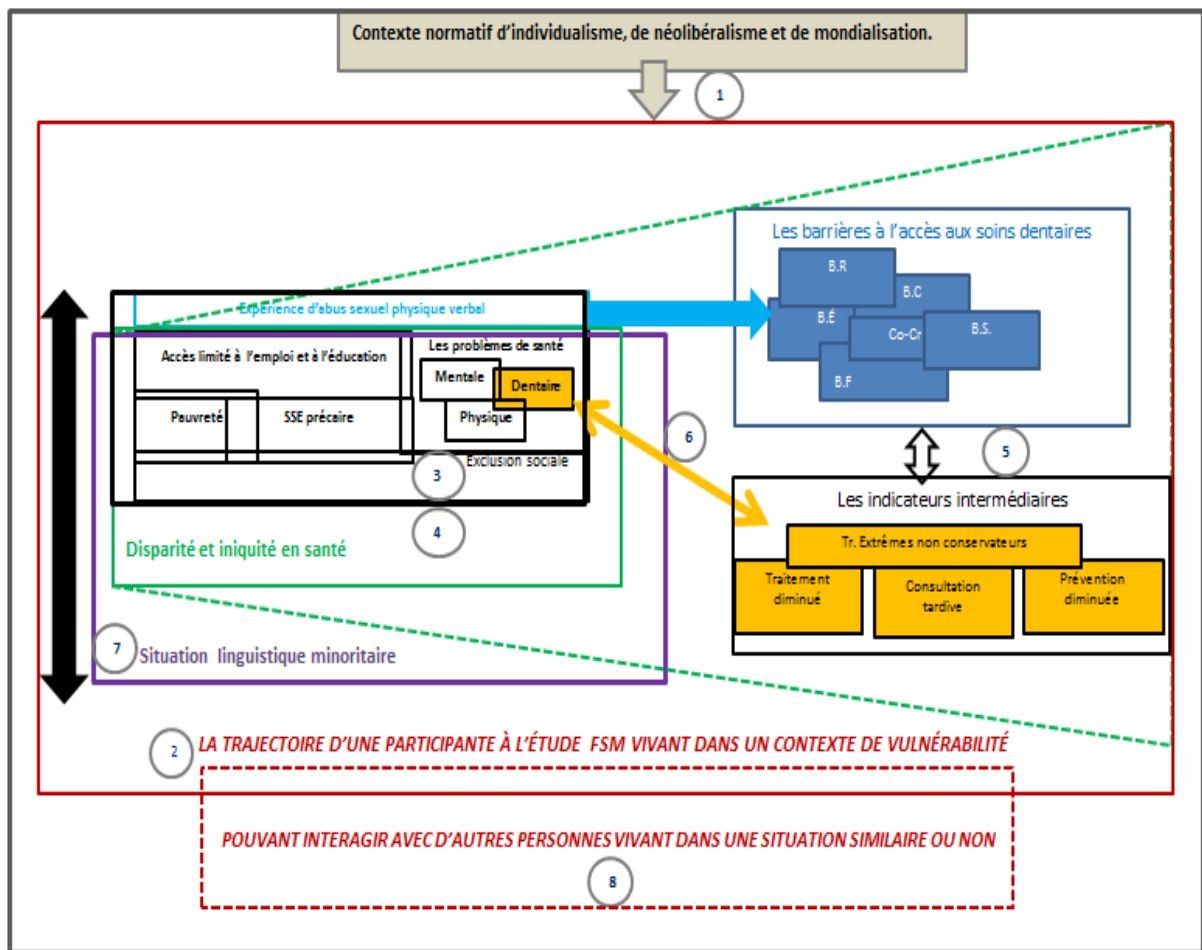
### 3. Modélisation des échanges sous la lentille de la complexité : une synthèse

Cette tentative de modélisation des échanges sur l'objet de l'étude est une réalité construite temporellement et contextuellement, un cliché instantané des perceptions de toutes, chercheuse principale et co-chercheuses, modulée par le vécu des femmes et les questions soulevées, et devant sans doute être approfondie et adaptée par des recherches futures.

Il est difficile d'inclure toutes les flèches d'interactions possibles dans une même illustration sans l'encombrer et affecter sa lisibilité. L'illustration des barrières financières (Figure 18, p.108), une possibilité parmi d'autres dans ce système est la preuve de la difficulté de représentation de ces interactions. Afin d'y remédier, je propose de remplacer certaines

flèches bidirectionnelles par des cadres emboîtés. Une description simplifiée de cette synthèse critique des échanges (Figure 21, ici -bas) se lit comme suit.

*Figure 21. Modélisation des perceptions et des besoins en santé dentaire dans un contexte de vulnérabilité sociale tels que décrits par les participantes à l'étude, femmes FSM*



1 Les participantes à l'étude, femmes FSM peuvent vivre dans un contexte normatif d'individualisme, de responsabilisation et de minorisation. Les liens sociaux s'assouplissent et chaque individu doit réussir de ses propres efforts pour pouvoir s'intégrer et avancer dans la vie; il est ainsi responsable de son échec ou de la situation dans laquelle il se trouve, ne possédant pas les compétences nécessaires pour s'adapter aux conditions changeantes de normativité liant les individus (Roy, 2008). Il est souvent tenu de s'intégrer au contexte majoritaire et de contrer des normes, en demandant des services en français (SEF) par exemple. Dans ce contexte, les individus

sont fragilisés par des situations où l'éloignement des autres est valorisé (Fecteau, 2008). Le réseau social, pouvant apporter du support aux femmes dans leur situation, peut être considéré comme hors-norme, puisque la solidarité empêche l'être d'entrer en compétition avec d'autres et donc de se réaliser. La personne est encore une fois tenue responsable de sa propre protection, dans une perspective de «désocialisation des protections» et de «désinstitutionnalisation de la société» imputables à la globalisation (Soulet, 2008; p.70). La personne doit continuellement travailler sur soi afin d'améliorer ses compétences dans tous les champs et se distinguer par son unicité, plus que par son appartenance ou sa ressemblance. C'est un contexte normatif contraignant, un premier niveau d'intelligibilité du contexte de vulnérabilité, tel que décrit par Delor et Hubert (2000).

2 La deuxième composante de ce contexte de vulnérabilité est représentée par la trajectoire individuelle des femmes participantes à l'étude qui décrit des champs interagissant sur plusieurs plans et se déclinant sur plusieurs niveaux comme suit.

3 Dans le champ le plus central se côtoient les situations de pauvreté, d'exclusion, d'emploi précaire et d'accès limité à l'éducation et à l'emploi, le tout modulé par les états de santé mentale, physique et dentaire s'affectant mutuellement et agissant sur la situation financière, la qualité de vie et le bien-être physique, émotionnel et social. Chez certaines femmes cette situation est aggravée par des expériences antérieures de violence sexuelle, physique et/ou verbale. Le champ central ne peut pas être considéré pour autant comme prédisposant ('predisposing' par référence au modèle d'Andersen et ses variantes) car il est lui-même affecté par d'autres niveaux sur lesquels il agit.

4 À un deuxième niveau, les femmes peuvent vivre une situation d'iniquité en santé directement liée au niveau précédent. La situation économique précaire, l'accès limité à l'éducation, les expériences antérieures d'abus, les états de santé sont à l'origine de barrières financières, communicationnelles, émotionnelles, relationnelles et structurales aux soins interagissant ensemble et pouvant affecter par rétroaction tous les éléments cités (à l'exception des expériences de l'abus qui sont placées à l'extérieur de ce deuxième cadre).

5 Les barrières citées guident certaines décisions et attitudes en santé appelées indicateurs intermédiaires par le modèle HCAB : les traitements et la prévention diminués, la

consultation tardive et les traitements non conservateurs. Encore une fois, ces derniers peuvent agir par rétroaction sur certaines barrières, surtout celles émotionnelles. À ce stade, il est nécessaire de s'attarder sur le processus de responsabilisation de la femme par rapport à son état dentaire et aux décisions (parfois non éclairées) qu'elle a dû prendre. Cette responsabilisation en santé dentaire, ajoutée à celle de non réussite sur le plan social, catégorise la femme en personne «vulnérable» ou «à risque», sans prendre en compte le contexte en cause. Cela ne peut qu'affecter négativement l'estime de soi de la femme ou sa relation avec les professionnels, créant ainsi de nouvelles barrières émotionnelles et relationnelles, et l'empêchant de réutiliser les services offerts. Cette décision de changer de professionnel ou de ne plus consulter dépend en effet de la confiance dans le cadre de soins et de l'anticipation des bénéfices que la femme en tirera (Mechanic, 1998).

6

Les décisions ou attitudes (I.I.) peuvent affecter l'état de santé dentaire en augmentant le risque de maladies et de problèmes de santé dentaire, ce qui ramène la personne dans le champ central. Aussi, l'iniquité en santé dentaire et la perception de barrières aux soins ont des répercussions sur le bien-être psychologique et social, la personne se sentant exclue ou en situation d'infériorité. La femme sent qu'elle ne répond pas non plus aux normes médiatisées et commercialisées de l'esthétique dentaire, jugée souvent comme nécessaire à l'acceptation de l'individu dans les sphères de l'emploi et du réseau social. L'état de santé dentaire participerait alors activement à la définition du contexte normatif de la société, premier niveau d'intelligibilité du contexte de vulnérabilité.

7

La situation linguistique minoritaire affecte les niveaux précédents et est affectée par eux. Le facteur linguistique minoritaire, par ses composantes communicationnelle et émotionnelle décrites précédemment, agit sur la relation, les décisions prises, la satisfaction face aux services et la qualité des soins. Les deux niveaux précédents d'iniquité en santé et de champ tracé par la situation financière peuvent affecter le sentiment d'appartenance et d'oppression et aggravent les perceptions de différence de statut.

8-2

L'ensemble de ces niveaux et leurs interactions, considérés dans le temps, constituent un contexte imprévisible par lequel la participante peut interagir avec d'autres

personnes qui présentent leur propre trajectoire. Cette intersection de trajectoires et son effet sur la relation modulent le contexte de vulnérabilité et définissent son troisième niveau d'intelligibilité.

### III- SYMBOLIQUE DE LA BOUCHE, DE LA LANGUE ET DU POUVOIR

Cette section finale est une discussion de la symbolique qu'ont porté ces mots dans l'étude, tout en établissant des liens entre eux.

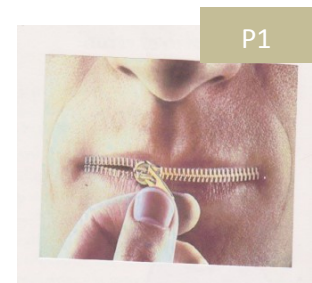
#### 1. La bouche

L'étude a commencé par une exploration des besoins buccodentaires. *La bouche* englobe les dents et les tissus avoisinants qui sont à la base de l'apparition des maladies, leur diagnostic, le traitement et le suivi. Cet ensemble détermine le bien-être de l'individu selon la définition de l'Association Dentaire Canadienne. *La bouche* a porté d'autres symboliques à travers les échanges :

a) À l'image de la définition précédente, les femmes ont lancé un appel aux professionnels de la santé dentaire à regarder l'humain derrière *la bouche examinée*, à prendre en considération les répercussions des problèmes de santé mentale et des expériences antérieures d'abus sur le cadre de soins

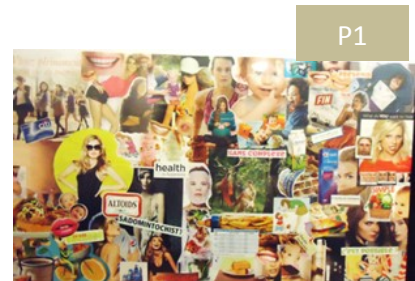
b) *La bouche* symbolise la communication pour l'expression des besoins et des difficultés, comme le suggère l'image de la bouche avec la fermeture éclair choisie par une femme pour symboliser sa participation. Elle dit: «*Je ne me cache plus dans la bouche des autres* ». Dans ce sens, *la bouche* constitue une prise de pouvoir par la femme et une décision de commencer à s'exprimer, à «*ouvrir la bouche pour laisser les autres voir les choses qui y sont cachées*».

c) Dans une situation de soins où le dentiste ouvre la bouche empêchant toute communication, il y a une perte de pouvoir aggravée par la position couchée sur le fauteuil, le dentiste penché par-dessus. *La bouche* constitue la porte d'entrée vers une partie intime de soi, une intimité liée au corps et aux expériences d'abus sexuel. Dans un poème où la femme



parle des conséquences de l'abus sur sa relation avec le dentiste, *la bouche* est décrite tour à tour comme «*la partie la plus intime de moi*», «*la partie la plus salope de moi*», «*la partie la plus morte de moi*», «*la partie la plus pas normale de moi*», «*la partie la plus vieille de moi*», «*la partie de moi qui me ressemble le plus*». Encore une fois, la situation de soins est assimilée par la participante à une position de pouvoir, cette fois reliée à l'expérience d'abus ou des ordres sont donnés par le dentiste, des objets sont forcés dans la bouche, il y a une difficulté d'avaler et un sentiment d'étouffer. Cette situation est aggravée par l'impossibilité de communiquer sa gêne à cause de barrières émotionnelles (dissociation, peur du jugement et acceptation de la souffrance), communicationnelles (langue parlée et intimidation par la relation de pouvoir) et physiques (bouche ouverte).

d) *La bouche* a des connotations sexuelles liées à l'objectivation de la femme et de l'esthétique dentaire par les médias. L'image transmise de lèvres charnues et de dents parfaitement alignées et blanches est non seulement agressive et exagérée, mais souvent impossible à atteindre selon les participantes. Elle contribue ainsi au processus de «*vulnérabilisation*» amplifié par l'irréalisme de l'objectif à atteindre.



e) *La bouche* peut aussi être le symbole de souvenirs plaisants du passé liés à des personnages qui avaient des dents de forme spéciale et qui ont laissé une trace dans la vie des femmes. Les personnages qui ont des dents mal alignées prennent des rôles comiques ou sont des héros de bande dessinée; la symbolique de *la bouche* est alors liée à une aspiration au bonheur et une nostalgie d'un passé meilleur.



f) *La bouche* est finalement le cadre de plaisir de sens allant jusqu'à la griserie lorsqu'il s'agit de savourer des aliments rares et dispendieux.

Cet exposé n'est certainement pas à visée sémantique. Il cherche à élucider les différentes facettes d'un organe, *la bouche*, pouvant émerger lors d'un examen dentaire et d'une étude sur le sujet, affectant ainsi le service, la satisfaction, les échanges et l'atteinte de buts thérapeutiques ou exploratoires.

## 2. La langue

La langue parlée revêt plusieurs aspects dans cette étude :

- a) Il s'agit premièrement d'un pilier essentiel à l'établissement d'une relation de confiance dans un cadre de soins dentaires. L'utilisation du français permet de s'assurer que les besoins soient exprimés et compris et d'éviter des facteurs de stress additionnels. Elle permet aussi la compréhension des informations fournies par le dentiste ou l'hygiéniste, ouvrant ainsi la voie à des décisions éclairées. Je suis d'avis que le doute sur l'honnêteté du dentiste et la suspicion d'une attitude commerciale peuvent être liés à un manque d'informations et de communication. Ils peuvent aussi être modulés par la relation de pouvoir liée à l'éducation et au revenu élevé du dentiste, exprimée par *«lui, il sait; moi je ne sais pas»* ou *«il a des diplômes grands comme ça»*. L'utilisation du français permet alors une fluidité de la conversation, la compréhension des messages fournis et un sentiment d'appartenance partagé par une préférence linguistique commune. La communication dans la langue de préférence permet de tendre la perche entre deux mondes dichotomisés, de centrer les soins sur le patient et de permettre des soins sécuritaires et satisfaisants;
- b) La langue parlée est parfois reliée à une relation de pouvoir ancrée dans l'histoire des francophones, souvent perçus comme moins nantis que les anglophones, situation qui s'améliore pourtant aux temps présents;
- c) L'utilisation du français dans le cadre de la recherche a été essentiel à la profondeur des échanges. L'utilisation de textes écrits par les femmes, poèmes, histoires, interprétation d'images a permis de puiser dans les profondeurs de la mémoire et de l'inconscient afin d'exprimer des sujets enfouis et intimes. Il a aussi permis les échanges entre les partenaires;
- d) L'appartenance à des origines culturelles différentes et le caractère participatif de l'étude amenaient les participantes à procurer des spécifications linguistiques, des conseils sur la formulation d'idées et des informations sur des facettes culturelles, permettant ainsi de briser la relation de «pouvoir d'expert» du dit chercheur (St-Arnaud, 2003, p. 167) et de renforcer le partenariat avec les participantes co-chercheuses.

### 3. Le pouvoir

Dans cette étude, le pouvoir est relié au genre, à l'éducation, au revenu élevé, à la prise de décision, à la position physique dans un espace restreint et à la prise de parole.

a) Dans la section précédente, le pouvoir était lié à la participation à l'étude et la décision d'exprimer ses besoins. *La bouche* permet une prise de *pouvoir* facilitée par *la langue*, soit l'utilisation du français pour le dévoilement de sujets cruciaux.

b) Le pouvoir ramenait aussi à différents acteurs pouvant améliorer la situation de la femme comme le gouvernement, les dentistes et les thérapeutes («pouvoir d'autorité et pouvoir d'expert», St- Arnaud, *ibid.*). L'effet bénéfique du pouvoir est exprimé en termes d'accès à l'information ainsi que de la possibilité d'établir des stratégies et les appliquer.

c) Un effet intimidant peut être relié à la relation de pouvoir, empêchant ainsi la femme de s'exprimer et affectant la relation de confiance. Le «pouvoir personnel» est alors atteint (St-Arnaud, *ibid.*). L'approche participative en recherche et en soins permet d'encourager la coopération en accordant à son interlocuteur un «pouvoir d'expert» et en encourageant l'expression de son «pouvoir personnel».

En conclusion de la discussion des résultats, l'exploration des perceptions et des besoins en santé dentaire chez les femmes partenaires a été un processus dynamique, offrant un espace d'échange caractérisé par la confiance, la réflexion et la prise de pouvoir. Elle a été facilitée par l'utilisation du français comme langue d'expression et moyen d'émergence de sujets intimes et complexes, uniques par leur interaction et leur temporalité

## CHAPITRE 6 – CONCLUSION

### *Considérations futures pour l'exploration des barrières aux soins, la santé en situation minoritaire et la promotion de la santé dentaire*

Ce chapitre expose les implications de l'étude pour l'exploration des barrières aux soins dentaires dans un contexte de vulnérabilité sociale ainsi qu'en situation linguistique minoritaire. Les implications pour la conception de stratégies en promotion de la santé dentaire, tant en clinique privée que dans un cadre communautaire ou de santé publique, seront parallèlement présentées.

#### I- IMPLICATIONS POUR L'EXPLORATION DES BARRIÈRES AUX SOINS EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE

##### 1. La recherche dans le cadre d'un système complexe

L'exploration du sujet de l'étude est caractérisée par sa complexité puisqu'elle se propose de regarder l'interaction de plusieurs systèmes complexes, la maladie, l'être humain, le social et le système de santé, dans un contexte de recherche lui-même imprévisible. Afin de permettre une collecte de données qui décrit fidèlement l'image perçue et exprimée, il a été pertinent de s'inspirer des neuf principes organisationnels et de leadership Edgeware (Zimmerman, Lindberg & Plesk, 2008). Ce sont: la considération sous la lentille de la complexité; des spécifications minimales et une vision suffisante; une utilisation parallèle de procédures mécanistiques et anarchiques («*clockware* et *swarmware*»); s'accorder aux frontières; travailler avec le paradoxe et la tension; tenter des actions multiples et laisser les directions émerger; être à l'écoute du système à l'ombre; construire progressivement des systèmes complexes en additionnant des systèmes simples qui fonctionnent bien et indépendamment; équilibrer la compétition et la coopération.

Ces principes sont pertinents au processus de la recherche en santé dentaire dans un contexte imprévisible et ont été très utiles dans l'avancement de cette étude. Les fondements de la recherche participative permettent en effet de gérer les difficultés rencontrées et de suivre le flux des événements de manière à répondre aux questions de la recherche tout en respectant

les préoccupations des femmes, et ce en une réelle relation partenariale. Dans ce qui suit, je décris comment je pense que les principes décrits par ces auteurs ont été appliqués au cours de mon étude et la pertinence de le faire pour de futures recherches sur les besoins en santé dentaire dans un contexte de vulnérabilité sociale.

Dès la première conception des méthodes, des adaptations ont été prévues. La conception initiale des ateliers laissait une marge de liberté pour des modifications suggérées par les femmes, ce qui a été effectivement le cas. Elles avaient préféré que les activités artistiques soient proposées par moi et réalisées dans le centre, pour ensuite être discutées et analysées, ce qui augmentait indéniablement le nombre de séances prévues et la part d'imprévisibilité quant à la manière dont les procédures seraient reçues. Il fallait pouvoir travailler dans ce contexte imprécis, concevoir les activités, les proposer aux femmes, les réaliser puis réfléchir ensemble sur leur efficacité. Il a été utile de réaliser les activités en même temps que les femmes ou parfois même préalablement afin de juger de leur pertinence. Cela n'empêchait pas la survenue d'évènements inattendus, mais permettait de proposer des solutions, des directives ou des commentaires de manière plus efficace.

D'autre part, j'avais présenté certaines activités d'introspection en donnant des spécifications minimales, laissant la possibilité à la femme de laisser libre cours à son imagination et au forage de son inconscient à la recherche des perceptions enfouies, conditions nécessaires à l'exploration et la création.

L'utilisation parallèle de procédures mécanistiques et anarchiques permettait de suivre les plans lorsque nécessaire, de guider les participantes qui en avaient besoin, tout en gardant la possibilité de s'adapter, d'expérimenter et d'accepter que tout ne fonctionne pas nécessairement comme prévu. Les procédures mécanistiques étaient utilisées lorsque l'environnement était certain ou qu'un accord préalable entre les participantes sur les procédures avait été fait durant la séance précédente; un exemple pertinent serait l'atelier 2 où les femmes discutaient librement de sujets autour d'œuvres intuitives, ou lorsque la séance consistait à partager des travaux réalisés. Les procédures anarchiques ou («en essaim» comme la traduction l'indiquerait) consistaient à explorer de nouvelles possibilités par l'expérience et l'erreur, la liberté et l'intuition. Ces procédures étaient particulièrement utiles lorsqu'un maximum de créativité était encouragé ou lorsque de nouvelles idées surgissaient

de manière inattendue en cours de route; un exemple simple est l'arbre à problèmes des peurs du dentiste qui était pensé de manière à inclure les causes et les conséquences, puis a été adapté à la suite de la proposition d'ajouter des feuilles pour les solutions. L'arbre était devenu alors très enchevêtré, et une version conjointe sous forme de matrice paraissait intéressante. Un autre exemple serait les adaptations réalisées à l'activité de l'analyse des construits afin de répondre aux propositions des femmes.

Sur un autre plan, il était nécessaire, afin d'atteindre le maximum de créativité, d'équilibrer le flux d'informations, la diversité et l'anxiété parmi les participantes et de se connecter aux frontières du système. Il était important de pouvoir administrer la différence et l'unicité sans nécessairement obtenir «les bons résultats», soit des résultats prévus. Essayer et réfléchir sur les résultats avec recul, prévoyance et perspicacité sont donc de mise. La tension, entre les participantes et dans les processus, doit aussi être considérée comme créative. En effet, dans le processus de réflexivité en mouvance, les participantes devaient parfois faire face à «des démons du passé». Certaines lâchaient prise, d'autres commençaient par refuser d'aller plus loin dans l'exploration, déclarant que leur problème n'avait pas de solution, puis arrivaient à travers le partage des autres ou après un certain recul, à surmonter ces barrières et à créer des œuvres impressionnantes par leur profondeur et leur réalité. Les paradoxes au sein du groupe étaient parallèlement recherchés et valorisés car ils permettent un effort supplémentaire d'exploration et une meilleure compréhension de soi et des autres.

Finalement l'écoute du système à l'ombre a été d'une valeur indéniable au cours de cette recherche. Les femmes, participantes ou non, communiquaient entre elle en dehors des ateliers. L'interaction avec les intervenantes, les stagiaires et les bénévoles se faisait parallèlement et pouvait être en accord ou en discordance avec les liens que les femmes entretenaient ensemble. Mon double rôle de bénévole et de chercheuse complétait ce tableau de coexistence de système légitime et de système de l'ombre, source de tension et par la suite d'innovation (Zimmerman, Lindberg et Plesk, 2008). Le journal de bord comme outil de recherche et de systématisation des expériences et le bénévolat comme stratégie (Laperrière, 2013) sont à la base de ce retour au vécu permettant de contextualiser et de mieux comprendre les échanges.

## 2. L'apport de l'approche participative et prolongée en recherche

L'approche utilisée a certainement permis une exploration pertinente de l'objet de l'étude, essentiellement parce qu'elle permettait d'ancrer les discussions dans les motivations et les attentes des femmes et permettait de valider les échanges par une présence prolongée auprès d'elles. La personnalisation de certaines procédures permettait de s'adapter aux besoins et à la réalité quotidienne. Il fallait comprendre qu'il y a des journées «où ça ne va pas» et agir en conséquent; ce dernier point s'applique certainement à toutes, chercheure principale et co-chercheures. L'emphase mise sur le fondement participatif de l'étude a permis d'établir un climat de confiance où les partenaires n'étaient pas contraintes de suivre des protocoles préétablis. La chercheure principale n'était pas contrainte non plus d'exercer de pression *sur* les autres pour la collecte de données, ni une relation de service où un travail était fait *pour* les femmes. J'ose croire que c'est une relation de partenariat (St-Arnaud, 2003) qui a permis d'aboutir à une exploration approfondie et à une description fidèle des échanges.

Quelles implications alors pour les recherches futures? Je m'appuie sur le huitième principe Edgeware pour avancer la pertinence de la fragmentation (*Chunking*) des solutions aux problèmes explorés. Pour faire face à des systèmes complexes, qu'il s'agisse de l'objet de l'étude ou de son cadre méthodologique, une stratégie utile serait de procéder par le rassemblement de fragments qui paraissent fonctionner. Ainsi, puiser dans les *savoirs de l'expérience*, des *présentations* et des *propositions* permettait l'acquisition d'un *savoir pratique* à appliquer et tester de nouveau par l'expérience pour des fins d'adaptations, puis systématiser le tout par une description réflexive et critique. Si l'approche utilisée auprès des femmes a permis l'évolution de la réflexion et l'approfondissement des échanges dans un cadre qui reflétait leurs préoccupations, d'autres tentatives, similaires mais adaptées à la réalité contextuelle, pourraient être menées afin de systématiser des pratiques efficaces, et de mener à des actions additionnelles dans une perspective ascendante.

## 3. Considérations éthiques

Les implications éthiques de l'intimité des échanges ont été contrées par l'aspect participatif de la recherche; la femme étant en mesure non seulement de mettre fin à son engagement, mais aussi de proposer des modifications permettant de doser le degré de partage qu'elle

désirait. Cet aspect a été illustré par une femme par une main sur le ventre et l'autre derrière le dos représentant ce qu'elle allait partager et les secrets qui resteront cachés.

Sur un autre plan, j'avance que l'approche participative est plus qu'une opportunité de s'exprimer sur des sujets d'intérêt. Il s'agit d'un droit de tenir le gouvernail et de diriger le processus selon ses valeurs, attentes, attitudes et besoins. L'utilisation du français durant les échanges a permis le libre exercice de ce droit dans la langue émotive de leur préférence. Cette dernière est la langue utilisée de manière naturelle et fluide dans les situations où une certaine émotivité eu égard le contexte particulier des propos ou de la situation est de rigueur (Action Ontarienne contre la violence faite aux femmes, 2008).

## II- IMPLICATIONS POUR LA SANTÉ DENTAIRE EN SITUATION LINGUISTIQUE MINORITAIRE

L'étude a avancé l'importance de la langue parlée pour surmonter les barrières tant communicationnelles, qu'émotionnelles et relationnelles, ainsi que de répondre au besoin d'informations. Elle permet aussi une prise de pouvoir grâce à l'expression de besoins et à un sentiment d'appartenance permettant d'atténuer les séquelles de certaines composantes du contexte de vulnérabilité, comme l'individualisme et l'exclusion. Selon l'Association de Santé Mentale Canadienne de l'Ontario (Mental Health Promotion in Ontario : a call to action, 2008), les trois déterminants principaux de la santé mentale sont l'inclusion sociale, l'absence de discrimination et de violence et l'accès aux ressources économiques. Dans un contexte où certains groupes de francophones en situation minoritaire font face à des situations économiques précaires, l'utilisation de la langue préférée dans un cadre de soins dentaires permettrait d'atténuer les conséquences des deux autres composantes. En effet, la personne peut se sentir dans un environnement favorable lui permettant de s'identifier à ses soignants, d'établir des liens de confiance, de surmonter les conséquences des expériences de violence et d'éviter des relations de pouvoir ou de pression la ramenant dans la situation initiale d'abus.

D'autre part, les effets de la minorisation sur le ralentissement du développement d'institutions œuvrant pour le développement des communautés francophones (Bouchard, Beaulieu, Desmeules, 2011) réduit le support social auquel les participantes peuvent se

tourner en cas de besoin; elles y font illusion en parlant d'institutions en pouvoir pouvant instaurer des politiques et les appuyer (Figure 16 : carte cognitive, p.103). Il s'agit surtout dans ce cas d'institutions travaillant pour la considération interdisciplinaire de la santé de l'individu, ainsi que pour l'offre active de services en français de la part des professionnels et des institutions en santé dentaire. En modifiant le contexte normatif du rapport langue majoritaire/minoritaire, l'offre active modifie la symbolique de l'utilisation du français de *hors-norme à droit légitime et équitable*, agissant ainsi directement sur une composante du processus de minorisation et donc de vulnérabilisation.

Finalement, l'étude répondait à plusieurs thématiques identifiées par des groupes de chercheurs et d'intervenants en santé comme priorités de recherche immédiate sur la santé des francophones : l'accès aux services, les déterminants de la santé, la santé des populations et l'état de santé. Les résultats de l'étude montrent que ces thématiques sont inter-reliées. La pertinence pour des recherches supplémentaires sur le sujet en est accrue. J'ajouterai qu'il serait crucial d'intégrer la santé dentaire parmi les priorités de recherche chez les FSM, comme composante interagissant avec la santé physique et mentale et contribuant fortement à l'iniquité en santé.

### III- IMPLICATIONS POUR LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION EN SANTÉ DENTAIRE

#### 1. Les barrières financières et structurales

Afin de surmonter les difficultés financières, il serait important d'éviter des dépenses supplémentaires liées à un état de santé physique ou mental détérioré. Des soins dentaires incorporés à la prise en charge des maladies chroniques et des problèmes de santé mentale permettraient une prise en charge interdisciplinaire de ces morbidités, évitant ainsi des rechutes. La directrice de l'Association des centres de santé de l'Ontario rapporte qu'une enquête récente auprès des 83 centres membres de l'association a montré que 90% des clients en santé orale se présentaient avec des maladies chroniques incluant le diabète, les maladies cardiaques, la santé mentale et les problèmes d'addiction. L'association a entamé une collecte de données permettant de montrer qu'en traitant de manière conjointe les maladies orales et chroniques reliées, des réductions de coûts seront possibles (Tetley, 2012). Certains programmes comme le POSPH prévoient de couvrir des soins dentaires supplémentaires si

ces derniers affectent l'état de santé générale de l'individu. Il reste certainement à spécifier ces liens afin de pouvoir guider les politiques de santé.

D'autre part, certaines brèches dans le système de soins restent à combler, surtout lorsqu'il s'agit de personnes non assurées, soit la catégorie communément appelée *les travailleurs pauvres*. Les personnes recevant de pensions de vieillesse peuvent aussi se trouver face à des barrières financières, aggravées par la tendance à moins consulter en avançant en âge. Aussi, les appréhensions liées à l'absence d'affichage des prix pourraient être contrées par des marges de prix approximatives accompagnées d'une spécification que les prix varient selon la situation de chaque individu.

Finalement, des efforts supplémentaires devraient être misées sur les connaissances concernant les services offerts, puisque l'étude a montré qu'il existe une ambiguïté sur ce sujet, surtout lorsqu'il s'agit de la gamme de traitements couverts par le programme POSPH. Il serait utile aussi d'augmenter la visibilité des programmes communautaires offerts, tels les dépistages dentaires gratuits ou le programme communautaire de dentiers (ville d'Ottawa).

Afin de permettre aux femmes de trouver un dentiste plus facilement (barrières structurales) et d'avoir recours à des informations pour la protection de leur sécurité, il serait utile que certains sites internet affichant ces moteurs de recherche (comme celui de l'Association Dentaire de l'Ontario) soient offerts en version française.

## 2. Les barrières émotionnelles, communicationnelles et relationnelles

La relation de confiance est basée sur plusieurs critères. Les résultats de l'étude montrent qu'elle est affectée par des doutes sur les compétences et l'honnêteté, des perceptions d'une relation de pouvoir, d'un manque d'explication et de compassion, ainsi que des attitudes de stigmatisation et de responsabilisation. Selon Mechanic (1998), les bases d'une relation de confiance conditionnent l'utilisation des services en santé; il est nécessaire pour la personne d'être persuadée qu'elle en tirera satisfaction et bénéfice. Afin de favoriser la relation de confiance, il est nécessaire selon l'auteur, que le patient puisse faire des décisions éclairées, d'avoir un pouvoir sur le devenir de sa santé et un contrôle sur les traitements administrés. La langue comme pilier communicationnel jouerait ici un rôle crucial. Il faudrait aussi que le patient puisse choisir le professionnel de la santé et d'être en mesure d'évaluer ses

compétences techniques et interpersonnelles. Selon l'auteur, une relation dans les deux sens existe: les compétences techniques peuvent parfois donner une impression de sévérité ou de désintérêt; les compétences interpersonnelles affectent aussi les perceptions sur les compétences techniques et l'adhérence au traitement ou encore peuvent amener à une décision de changer de professionnel (Roter et Hall, 1992; cités par Mechanic, 1998). Les femmes se sont attardées sur ce sujet, surtout que la possibilité d'avoir confiance dans les compétences du professionnel peut être affectée par un manque d'informations, des défis communicationnels et des barrières financières liées au coût de la consultation.

En ce qui est des barrières liées aux conséquences de l'abus, les femmes ont lancé un appel à la conscientisation sur les difficultés communicationnelles et émotionnelles que cette situation peut engendrer. Certaines solutions proposées se sont basées sur l'éducation. Il s'agit d'établir des liens avec la personne abusée par la compréhension des racines de sa gêne et par l'offre de communication, détaillée dans la section suivante. Des actions futures soutenues sont nécessaires pour mettre l'emphase sur ce point indispensable à l'établissement d'une relation de confiance et à des soins satisfaisants et efficaces.

### 3. «Parler» et «En français» : l'offre active de communication dans la langue de son choix.

Dans le contexte de difficultés d'expression, de besoin d'information, de dissociation pour se protéger des flashback et de tolérance supérieure à la douleur, il paraît crucial qu'une *offre de communication* soit entamée par les professionnels sous forme d'observation des signes non verbaux d'abord, puis de conversation engagée, de questions posées et de vérifications régulières de l'état de souffrance. Chez des femmes FSM, le facteur linguistique est un pilier essentiel de cette offre de communication puisqu'il permet de réduire le stress additionnel et de favoriser l'échange. J'ajouterai alors que, dans le cadre de soins dentaires chez des FSM vivant dans un contexte de vulnérabilité, la nécessité d'une *offre de service en français* inclut essentiellement *une offre de communication*, cette dernière étant le service de base dont dépendent la qualité des soins, la satisfaction des services et la sécurité du patient. Les deux offres (de communication et de SEF) doivent répondre aux critères proposés par Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2011, p.6):

«Une offre proactive sans demande; visibilité; disponibilité et qualité; équité; approche centrée sur le client; accessibilité à l'ensemble des services de santé dans un continuum de soins.»

#### 4. Santé communautaire et éducation populaire en santé

Un nombre croissant de recherches examinent la possibilité de contrer les barrières à l'accès aux soins dentaires chez les personnes vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale par des services implantés dans la communauté. Les cliniques communautaires offrent un avantage de proximité qui facilite des services contextualisés, adaptés culturellement et pouvant contrer les barrières linguistiques (Brothwell, 2009; Amin & Perez, 2012). La présence d'une équipe interdisciplinaire (en santé dentaire, médecine de famille, santé mentale et intervention communautaire) permet de profiter de ressources différentes afin de permettre une prise en charge personnalisée et holistique ainsi que l'aiguillage vers les services nécessaires. En ajoutant une composante académique à ce cadre, cela permettrait de former des professionnels conscientisés à l'approche interdisciplinaire et à la réalité sociale de leurs patients, dans une approche de santé communautaire et d'éducation populaire à la santé (Dharamsi, Pratt & MacEntee, 2007; Laperrière, 2007). Une telle équipe pourrait être administrée selon des principes organisationnels en leadership qui prennent en considération la lentille de la complexité dans les interactions du personnel, des étudiants, des patients, du système de santé et des barrières à l'accès aux soins.

Si la loi 36 sur les réseaux d'intégration des services de santé a permis en 2006 de créer 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé pour répondre aux besoins de santé à l'échelle de la communauté et de rapprocher les services de la population, il serait tout à fait justifié d'avancer que l'absence de tels services dentaires à l'échelle communautaire va à l'encontre de cette vision d'intégration, tout comme l'accès limité aux soins dentaires va à l'encontre de l'universalité des soins et de la «Santé pour tous».

#### 5. La responsabilité civile et les pratiques humanitaires

Les femmes ont lancé un appel à des attitudes de compassion humaine et d'empathie de la part des professionnels et de la société. Des réflexions sont nécessaires sur le rôle ambivalent du dentiste en tant que professionnel de la santé et comme administrateur d'une entreprise

soumise à des contraintes financières, devant suivre les lois du marché libre (Dharamsi, Pratt et MacEntee, 2007; Quiñonez, 2012). Comment réaliser cet équilibre entre les responsabilités civiles et financières? Une solution serait dans l'éducation des futurs dentistes à la réalité sociale de patients vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale et de puiser dans la systématisation d'expériences qui fonctionnent (*Chunking*). Comprendre le contexte du patient, prendre son temps, montrer de l'empathie, éviter la responsabilisation, accepter les compromis et tenter de surmonter les distances sociales; ce sont des pratiques citées comme bénéfiques par des dentistes desservant des communautés démunies ayant réussi à rejoindre efficacement leur clientèle (Loignon, Allison, Landry, Richard, Brodeur & Bedos, 2010).

Selon les participantes à ce projet à la maîtrise, les attitudes décrites précédemment permettent de tisser des liens, d'établir une relation de confiance, de réduire les perceptions de pouvoir liées au différentiel de statut, de procurer un support social, de favoriser l'estime de soi, le retour à la clinique et l'adhérence au traitement. Cette intersection de trajectoires tenterait alors de contrer les conséquences du passé, de favoriser la prise de pouvoir et l'expression des besoins et détrône les principes d'individualisme et de responsabilisation de l'individu sur les conditions de sa santé et de sa réussite.

La vulnérabilité sociale basée sur ces principes normatifs laisse pourtant des individus dans l'ombre; ceux qui ont tous les moyens d'adhérer à ces normes mais refusent de le faire. Ces individus refusent d'être forcés d'adhérer à un courant de pensée qu'ils ne pensent pas éthique parce qu'il réduit leur «capacité à être responsable (pour Autrui), leur capacité à ne pas être indifférent à Autrui, dévoilant une autre vulnérabilité articulée à la réduction de l'être-ensemble à une simple juxtaposition d'individus sans compréhension mutuelle, ni volonté partagée d'un monde commun» (Châtel, 2008; p.9). La responsabilité civile et les pratiques humanitaires définiraient alors un rôle sociopolitique que pourraient jouer conjointement les professionnels, les chercheurs et les intervenants, une «*affirmation de l'autonomie et de la capacité d'agir*» dans le but de contrer, de manière active et participative, le *processus de «vulnérabilisation»* des individus (Perrault, 2008; Roy, 2008; Châtel, 2008) en santé dentaire, en situation linguistique minoritaire et dans la société.

#### IV- LIMITATIONS ET CONSIDÉRATIONS FUTURES

Les objectifs principaux et secondaires de l'étude ont été réalisés à travers un contact prolongé et de proximité permettant de donner la voix à des personnes peu représentées dans les études précédentes sur le sujet. Pourtant, le nombre limité des participantes n'a pas permis de réaliser des comparaisons au sein de ce groupe, notamment en ce qui concerne l'effet de l'âge sur les difficultés rencontrées. Parallèlement, deux femmes seulement recevaient des pensions de vieillesse, ce qui ne permettait pas de réaliser des comparaisons en ce qui concerne l'accès réalisé dans le contexte d'une disparité dans l'accès potentiel. Vu que la couverture des coûts des traitements dentaires peut être discrétionnaire et varier selon la situation de la femme, il est même difficile de juger de l'effet de l'accès potentiel chez les bénéficiaires d'un même programme. Ces aspects devraient être examinés en ayant accès à des données spécifiques sur la situation de chaque femme et la couverture à laquelle elle a droit; je n'avais pas la possibilité d'obtenir ces informations confidentielles, surtout que plusieurs participantes ont-elles-même exprimé leur méconnaissance des programmes de subvention publique.

D'autre part, je n'avais pas accès au dossier médical et dentaire des participantes, au-delà de leur perception subjective de leur état de santé ou de la narration de leur expérience en soins. Malgré cela, mon expérience passée en tant que professionnelle de la santé dentaire me permettait de déceler des disparités entre la santé dentaire perçue et la santé mesurée normative identifiée par la narration de signes cliniques ou de traitements réalisés dans le passé.

Finalement, j'ignorais les problèmes de santé mentale en détails auxquels les participantes devaient faire face. Ces informations auraient pu permettre de mieux comprendre les relations entre les différents états de santé perçus et mesurés. Les discussions non officielles avec les intervenantes, ainsi que le contact prolongé avec les femmes et la narration de discussions qu'elles ont eu avec leurs thérapeutes tout au long de l'étude, constituent autant de facteurs qui permettent de surmonter certains défis et de constituer une image contextualisée des échanges.

Dans une considération future, il serait intéressant de noter les commentaires de différents acteurs à la lecture du recueil, compilation des ateliers de discussion, surtout ceux directement impliqués avec ces participantes, afin de pouvoir corroborer d'avantage les échanges. Aussi, l'étude a permis de mener une action auprès de ces femmes et d'apporter un changement à leurs perceptions, qui s'est graduellement installé à la suite des activités d'introspection. Il serait intéressant de continuer à explorer les solutions proposées afin de mener à des changements ancrés dans leur vécu et dont elles seraient la principale force motrice. Pour cela, une analyse secondaire des données de cette étude serait nécessaire en mettant l'emphase sur le contexte particulier de vulnérabilité sociale auquel elles font face. Cette analyse peut être enrichie par une collecte de données supplémentaires auprès d'autres groupes vivant des situations similaires, ainsi que par des entretiens auprès de professionnels de la santé et d'autres acteurs œuvrant à l'échelle communautaire, municipale ou gouvernementale.

## RÉFÉRENCES

Action Ontarienne contre la violence faite aux femmes (2008). *Guide d'animation. Faire le pont. Mieux comprendre les services en français en Ontario*. En ligne : [http://aocvf.ca/documents/faire\\_le\\_pont\\_guide\\_fr.pdf](http://aocvf.ca/documents/faire_le_pont_guide_fr.pdf)

Allison, P., Allington, C. & Stern, J. (2004). *L'accès aux soins dentaires des personnes défavorisées au Québec*. Rapport en ligne : [https://www.mcgill.ca/files/dentistry/acces\\_aux\\_soins\\_dentaires.pdf](https://www.mcgill.ca/files/dentistry/acces_aux_soins_dentaires.pdf)

Amin, M. & Perez, A. (2012). Is the wait-for-patient-to-come approach suitable for African newcomers to Alberta, Canada? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40 (6):523-31.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour* 36: 1-10.

Association Canadienne de Santé Mentale, Ontario (2008). *Mental Health Promotion in Ontario : A Call to Action*. En ligne: [http://ontario.cmha.ca/public\\_policy/mental-health-promotion-in-ontario-a-call-to-action/](http://ontario.cmha.ca/public_policy/mental-health-promotion-in-ontario-a-call-to-action/)

Beaud, S. & Weber, F. (2010). *Guide l'enquête de terrain* (4e édition augmentée). Paris: La découverte.

Bedos, C., Brodeur, J-M., Levine, A., Richard, L., Boucheron, L. & Mereus, W. (2005). Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. *American Journal of Public Health* 95 (8): 1340-1344.

Bedos, C., Levine, A., & Brodeur, J-M. (2009). How people on social assistance perceive, experience and improve oral health. *Journal of Dental Research* 88 (7): 653-657.

Bouchard, L., Beaulieu, M. & Desmeules, M. (2011). *L'offre active des services en français en Ontario : une mesure d'équité*. Rapport préparé pour le Bureau des services en français du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011.

Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M-H., Gilbert, A. & Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Health Care Policy* 4 (4): 37- 42.

- Bouchard, L., Chomienne, M.H., Benoit, M., Boudreau, F., Lemonde, M. & Dufour, S. (2010). *Impact de la situation linguistique minoritaire sur les soins de santé pour des personnes âgées francophones de l'Ontario souffrant de maladies chroniques : une étude qualitative exploratoire*. Rapport de recherche pour le CNFS.
- Bourbonnais, V. (2007). *La santé des aînés francophones en situation minoritaire: État des lieux en Ontario*. Thèse à la maîtrise en sociologie. Faculté des sciences sociales, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada. 126 p.
- Bourrassa, M., Bélair, L. & Chevalier, J. (2007). Liminaire. Les outils de la recherche participative. *Éducation et Francophonie XXXV* (2) : 1-11.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Rapport présenté à Santé Canada. Publications Santé Canada, Ottawa, Ontario. En ligne: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/soinsdesante/pdf/barrieres.pdf>
- Brothwel, D.J. (2009). Action communautaire et apprentissage de service : le Centre de santé bucco-dentaire communautaire de l'Université du Manitoba. *Journal de l'Association Dentaire Canadienne* 74 (10) :879-882
- Carrillo, J. E., Carrillo, V. A., Perez, H. R., Salas-Lopez, D., Natale-Pereira, A., & Byron, A. T. (2011). Defining and targeting health care access barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562-575
- Châtel, V. (2008). Au-delà de la vulnérabilité sociale, la vulnérabilité symbolique (p.201-240). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, V. & Roy, S. (2008). Introduction (p 1-10). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Chevalier, J.M. & Buckles, D.J. (2013). *Participatory Action Research. Theory and methods for engaged inquiry*. London and New York: Routledge Éd.s.

Chomienne, M.H., Kalay A.L., Farmanova, E. (2011). *Les Priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario*. Rapport pour le Bureau des services en français du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario.

Cilliers, P. (1998). *Complexity and post-modernism. Understanding complex systems*. London and New York: Routledge.

Conseil de planification sociale d'Ottawa (2010). *Profil de la communauté francophone à Ottawa selon le recensement de 2006*. Parrainé par la ville d'Ottawa et le gouvernement du Canada (Programme de partenariats pour le développement social).

Darley, S. & Heath, W. (2008). *The expressive arts activity book. A resource for professionals*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Davidson, P.L., Andersen, R.M., Wyn, R. & Brown, E.R. (2004). A Framework for evaluating safety-net and other community- level factors on access for low-income populations. *Inquiry 41*: 21-38

Delor, F. & Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Social Science & Medecine 50*: 1557-1570

*Deuxième Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario* (2005). Picard Louise et Gratien Allaire (dir.) En ligne: [www.sdhu.com/uploads/content/listings/rapport\\_sante\\_jan06.pdf](http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/rapport_sante_jan06.pdf)

DeVito, J.A., Chassé, G. & Vezeau, C. (2001). *La communication interpersonnelle*. Québec, Canada : Éditions du renouveau pédagogique Inc.

Dewitt, D.J. & Beneteau, B. (1999). Predictors of the prevalence of tobacco use among Francophones and Anglophones in the province of Ontario. *Health Education Research 14* (2): 209-223.

Dharamsi, S., Pratt, D.D. & MacEntee, M.I. (2007). How dentists account for social responsibility: economic imperatives and professional obligations. *Journal of Dental Education 71* (12): 1583-1592.

Donaldson, A.N., Everitt, B. Newton, T. Steele, J. Scherriff, M. & Bower, E. (2008). The effects of social class and dental attendance on oral health. *Journal of Dental Research* 87 (1): 60-64.

Dupéré, S., Hamelin-Brabant, L. & Perry, G. (2010). Pauvreté, iniquités de santé et soins infirmiers. Dans Louise Hamelin Brabant, Nicolas Vonarx, Louise Bujold (dir.). *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers : Rencontre à propos des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements* (Tome2). Québec: Presses de l'Université Laval.

Edelstein, B.L. (2002). Dental care considerations for young children. *Special Care Dentistry* 22 (3 Suppl):11S-25S.

Fecteau, J.M. (2008). L'autre visage de la liberté. Dimensions historiques de la vulnérabilité dans la logique libérale (p 37-49). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Figuiredo, R.L.F., Hwang, S.W. & Quiñonez, C. (2012). Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *Journal of Public Health Dentistry* 73:74-78

Gagnon-Arpin, I. (2011). *Access to health care services and self-perceived health of Canada's official language minorities*. Thesis submitted for the master's in Epidemiology. Faculty of medicine, Ottawa University, Ottawa, Canada. 183 p.

Gelberg, L., Andersen, R. & Leake, B.D. (2000). The behavioural model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research* 34 (6): 1273-1301.

Gouvernement du Canada. *Profils socio-économiques*. En ligne : [http://www.rdee.ca/statistique/fr/ontario/ottawa/coup\\_oeil.html](http://www.rdee.ca/statistique/fr/ontario/ottawa/coup_oeil.html)

Grignon, M., Hurley, J., Wang, L. & Allin, S. (2010). Inequity in a market-based health system: evidence from Canada's dental sector. *Health Policy* 98:81-90.

Hart, J.T. (1971). The inverse care law. *The lancet* 297 (7696):405-412.

Heron, J. & Reason, P. (1997). A participatory inquiry paradigm. *Qualitative Inquiry* 3 (3): 274-294.

Hilton, I., Stephen, S. Barker, J.C. & Weintraub, J.A. (2007). Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 35:429-438

Ito, D. (2011). Oral health for all Ontarians: why not a future reality? In *Putting our money where our mouth is: The future of dental care in Canada*. Canadian Centre for Policy Alternatives. En ligne: <http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2011/04/Putting%20our%20money%20where%20our%20mouth%20is.pdf>.

Jankowiicz, D. (2004). *The easy guide to repertory grids*. Chichester: Wiley.

Karikari- Martin, P. (2011). Use of healthcare access models to inform the patient protection and affordable care act. *Policy, Politics & Nursing Practice* 11 (4): 286-294.

King, A. (2012). *Oral Health - More than just cavities. A report by Ontario's chief Medical Officer of Health*.

Laperrière, H. (2007). Evaluating in political turmoil: Nursing challenges in prevention programs. *Nursing Inquiry* 14 (1): 42-50.

Laperrière, H. (2007). Discovering popular education in professional community health care practices. *Texto e Contexto em Enfermagem* 16 (2): 294-302.

Laperrière H. (2008). Evaluation of STD/HIV/AIDS peer education and dangerousness. A local perspective. *Ciênc. saúde coletiva* 13 (6) : 1817-1824.

Laperrière, H. (2009). Une pratique réflexive collective de production de connaissances dans la lutte communautaire contre le VIH/Sida au Québec. Les inégalités entre le local et les centres d'expertises. *Nouvelles Pratiques Sociales, Numéro spécial: Le renouvellement démocratique des pratiques d'action et d'intervention sociales* 22 (1): 77-91.

Laperrière, H. (2011). Autonomy of the volunteer sector in the evaluation of public health programs: an exploration from the perspective of an HIV/AIDS coalition. *Canadian Journal of Nursing Research* 43(1):42-58.

Laperrière, H. (2013). Research in practice and action with HIV/AIDS community-based organizations: the reflective practice of volunteerism. *Reflective practice: International and multidisciplinary perspectives* 14 (6): 1-12.

Laperrière, H., Potvin, L. & Zuniga, R. (2012). A socio-political framework for evaluability assessment of participatory evaluations of partnerships: making sense of the power differentials in programs that involve the state and civil society. *Evaluation* 18 (2): 246-259.

Lévesque, M., Dupéré, S., Loignon, C., Levine, A., Laurin, I., Charbonneau, A. & Bedos, C. (2009). Bridging the poverty gap in dental education: how can people living in poverty help us? *Journal of Dental Education* 73 (9): 1043-1054.

Locker, D., Maggiriias, J. & Quiñonez, C. (2011). Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *Journal of Public Health Dentistry* 71:327-334.

Loignon, C., Allison, P., Landry, A., Richard, L., Brodeur, J-M. & Bedos, C. (2010). Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. *Journal of Dental Research* 89 (9):991-995.

Loignon, C., Landry, A., Allison, P., Richard, L. & Bedos, C. (2012). How do dentists perceive poverty and people on social assistance? A qualitative study conducted in Montreal, Canada. *Journal of dental Education* 76 (5): 545-552.

Mackay, J.C. & Quiñonez, C. (2012). The feminization of dentistry. Implications for the profession. *Journal of the Canadian Dental Association* 78: c1.

Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherches Qualitatives*. Hors -Série – numéro 2. Actes du colloque : L'instrumentation dans la collecte des données, UQTR.

Maurel C. (2011). *Un immense besoin d'éducation populaire*. Récupéré [le 30 mars 2013 du site internet de : Le Monde.fr.]

Mechanic, D. (1998). The functions and limitations of trust in the provision of medical care. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (4): 661-686.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2e édition américaine par Martine Hlady Rispal. Bruxelles, Belgique: De Boeck.

Ministère des services sociaux. Site internet du Programme Ontarien de support aux personnes handicapées : <http://www.mcss.gov.on.ca/fr/mcss/programs/social/odsp/index.aspx>

Muirhead, V., Quiñonez, C., Figueiredo, R. & Locker, D. (2009). Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37:199-208.

Muirhead, V., Quiñonez, C., Figueiredo, R. & Locker, D. (2009) Oral health disparities and food insecurity in working poor Canadians. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37:294-304.

Pegon-Machat, E., Tubert-Jeannin, S., Loignon, C., Landry, A. & Bedos, C. (2009). Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European Journal of Oral Sciences* 117:398-406.

Penchansky, R. & Thomas, J.W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* XIX (2).

Perreault, M. (2008). Une vulnérabilisation qui rend vulnérable au VIH/SIDA (p.149-163). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

Quiñonez, C. (2012). Wicked problems: policy contradictions in publicly financed dental care. *Journal of Public Health Dentistry* 72:261-264.

Quiñonez, C. & Figueiredo, R. (2010). Sorry doctor, I can't afford the root canal, I have a job: Canadian dental care policy and the working poor. *Canadian Journal of Public Health* 101 (5): 481-485.

Quiñonez, C., Figueiredo, R., Azarpazhooh, A. & Locker, D. (2010). Public preferences for seeking publicly financed dental care and professional preferences for structuring it. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38: 152-158.

Quiñonez, C., Figueiredo, R., & Locker, D. (2009). Canadian dentists' opinions on publicly financed dental care. *Journal of Public Health Dentistry* 69 (2):64-73.

Quiñonez, C., Gibson, D., Jokovic, A. & Locker, D. (2009) Emergency department visits for dental care of nontraumatic origin. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37: 366-371.

Quiñonez, C. & Grootendorst, P. (2011). Equity in dental care among Canadian households. *International Journal for Equity in Health* 10 (14):1-9.

Quiñonez, C., Locker, D., Sherret, L., Grootendorst, P., Azarpazhooh, A. & Figueiredo, R. (2005). *An environmental scan of publicly financed dental care in Canada*. Rapport préparé pour le Bureau du Dentiste en Chef, Santé Canada. En ligne: [www.fptdwc.ca/assets/PDF/Environmental\\_Scan.pdf](http://www.fptdwc.ca/assets/PDF/Environmental_Scan.pdf)

Ramraj, C. & Quiñonez C. (2013). Emergency room visits for dental problems among working poor Canadians. *Journal of Public Health Dentistry* 73:210-216.

Ramraj, C., Sadeghi, L., Lawrence, H., Dempster, L. & Quiñonez, C. (2013). Is accessing dental care becoming more difficult? Evidence from Canada's middle income population. *PLOS ONE* 8(2): e57377

Reason, P. (1994). Co-operative inquiry, participatory action research and action inquiry: three approaches to participative inquiry. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (dir.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.

Richardson, L. (2000). Writing: A method of inquiry. In N. K. Denzin & S. Lincoln (Eds.), *The handbook of qualitative research* (pp.923-948). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ritchie, J. & Spencer, L. 1994. Qualitative data analysis for applied policy research" by Jane Ritchie and Liz Spencer in A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.) "Analyzing qualitative data", 1994, pp.173-194.

Ricketts, T.C. & Goldsmith, L.J. (2005). Access in health services research: the battle of frameworks. *Nursing Outlook* 53:274-280.

Roy, S. (2008). De l'exclusion à la vulnérabilité (p 13-34). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Sadeghi, L., Manson, H. & Quiñonez, C. (2012). *Report on access to dental care and oral health inequalities in Ontario*. Santé Publique Ontario. [http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Dental\\_OralHealth\\_Inequalities\\_Ontario\\_2012.pdf](http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Dental_OralHealth_Inequalities_Ontario_2012.pdf).

Saint-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération* (2e éd., Paramètres). Montréal, Canada : Les presses de l'Université de Montréal

Santé Canada (2010). *Rapport sur les résultats du module sur la santé bucco-dentaire de l'Enquête Canadienne sur les Mesures de la Santé 2007-2009*. Publications Santé Canada, Ottawa (Ontario). En ligne: [www.fptdwc.ca/français/f-dossiers.html](http://www.fptdwc.ca/français/f-dossiers.html)

*Staying ahead of the curve. A unified public oral health program for Ontario?* (2012). En ligne : [http://c.yimcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/DENTAL\\_REPORT\\_8\\_5x11\\_WEB.pdf](http://c.yimcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/DENTAL_REPORT_8_5x11_WEB.pdf)

Soulet, M.H. (2008). La vulnérabilité. Un problème social paradoxal. (p 65-90). Dans Viviane Châtel & Shirley Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.

Tetley, A. (2012). Beyond band-aid solutions. A unified oral health program for Ontario. Dans le rapport: *Staying ahead of the curve. A unified public oral health program for Ontario?* En ligne :

[http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/DENTAL\\_REPORT\\_8\\_5x11\\_WEB.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/DENTAL_REPORT_8_5x11_WEB.pdf)

Wallace, B. & MacEntie, M. (2012). Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *Journal of Community Health* 37:32-39.

Watt, R.G. & Sheihman, A. (2012). Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40(4): 289-96

Williamson, D., Stewart, M., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J. Raine, K., Reutter, L., Rootman, I. & Douglas, W. (2006). Low income Canadian's experience with health-related services: implications for health care reform. *Health Policy* 76:106-121.

Zimmerman, B., Lindberg, C. & Plesk, P. (2008). *Edgeware. Lessons from complexity science for health care leaders*. ISBN 0-9667828-0-1

Zuniga, R. & Lully, M.H. (2005). *Savoir- faire savoir-dire: un guide d'évaluation communautaire*. Montréal : Coalition des groupes communautaires de lutte contre le Sida au Québec.

*ANNEXE 1: Certificat d'approbation déontologique*

Numéro de dossier: H06-13-02

Date (mm/jj/aaaa): 07/30/2013



**Université d'Ottawa**  
Service de subventions de recherche et déontologie

**University of Ottawa**  
Research Grants and Ethics Services

**Certificat d'approbation déontologique**  
**CÉR Sciences et science de la santé**

**Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)**

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Helene	Laperriere	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Co-Superviseur
Rana	Annous	Sciences de la santé / Autres	Étudiant-chercheur

**Numéro du dossier:** H06-13-02

**Type du projet:** Thèse de maîtrise

**Titre:** Les besoins en soins dentaires chez des francophones en situation minoritaire vivant dans un contexte de vulnérabilité sociale à Ottawa - Une étude communautaire exploratoire

<b>Date d'approbation (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Date d'expiration (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Approbation</b>
07/30/2013	07/29/2014	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

**Conditions Spéciales / Commentaires:**

N/A

ANNEXE 2: Protocole d'entretien (adapté de Gaudreau, 2011)

**COCHEZ LORSQUE CE QUI EST INDIQUÉ EST LU ET FAIT.**

- Accueillir chaleureusement la répondante et faire les présentations. La remercier d'avoir consenti à participer à l'entretien.
- Expliquer à la répondante tous les éléments suivants :
  - Le but de l'entretien en soulignant clairement qu'il ne s'agit pas d'évaluer ou de juger la répondante.
  - Le déroulement de l'entrevue en disant que :
    - Des questions peuvent être posées mais que l'entretien se fera plutôt sous forme de dialogue.
    - La durée approximative de l'entretien peut être adaptée au besoin.
- Lecture et signature du consentement éclairé. Veiller à bien souligner les points suivants :
  - L'entretien sera enregistré pour assurer qu'il soit transcrit adéquatement.
  - L'anonymat et la confidentialité seront respectés, et que la répondante peut cesser l'entretien en tout temps.
  - Les résultats de l'étude seront partagés avec elle si elle y consent dans une étape ultérieure.
- Demander à la répondante si elle consent que ses commentaires soient utilisés à titre d'exemple pour présenter les résultats sans indication de son identité personnelle.
- Commencer une brève phase de transition en demandant si elle a des questions et y répondre.
- Sur la bande sonore :
  - Inscrire le code de la répondante ou son pseudonyme et la date.
  - Inscrire si le consentement a été donné ou non par la répondante pour utiliser certains de ses commentaires en guise de citations ou *quotes* lors de la présentation des résultats.
- Relever les informations personnelles suivantes :
  - La tranche d'âge.
  - Les langues parlées et la langue de communication préférée dans un cadre de soins.
- Vérifier le bon fonctionnement de l'enregistrement
- Demander à la répondante si elle est prête pour la suite; si oui, commencer à enregistrer.
- Commencer l'entrevue en suivant si possible l'ordre des questions du guide d'entrevue tout en laissant la liberté à la répondante d'en dévier. Dans ce cas :
  - Vérifier que toutes les thématiques aient été abordées et proposer des *probes* au besoin sous forme de reformulations et de demandes d'explications.
  - Si une réponse ne paraît pas claire, demander de fournir des exemples et des éclaircissements.
  - Demander à la fin de chaque réponse si elle voudrait ajouter quelque chose et vérifier régulièrement si elle consent à poursuivre.

(verso de la feuille)

- À la fin de l'entrevue, cesser l'enregistrement et suivre les étapes suivantes :
  - Demander : « *Peut-être qu'on a abordé des sujets délicats pour vous. Comment vous sentez-vous?* ». Laisser la répondante s'exprimer librement en l'écouter activement. S'il y a lieu clarifier, recadrer ou dédramatiser.
  - Demander si elle consent à un autre entretien qui a pour but de partager les résultats avec elle, si elle aimerait accéder au compte-rendu de l'entretien qu'elle peut valiser, ou si elle désire participer aux ateliers de discussion en groupe.
  - Si elle consent, expliquer le but des ateliers.
    - Les ateliers de discussion auront pour but de partager vos expériences avec les autres participantes afin de profiter de leurs expériences et de discuter ensemble sur les problèmes et les solutions proposées.
    - Vous pourriez utiliser un document de votre choix, dessin, photo, texte, récit ou autre pour partager vos commentaires sur des sujets que nous choisirons ensemble et qui peuvent ressembler aux thèmes de l'entretien d'aujourd'hui.
    - Vous aurez aussi la possibilité de participer à des ateliers d'analyse des données et de participer à la rédaction et la présentation des résultats si vous le désirez. Cela permet de vérifier avec vous que ce qui sera présenté représente bien vos idées.
    - Les textes qui résultent de l'analyse et qui serviront à la présentation des résultats restent anonymes mais si vous y consentez, je pourrais utiliser certains de vos commentaires pour la présentation.
    - Si la répondante consent toujours à la deuxième rencontre et/ou aux ateliers, l'indiquer sur la bande sonore et se mettre d'accord sur ses préférences en matière de lieu et d'heure des prochaines rencontres.
- Remercier chaleureusement la répondante et l'accompagner vers la sortie.
- Inscrire dans cet espace après le départ de la répondante toute réflexion supplémentaire pertinente qu'il faut se rappeler lors de la rédaction ultérieure de la fiche de synthèse :

---

---

---

---

---

---

---

**GUIDE D'ENTREVUE DÉTAILLÉ ET ADAPTÉ À LA SUITE DES PREMIÈRES  
DONNÉES RECUEILLIES**

**QUESTIONS SEMI-DIRIGÉES (en rouge) ET LIGNES DIRECTRICES (en noir)**

**Pseudonyme :** \_\_\_\_\_

**Tranche d'âge :** \_\_\_\_\_

**Langues parlées:** \_\_\_\_\_

**Langue préférée dans un cadre de soins de santé dentaire:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

**A- Parlez- moi de votre expérience dans le passé en santé dentaire**

1. Parlez- moi de vos visites chez le dentiste dans les dernières années (Fréquence, raison, dernière visite....)
2. Parlez-moi des traitements que vous avez faits (Extractions, amalgames, composites, prothèses partielles-totales, couronnes, nettoyage, ...)
3. Est-ce que vous souffrez actuellement de problèmes dentaires? (Carie, gingivite, xérostomie, bruxisme,...)
4. Que faites-vous pour ne pas souffrir (stratégies) ?

**B- Comment décrivez-vous votre santé dentaire?**

5. Avez-vous une très bonne, bonne, mauvaise, santé dentaire?

6. Comment peut-on savoir si une personne a une bonne santé dentaire? (Les signes)
7. Que représente pour vous une bonne santé dentaire?
8. Comment faire pour garder sa bouche en santé (Hygiène, alimentation, visites régulières chez le dentiste, fluor, ...)
9. Pensez-vous que la santé de la bouche est reliée à la santé générale?
10. Pensez-vous que la santé de la bouche est reliée à la santé de l'esprit et au bien-être?

**C- Parlez-moi de problèmes que vous rencontrez lorsque vous voulez soigner vos dents**

11. Pouvez-vous trouver un dentiste facilement? Comment choisissez-vous votre dentiste (références, proximité, ...)?
12. Préférez-vous que votre dentiste soit francophone, anglophone ou n'avez-vous pas de préférence? Pourquoi?
13. Est-ce que les soins dentaires coûtent chers?
14. Est-ce que c'est facile d'acheter des produits d'hygiène dentaire ou des médicaments?
15. Est-ce que vous avez des difficultés pour vous déplacer jusqu'au dentiste? Est-ce que vous êtes satisfait du temps d'attente pour les rendez-vous?
16. Est-ce que vous avez déjà eu des difficultés à communiquer avec le dentiste? Avez-vous eu des désaccords?
17. Qu'est qui fait qu'un dentiste soit meilleur qu'un autre? Qu'une clinique soit meilleure qu'une autre?
18. Parlez-moi de la peur du dentiste. Qu'est-ce qui cause cette peur? Que faites-vous pour ne pas avoir peur?
19. Pensez-vous que la famille et les amis soient importants pour garder sa bouche en santé?
20. Avez-vous besoin d'informations en particulier sur la santé dentaire? Comment faites-vous pour obtenir les informations dont vous avez-besoin?

**D- Quelles solutions proposez-vous pour ces problèmes? De quoi avez-vous besoin pour surmonter ces problèmes dans le futur ?** (informations, financement, accompagnement, produits d'hygiène, ...)

**COMMENTAIRES**

---

---

---

---

---