



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Sylvie Trépanier

DES SOINS À LA PRÉVENTION :
UNE ANALYSE DES POLITIQUES DE
SANTÉ DENTAIRE AU QUÉBEC

Thèse de Maîtrise
Faculté des Sciences Sociales
Présentée à Madame Caroline Andrew
Professeur
Département de science politique
de l'Université d'Ottawa



Sylvie Trépanier, Ottawa, Canada, 1990



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

ISBN 0-315-60588-X



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

CHAPITRE CINQ: LA COMMISSION ROCHON

- A) Les circonstances
- B) Les commentaires de l'Ordre des Dentistes du Québec
- C) Les nouvelles orientations

CHAPITRE SIX: L'INTERPRETATION

- A) La période pré-Castonguay-Nepveu
- B) La période Castonguay-Nepveu
- C) La crise de l'État providence

CONCLUSION

ANNEXE 1: LISTE DES TABLEAUX

ANNEXE 2: LEXIQUE DES SIGLES

BIBLIOGRAPHIE

AVANT-PROPOS

Mon intérêt pour les sciences politiques aura orienté mes études vers l'analyse de la politique québécoise. Au fil des ans et marquée d'une influence familiale, j'ai accordé une attention particulière aux politiques sociales.

Des soins à la prévention: une analyse des politiques de santé dentaire au Québec est un produit qui reflète un intérêt grandissant pour le domaine de la santé et l'élaboration des politiques y découlant. De plus, le domaine dentaire est particulier pour moi; y ayant travaillé à titre d'assistante-dentaire pour mon père, le Docteur Marc-R. Trépanier qui célébrera, le 18 mai prochain, 39 années de pratique en médecine dentaire.

Sans tomber dans les clichés et au risque d'en oublier, il convient de remercier particulièrement Madame Caroline Andrew, ma directrice de thèse qui m'a supportée toutes ces années car il faut le noter, la rédaction d'une thèse à temps partiel n'est pas facile.

Je ne saurais passer sous silence la collaboration constante et très appréciée, de même que d'un appui sans limite de Me Yvon LaBrecque. Je souhaite aussi remercier sincèrement Madame Hélène Leroux qui a su mettre à profit sa grande connaissance des traitements de texte.

Je désire aussi remercier Docteur Benoît Lafontaine ainsi que Madame Sharon Amer-French pour m'avoir fourni de la documentation d'accès limité. Et à tous les autres qui m'ont aidé et appuyé. Merci!

CHAPITRE PREMIER: LE CADRE D'ANALYSE

A) Introduction

La gestion de la santé prend une toute nouvelle forme depuis quelques années. Nous sommes passés d'une époque où la santé et les soins de santé étaient à la charge de la population, pour en arriver à une gestion gouvernementale, c'est-à-dire, administrée et gérée par un ministère créé à cette fin.

Cette thèse est une analyse des politiques de santé dentaire au Québec à travers les différentes périodes de l'évolution de l'État; de presque rien à des services gratuits de soins dentaires pour les enfants jusqu'à celles de décroissance par les nouvelles contraintes budgétaires de l'État.

La décennie 1960-70 nous a fait assister à une évolution rapide des politiques sociales. C'est le début de la Révolution tranquille, le temps où l'État québécois fait du "rattrapage" dans le domaine social. Grâce à la pression de la population ou encore afin de pallier aux profonds malaises dans lesquels étaient plongée la société québécoise, nous assistons à une multitude de changements, à l'instauration de politiques publiques, à des créations de commissions d'enquête et à la mise en place de nouveaux ministères.

Comme le dit Jim Coutts, la mentalité des années soixante-dix s'articulait comme suit:

"...on se mit à considérer les politiques sociales comme autre chose qu'un réseau de programmes sociaux visant à soutenir et à redistribuer les revenus. On en vint à penser que les politiques sociales devaient être davantage une question de qualité de vie et qu'il fallait rendre les programmes sociaux plus accessibles et permettre à ceux dont la survie dépendait de l'action gouvernementale de participer à la conception et à la mise en oeuvre de ces programmes." ¹

La création de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social illustre bien les préoccupations de plus en plus concrètes de la part du gouvernement. Les attentes, les demandes accrues et assidues de la population ainsi que les changements de gouvernements sont aussi à l'origine de cette Commission Castonguay-Nepveu.

L'orientation sociale se modifie dans le Québec des années soixante-dix. La présentation du Rapport Castonguay-Nepveu confirme l'influence de la population dans les futures avenues que suivra le gouvernement.

¹ P.E. Trudeau, T.S. Axworthy, Les années Trudeau, Montréal, Editions du Jour, 1990, page 210.

C'est le début de l'État providence, un état qui prend en charge sa population et qui répond à ses attentes. Un vent d'impatience souffle sur un Québec ralenti par des gouvernants plutôt traditionalistes.

Malgré cette impatience, les valeurs sociales évoluent lentement. De générations en générations, elles se transforment mais ces transformations sont partielles et relativement lentes. Elles guident et dirigent l'existence de nos sociétés.

Notre analyse retient les valeurs sociales comme étant à la base des changements sociaux. Il faut être en mesure de tenir compte des changements et des constantes au niveau des valeurs.

Le domaine de la santé connaît une croissance rapide pour donner suite à la publication du rapport Castonguay-Nepveu. En peu de temps, nous assistons à la création de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. L'instauration du programme universel d'assurance-maladie provoqua des attentes de la part de la population. La couverture du Régime se devait d'être entière, englobant tous les secteurs de la santé.

Lors de la publication du Rapport, les recommandations couvraient tous les domaines de la santé. Elles prévoyaient une implantation progressive afin de permettre au régime de se rôder et à diverses étapes de réalisation, d'ajouter de nouveaux services.

Le choix des priorités du Régime d'assurance-maladie relève d'une volonté politique, économique et sociale. Le domaine dentaire ne fut que sommairement présenté par la Commission sur la santé et le bien-être social.

Après quelques années, la couverture du Régime d'assurance-maladie s'élargit afin d'englober les soins dentaires. Ainsi, on favorisa le développement de ce secteur tout en y fixant certaines limites quant à l'étendue des services gratuits offerts. On visait, à longue échéance, couvrir toute la population.

Cependant, l'élaboration de la politique initiale ne correspond plus aux volontés politiques et aux capacités budgétaires de l'État. Les restrictions qui s'en suivent amènent le Ministère de la Santé et des Services sociaux à ralentir et à diminuer la couverture des soins dentaires gratuits offerte.

La présentation de la première politique de santé dentaire fut en 1981. Il y a eu des décisions publiques dans le domaine dentaire avant cette date, notamment avec la mise en place des recommandations du rapport Castonguay-Nepveu. Cependant, ces décisions furent ponctuelles et non pas faisant suite à l'élaboration d'une politique globale touchant l'ensemble des soins dentaires.

Il y a un élément paradoxal dans la formation de la première politique de santé dentaire. D'une part elle représente une affirmation du rôle de l'État et d'autre part, une certaine remise en question de ce rôle. La politique de 1981 démontre et tente d'expliquer les coupures budgétaires et les réductions d'accessibilité gratuites aux enfants. En même temps, on y propose certains compromis centrés sur la promotion d'une saine alimentation, sur l'accessibilité (géographique et physique) et sur différentes mesures préventives. Les coupures effectuées dans le domaine dentaire ne soulèvent pas les foules car on dénote depuis bon nombre d'années un manque d'intérêt flagrant pour la santé dentaire.

Nous sommes à l'époque de la crise de l'État providence. Le gouvernement cherche à se détacher de ses obligations et cesse d'implanter de nouveaux programmes sociaux.

La politique de 1981 est bonifiée par une seconde politique de santé dentaire en 1984. Cette initiative de seconde politique fait suite aux réactions des chirurgiens-dentistes sur les objectifs gouvernementaux de 1981. Par ailleurs, la politique de 1984 n'est pas diffusée ni mise en application faute de ressources financières.

L'orientation du Ministère de la Santé et des Services sociaux se transforme et tente d'adapter les valeurs sociales vers des besoins de médecine préventive au lieu d'une médecine curative. Les mesures d'ordre préventif sont donc acclamées et approuvées.

La décennie des années quatre-vingt se caractérise par la volonté de transformer les habitudes alimentaires et sociales de la population. Une nouvelle orientation est donnée : Bien manger pour mieux vivre, le Rapport Rochon en fait foi.

Par l'analyse des valeurs sociales et par l'application de la typologie de Blum, nous présenterons tour à tour les étapes importantes de l'évolution des attentes relatives aux soins dentaires. Ces étapes ne sont pas unidirectionnelles. La force du changement provoquée par les valeurs sociales et les volontés étatiques impliquent des transformations à l'intérieur du modèle.

Suivant la démarche de Blum, nous constaterons que les valeurs sociales sont ancrées chez la population. Les sources de changement sont basées sur les valeurs sociales et aussi sur les moyens de planification que les autorités gouvernementales prendront pour arriver à une entente ou à un compromis respectable. Les valeurs sociales se refléteront sur le degré de satisfaction de la population à l'égard du gouvernement. Les types de planification nous permettront de constater comment le gouvernement doit faire ses choix politiques pour tenir compte des valeurs sociales manifestées et des ressources disponibles.

B) Le modèle

Depuis le début du vingtième siècle, les services sociaux se sont accrus considérablement. L'industrialisation et l'urbanisation sont parmi les causes principales de cette croissance mais il faut également tenir compte des facteurs plus proprement politiques. Par exemple, dans le domaine de la santé, les années soixante auront été déterminantes pour la structuration d'un programme de santé au Québec.

La publication du Rapport de la Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social démontre fort bien l'intérêt accordé aux services sociaux. L'objectif général de cette réforme initiant la création d'un régime d'assurance-maladie voulait améliorer l'état de santé des Québécois et de leur bien-être grâce à l'accès gratuit à des services de qualité.

L'attention spécifique donnée à la santé dentaire est plus récente que celle qui était accordée à la santé en général. Mis à part les services dentaires (examens...) offerts par les unités sanitaires au Québec dans les années cinquante, la première reconnaissance comme faisant partie intégrale des soins de la santé de l'individu se trouve dans les déclarations de la Commission d'Enquête Castonguay-Nepveu.

La Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-Etre Social inscrivait la possibilité d'instaurer la gratuité des soins dentaires à toute la population. Cependant, ces recommandations devaient s'appliquer après avoir offert la gratuité universelle des soins médicaux et conséquemment, le domaine dentaire restait clairement secondaire et complémentaire à ceux-ci.

L'intérêt que nous portons à la santé dentaire repose sur la période de formulation d'une première politique sur le sujet en 1981 et de celle de 1984.

Il a fallu quatre ans afin d'implanter le programme de gratuité des soins dentaires aux enfants de moins de sept ans après la création de l'assurance-maladie. Le budget le permettant, la gratuité s'étendit d'année en année jusqu'à la crise budgétaire des années quatre-vingt.

Lors de cette crise budgétaire, le secteur des soins dentaires fut touché. Il y a plusieurs facteurs qui expliquent ces coupures. Particulièrement, la santé dentaire n'étant pas une grande préoccupation des Québécois, a attiré moins d'appuis populaires que les politiques conventionnelles de la santé.

Le gouvernement ayant eu moins de reconnaissance de la part de la population en ce qui a trait à l'étendue de la couverture des soins dentaires, était plus apte à y envisager des coupures. On constate ainsi l'importance des valeurs sociales et des préoccupations de la population dans l'évolution des interventions gouvernementales.

Mais pour établir l'importance des valeurs appropriées par la population comme facteurs qui influencent la formulation des politiques publiques, il faut également voir l'influence des rapports entre le gouvernement et les groupes directement impliqués dans le secteur. Dans le cas des politiques dentaires, il faut étudier les rapports entre les dentistes et le gouvernement pour bien comprendre les politiques publiques.

Pour la population, il est évident que la population perçoit négativement les coupures budgétaires, quel que soit le secteur; on ne reprend pas ce qu'on a déjà donné. Cependant, le peu d'intérêt accordé à la santé dentaire permet aux autorités gouvernementales plus de latitude dans la réduction des budgets.

La stratégie d'élaboration de politique amène toutefois des réactions chez les dentistes, qui eux se sentent trompés et abusés. On

décide donc de remédier à la situation en cherchant à camoufler les désaccords. Une seconde politique de santé dentaire est élaborée, celle-ci tient compte de certaines objections des chirurgiens-dentistes sur certains points. Par contre, cette dernière politique n'est pas diffusée. Le manque de budget fait qu'il n'y a pas de suite aux réactions des chirurgiens-dentistes et on minimise l'application de certaines suggestions. Il faut aussi noter que l'objectif gouvernemental principal qui régit tout le domaine de la santé devient de plus en plus la prévention de la maladie.

L'importance de la prévention affecte aussi le secteur des soins dentaires. A défaut d'augmenter la couverture des soins gratuits, le gouvernement implante une série d'actions préventives dans le domaine dentaire dont l'installation d'hygiénistes dentaires dans les Centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et, du fait même, de la prévention dans les écoles. On propose des programmes pour une saine alimentation afin de prévenir la maladie.

Nous voulons étudier la formulation des politiques publiques de façon à tenir compte, en même temps des rapports entre la population en général et le gouvernement d'une part, et les groupes intéressés et le gouvernement d'autre part. Nous voulons tenir compte des facteurs de l'environnement politique, notamment des valeurs sociales, et en même

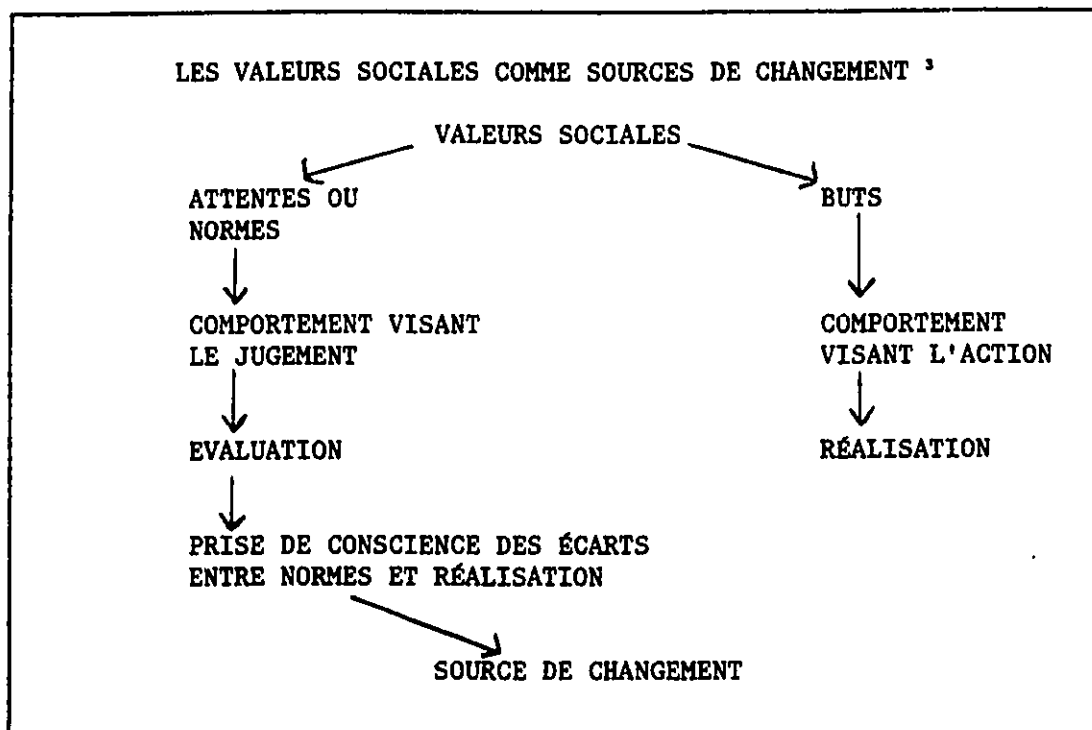
temps de ceux des rapports plus directs entre le gouvernement et les groupes professionnels.

Pour étudier ces phénomènes, nous avons utilisé la typologie de Blum qui centre ses préoccupations sur l'importance des valeurs sociales dans les décisions gouvernementales et qui nous permet de situer la formation détaillée des politiques publiques.

L'application de la typologie de Blum² nous démontrera jusqu'à quel point la connaissance et la compréhension des facteurs socio-politiques sont importants pour l'analyse des actions gouvernementales.

². R. Pineault, C. Daveluy, La planification de la santé concepts, méthodes, stratégies, Montréal, Agence d'arc, 1986, p. 51.

TABLEAU 1



Ce tableau nous permet de voir comment les valeurs sociales peuvent être à la source d'un changement. Les valeurs sociales nous mènent vers deux objectifs à la fois.

D'une part, les valeurs sociales nous incitent à fixer des objectifs qui modèleront les comportements qui nous permettrons de réaliser les buts fixés.

³ R. Pineault, C. Daveluy, op. cit., adaptation d'un tableau de H.L. Blum, page 51.

D'autre part, ces valeurs sociales seront à la source de nos attentes qui pour certaines d'entre-elles, seront appropriées et transformées en normes qui dicteront les comportements attendus. Ils seront ponctuellement évalués afin d'établir les écarts entre les normes fixées et celles qui sont acceptées pour adapter les politiques suivant le changement souhaité.

Il est cependant nécessaire de mettre en évidence que la typologie de Blum repose sur le précepte que les valeurs sociales sont à la source du changement. Les éléments pour comprendre ce précepte nous permettront de mettre en relief les principaux événements dans le domaine de la santé depuis quelques décennies. Les termes de référence qui seront utilisés sont présentés sous forme de tableau afin de mieux illustrer l'impact et les liens nécessaires à partir des valeurs sociales pour en arriver à l'importance de celles-ci comme source de changement.

La typologie de Blum nous permettra aussi d'analyser les actions gouvernementales de ces principales périodes, de l'appliquer de façon concrète dans un cadre donné et adapté à nos besoins.

Selon Blum, il existe huit types de planification:

1. Laissez-faire
2. Étapisme d'adaptation
3. Planification d'allocation
4. Étapisme dirigé, orienté et cohérent
5. Planification d'exploitation opportuniste
6. Planification d'exploration
7. Planification normative
8. Planification globale, complète et systématique

Ces types de planification sont reliés aux valeurs sociales comme étant à la source de changements survenus ou à venir dans la société. Nous adapterons, à chacune des périodes précises de l'évolution de l'État Québécois ces étapes de planification. Les termes de référence utilisés par Blum dans sa typologie sont les suivants, présentés sous forme de tableau et que nous avons adaptés à nos besoins. Ce tableau nous indique les étapes à franchir ou qui devraient être franchies, à court, moyen ou long termes par les autorités gouvernementales en fonction de leurs préoccupations.

Les valeurs sociales sont liées aux étapes de planification de Blum car elles expliquent le mouvement d'une étape à une autre et déterminent les priorités des actions gouvernementales dans le domaine de la santé.

Le tableau des valeurs sociales comme source de changement démontre très bien que plus un sujet prend de l'importance, plus d'attention y est accordée. Il devient une préoccupation majeure comme une source de changement dans le développement de la société.

Ce modèle nous permettra d'analyser différentes étapes retenues depuis la période pré-Castonguay-Nepveu jusqu'à la Commission Rochon.

TABLEAU 2

LES TYPES DE PLANIFICATION SELON H. BLUM *

PRÉOCCUPATIONS À COURT TERME			
1. Laissez faire	2. Étapisme d'adaptation	3. Planification d'allocation	4. Étapisme dirigé, orienté et cohérent
Aucune planification	Planification minimale	Planification minimale pour le présent et le court terme	Planification pour le présent et le court terme
Laisse jouer les lois du marché — pas de programmes publics	Applique des solutions faciles à des situations lorsqu'elles deviennent intolérables	Alloue les ressources selon l'efficacité des programmes existants et selon les priorités accordées aux nouveaux	Analyse les problèmes dans le contexte d'objectifs sociaux plus larges et définit des programmes d'interventions appropriés
Résultats escomptés			
Les problèmes vont se résoudre d'eux-mêmes	Amélioration des problèmes actuels	Modification des priorités d'intervention selon la rentabilité des actions entreprises et à entreprendre	Amélioration des problèmes actuels et futurs

* R. Pineault, C. Daveluy, op. cit., adaptation d'un tableau de H. Blum, pages 54 et 55.

LES TYPES DE PLANIFICATION SELON H. BLUM (suite)

PRÉOCCUPATIONS À MOYEN ET À LONG TERME			
5. Planification d'exploitation opportuniste	6. Planification d'exploration	7. Planification normative	8. Planification globale, complète et systématique
Planifier en accord avec les tendances futures	Planifier pour le futur	Planifier le futur	Planifier toutes les orientations présentes et futures
Détermine et sait utiliser des tendances futures dans l'allocation des ressources de façon à tirer profit de l'avenir.	Explore les tendances futures à partir de la situation actuelle, et des événements porteurs d'avenir. Cherche à influencer les événements dans un sens désiré. Répartit les ressources en conséquence.	Statut sur l'état futur désiré. Alloue les ressources de façon à ce que les programmes et les tendances futurs soient changés, modifiés selon l'objectif désiré.	Les décisions sont prises concernant le futur à atteindre. les ressources sont distribuées en conséquence.
Résultats escomptés à court terme			
Il faut prévoir le futur et composer avec lui	Exerce un certain choix pour le futur que l'on choisit. Cherche à atteindre un objectif possible.	Il est possible d'influencer le futur. Cherche à atteindre un objectif désirable.	Il est possible de contrôler totalement l'avenir.

C) Les acteurs principaux

Les acteurs principaux sont le gouvernement, les groupes professionnels et la population.

1) Le gouvernement

L'acteur principal faisant l'objet de la thèse est le gouvernement du Québec. Nous regardons tout particulièrement l'État Québécois se développer dans la période de l'État providence.

Les réformes des années soixante démontrent un intérêt de plus en plus grand de la volonté gouvernementale d'intervenir dans la vie sociale et économique. Que ce soit d'une part le Parti libéral qui fut au pouvoir de 1960 à 1966 ou de l'Union nationale qui pris la relève de 1966 à 1970, on retrouve cette volonté de faire de l'État, le pilier de la société québécoise.

Dans une société moderne, urbaine et industrielle, les organismes de charité devenaient de plus en plus surchargés par les besoins de la population. Ne pouvant plus répondre aux attentes de cette dernière uniquement par des organismes de charité et d'assistance publique, le

gouvernement développe ses services et augmente ses subventions. L'État providence réfère à un État interventionniste, particulièrement actif dans les domaines de la santé, du bien-être et de l'éducation.

Cet interventionnisme se retrouve dans la nouvelle orientation de la pensée des Québécois. Une perception différente de la part de la population face aux nouveaux objectifs que devrait se fixer l'État.

L'idée de la sécurité sociale est la suivante:

" elle correspond à une aspiration profonde de l'homme moderne qui veut avoir la certitude non seulement de pouvoir manger le lendemain, d'assurer sa subsistance ainsi que celle de sa famille le reste de ses jours et de se faire soigner s'il est malade mais aussi de bénéficier des avantages du développement économique et social du milieu dans lequel il vit. " ³

La proposition de mettre sur pied une Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social manifestait le souci de l'État de répondre aux espérances et aux désirs de la population.

³ Rapport de la Commission d'Enquête sur la santé et le bien-être social - L'Assurance-maladie, page 5.

La création de la Commission Castonguay-Nepveu, la publication de son rapport ainsi que le suivi donné à ses recommandations démontre l'intérêt croissant par les autorités gouvernementales du domaine de la santé.

La création du Ministère des Affaires Sociales eut lieu en 1970. Le Ministère regroupait les Ministères de la Santé, de la Famille et du Bien-être social. La nouvelle existence du Ministère lui permet donc d'agencer la mission et les objectifs qu'il doit prendre.

Comme nous le précise Marc Renaud ⁴:

" Au lieu d'être un distributeur de services comme c'était le cas du Ministère de la Santé précédent le MAS se voit confier un rôle de leader, établissant les priorités, planifiant, mettant en route programmes, les contrôlant et les évaluant. Sa structure interne est réorganisée en conséquence, d'une structure par programmes à une structure dite fonctionnelle."

Le Ministère a joué un rôle de premier ordre en créant le Régime d'assurance-maladie. L'expansion des services amena le Ministère à adopter une proposition visant la gratuité des soins dentaires pour les enfants

⁴ Marc Renaud, Réforme ou illusion? une analyse des interventions de l'État québécois dans le domaine de la santé, Sociologie et Sociétés, Montréal, P.U.M., Vol. 9, #1, page 138.

d'âge pré-scolaire et aux assistés-sociaux tout en augmentant graduellement l'âge de l'accessibilité aux enfants.

Cependant, les années quatre-vingt forcent le Ministère de la Santé et des Services sociaux à revoir ses plan d'actions dans certains domaines moins reconnus par le public. Les soins dentaires sont évidemment touchés par ces changements. C'est le début d'une série de coupures budgétaires dans les services sociaux.

Afin de pallier à de graves confrontations dans le domaine dentaire, le Ministère des Affaires Sociales ordonne la mise en place d'un comité chargé d'élaborer d'une politique de santé dentaire qui établirait de nouvelles orientations dans ce domaine particulier et qui verrait en même temps à réduire les coûts engendrés par ce programme.

Réactions et controverses autour de cette nouvelle politique de santé dentaire de 1981 ne se font pas attendre. Afin de remédier à cette situation et tout en laissant en suspens ce projet, le Ministère prépare une seconde politique en 1984, qui ne sera cependant pas diffusée et sera centrée sur les nouveaux objectifs du gouvernement.

La prévention est le nouveau dada des autorités gouvernementales. Ce concept, en plus de favoriser une meilleure santé, diminuera, à long terme, les coûts de la maladie.

Depuis quelques années, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a réagi directement au niveau des soins dentaires tant à l'élaboration de politiques de santé dentaire qu'au niveau budgétaire où les coupures vont bon train.

2) Les groupes professionnels

Il y a plusieurs intervenants dans le domaine de la santé dentaire au Québec. En plus des dentistes, il y a toute une série de groupes qui oeuvrent dans le domaine des soins dentaires et qui veulent influencer les décisions gouvernementales. Les hygiénistes dentaires, les denturologistes, les techniciens dentaires de même que les représentants de ces professionnels ou les techniciens en milieu communautaire comme par exemple dans les Centres locaux de services communautaires ou encore les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux sont représentés et ont un rôle à jouer dans le développement des politiques et des actions à prendre dans le domaine de la santé dentaire.

Ces groupes ont surtout tenté d'élargir leur propre place et leur propre domaine de responsabilité à l'intérieur du champ des soins dentaires. Sur certaines questions, comme nous allons voir plus loin, ces groupes ont gagné des points dans les deux politiques de santé dentaire mais de façon générale, les dentistes ont maintenu leur position dominante à l'intérieur de la pratique professionnelle. Pour une étude plus complète du domaine des soins dentaires, ces groupes auraient été plus étudiés mais pour l'argument précis de cette thèse, nous les avons considéré comme secondaires.

Notre analyse est centrée sur les rapports entre le gouvernement et les deux groupes représentant les dentistes, non pas parce que nous ne considérons pas que les autres groupes professionnels jouent un rôle dans le domaine dentaire, mais parce que notre analyse est centrée sur la formulation des deux politiques gouvernementales. Selon les recherches effectuées, l'acteur principal a été le gouvernement et de façon moindre, les associations représentant les dentistes. Pour illustrer notre argument sur la domination du gouvernement, nous avons étudié les groupes professionnels les plus puissants, c'est-à-dire les groupes représentant les dentistes.

Ces groupes plus directement impliqués et touchés par les nouvelles directives sont les groupes professionnels, l'Ordre des dentistes du Québec (O.D.Q.) et l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q.). Une brève description de ces deux organismes permettra de percevoir leur influence et leur impact auprès des autorités gouvernementales.

L'Ordre est un organisme professionnel de régulation soumis à une loi provinciale spéciale qui a été promulguée afin de protéger entre autres, les intérêts du public alors que l'A.C.D.Q. a été constituée d'abord pour protéger et défendre les intérêts des chirurgiens-dentistes.

L'Ordre des Dentistes du Québec fut créé en 1973 ⁷. L'Ordre est en fait le prolongement des actions du Collège des Chirurgiens-Dentistes du Québec, organisme qui débuta au début du siècle.

L'Ordre est chargé de veiller à la bonne marche et à la qualité de la profession dentaire. Il est aussi responsable de la protection du public en matière de soins dentaires, de même, il veille à ce que les professionnels qui assurent la prestation des soins aient la compétence exigée et que ces soins correspondent aux standards établis.

Tout dentiste pratiquant au Québec doit être membre de l'Ordre des Dentistes du Québec. Il doit, par le fait même, payer sa cotisation afin d'obtenir son permis de pratique. Tout dentiste ayant obtenu son permis de pratique et étant membre de l'Ordre doit se conformer aux lois et règlements de cette corporation.

L'Ordre des Dentistes a comme objet de voir à l'application du Code des Professions et des lois s'y rattachant dans le domaine dentaire. Suivant les directives et règlements, l'Ordre s'occupe d'accorder le permis de pratique à tout dentiste qui répond aux exigences. Cette

⁷ O.D.Q., Les comités de l'Ordre - composition et mandat, Montréal, 1981.

corporation procède aussi à des inspections professionnelles afin de s'assurer de la qualité des soins offerts à la population.

L'Ordre des Dentistes du Québec possède aussi plusieurs comités dont un comité d'éthique, de la formation professionnelle, etc.. On y retrouve aussi des comités se chargeant de la promotion de la santé dentaire (annonces publicitaires télévisées et radiodiffusées), de la préparation d'activités annuelles pour ses membres, de la publication du JOURNAL DENTAIRE et de L'AMALGAME.

L'Ordre est aussi chargé de recevoir les plaintes du public et d'appliquer la discipline auprès des chirurgiens-dentistes.

L'Ordre des Dentistes du Québec est doté de certains pouvoirs et occupe diverses fonctions spéciales relatives à la qualité des soins dentaires offerts dans les établissements et de ce fait, établit un lien direct avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'Ordre effectue aussi un bon nombre d'études sur l'importance des soins dentaires, sur la perception de la population relativement aux soins

dentaires et à l'image du chirurgien-dentiste, et, d'autres études reliées au domaine dentaire.

L'Association des Chirurgiens-Dentistes du Québec est aussi un acteur important dans l'évolution de la santé dentaire au Québec.

Comme il est mentionné dans la CONSTITUTION ET RÈGLEMENTS DE L'ASSOCIATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU QUÉBEC, l'objet de cette association est:

" L'étude, la défense et le développement des intérêts économique, sociaux et moraux de ses membres. Parmi ces objets et dans le cadre de la loi qui la constitue, elle négocie toutes les ententes jugées nécessaires avec toute autorité afin de protéger les intérêts de ses membres." *

L'Association des Chirurgiens-Dentistes du Québec est donc un organisme chargé de protéger ses membres et de voir à la bonne marche des négociations avec le gouvernement. Elle est, en quelque sorte, le "Syndicat" des chirurgiens-dentistes du Québec.

* A.C.D.Q., Constitution et Règlements de l'Association des Chirurgiens-Dentistes du Québec, Montréal, 1979, page 1.

L'Association est dotée d'un Conseil d'administration qui gère les affaires courantes suivant les résolutions adoptées lors des assemblées. Le Conseil est chargé, notamment de constituer des comités touchant divers secteurs visant la bonne marche et la protection de l'Association des Chirugiens-Dentistes du Québec et de ses membres.

L'Association a donc pour principal objectif de défendre les intérêts de ses membres. Une des tâches directement liée à cet objectif est de négocier les propositions soumises par le gouvernement du Québec concernant les soins dentaires dans le cadre du Régime de l'assurance-maladie. Son principal rôle étant de représenter ses membres, elle doit aussi leur faire part de toute action qu'elle compte engager en faveur de ses membres.

Par la préparation d'un journal mensuel "DENT POUR DENT", l'Association informe régulièrement ses membres sur les "développements dentaires"; de plus, ce journal sert en quelque sorte d'instrument d'information pour ses membres afin de comprendre les développements en cours avec le gouvernement pour prendre éventuellement des actions. Tel fut le cas en 1978, lors du désengagement massif des chirurgiens-dentistes du régime d'Assurance-maladie.

En plus de promouvoir les intérêts de ses membres, L'Association des Chirugiens-Dentistes du Québec effectue aussi des études dans le domaine dentaire permettant à ses membres d'être informés sur les derniers développements de cet art.

Selon leurs rôles respectifs, celui de l'Association demeure le plus actif face aux autorités gouvernementales car il est le représentant des intérêts des chirurgiens-dentistes. L'Ordre est quant à lui, davantage un organisme d'information et de protection des intérêts du public.

Le rôle actif de ces deux organisations ne comble pas le manque d'intérêt de la population face à la santé dentaire, ce qui n'aide pas la cause des chirurgiens-dentistes dans leurs négociations avec le gouvernement. Comme nous le savons, le gouvernement a tendance à agir quand l'opinion publique réagit à des problèmes particuliers.

3) La population.

En étudiant la population comme acteur important, nous tentons de cerner son implication dans le dossier des soins dentaires. Le premier indice vient du peu de place des représentations publiques dans les débats au sujet de la mise en place des politiques d'assurance-santé.

La Commission Castonguay-Nepveu et la présentation de son rapport furent des objets de discussions à l'Assemblée Nationale du Québec. Ce ne fut qu'après de longues discussions entre les représentants élus de la population qu'une loi fut acceptée et mise en vigueur.

Un tollé de protestations vint de la part de certains élus en ce qui a trait aux services couverts et aux services non-couverts par le Régime. Toutefois, aucun représentant ne s'opposait à l'instauration du Régime d'assurance-maladie du Québec.

En ce qui concerne les soins dentaires, nous n'avons relevé qu'une intervention quant à la non-couverture de ces soins dans le Régime. Ceci démontre le peu d'intérêt que représente les soins dentaires chez les Québécois. On retrouve cette intervention dans le JOURNAL DES DÉBATS de

l'Assemblée Nationale du 21 juillet 1970. Il s'agit de l'intervention du Député de Rouyn-Noranda, Monsieur Camil Samson qui, de par cette intervention, se fait le représentant de la population québécoise:

" ...Nous constatons également, dans ce projet de loi, l'exclusion de services très importants tels que ceux qui sont donnés par les chiropracteurs, qui ont été négligés, les soins dentaires ou les médicaments.
...Du côté des soins dentaires, c'est la même chose, les dentistes sont aussi exclus et pourtant, il y a nécessité que les soins dentaires soient inclus dans cette loi et soient donnés à notre population du Québec. " ' "

Même le fait que la loi sur les services dentaires soit approuvée avec des conditions plus limitatives que celles de l'assurance-maladie est un indice que la préoccupation sur les soins dentaires était beaucoup moins forte que celle des soins de santé.

Notre argument dans cette thèse est qu'en fin de compte, la justification de la prédominance du gouvernement dans la formulation des politiques se retrouve au niveau des valeurs sociales.

Comparé aux politiques de la santé, le gouvernement a agi peu et tardivement dans le domaine dentaire parce qu'il savait qu'y aurait peu

de pressions de la part du public. Le gouvernement avait une marge de manoeuvre assez grande à cause du fait que la population Québécoise ne se souciait guère de la santé dentaire et, loin de considérer les soins dentaires comme une partie essentielle et intégrale de la santé, les considéraient nettement secondaires.

Mais pour tenter de démontrer cette hypothèse concernant le peu d'importance attachée par la population aux soins dentaires, il faut faire le lien entre valeurs sociales et soins dentaires. Beaucoup d'intervenants en santé dentaire partagent cette impression de la population Québécoise mais, la majorité d'entre eux se basent sur leurs expériences personnelles ou sur leurs intuitions. La majorité des études sur les valeurs sociales des Québécois ne parlent pas des dimensions aussi spécifiques que l'attitude à l'égard des soins dentaires, et la plupart des études sur les soins dentaires traitent des comportements et non pas des attitudes.

Le sondage le plus complet qui a été effectué dans le domaine dentaire l'a été effectué pour l'Ordre des dentistes du Québec par l'Institut québécois d'opinion publique. Ce sondage touche surtout des questions de comportement mais nous pouvons peut-être tenter d'y voir également certaines questions relatives aux valeurs. Le niveau socio-économique joue, d'une façon importante, sur le taux de fréquentation des cabinets dentaires. Il est aussi noté que plus les gens sont pauvres et

moins ils sont scolarisés, moins ils fréquentent le dentiste. Les habitudes alimentaires sont interreliées aux facteurs socio-économiques mais ces habitudes peuvent rester ancrées très longtemps malgré un changement du statut économique des individus.

Mais laissons ceci comme des indications de comportement et retournons aux études, plus générales, sur les valeurs sociales des Québécois. Il nous semble que, par exemple, nous pouvons lier notre argument à l'interprétation des valeurs sociales en terme de fatalisme des Québécois. Nous pouvons expliquer les liens par la présentation d'auteurs ayant étudié sur le sujet.

Certains auteurs comme Alain Médam et Michel Brunet ¹⁰ argumentent que les Québécois sont fatalistes. Leurs explications viennent de l'expérience de la Conquête; selon ces auteurs, les Québécois ont intériorisé cette idée d'échec et on appris à fonctionner avec cette idée de "nés pour un petit pain" et sont convaincus qu'ils ne peuvent rien faire contre leur sort. Une telle attitude pouvait donc rendre l'idée de la prévention difficile à accepter et, de ce fait même, rendre les soins dentaires moins pressants.

¹⁰ voir Brunet Michel, La présence anglaise et les canadiens, Éditions Beauchemin, Montréal, 1964 et, Médam Alain, Montréal interdite, Presses Universitaires de France, 1978.

Cette explication rejoint les différents auteurs qui ont étudiés les Québécois en terme de la dépendance. Encore ici, la mentalité créée par la situation de domination politique amène les personnes à ne pas voir en elles-mêmes la possibilité de prendre leur avenir (leur santé) en main.

Il est évident que ces hypothèses sont très exploratoires. Il serait nécessaire d'avoir des études plus poussées sur les différentes manifestations des valeurs des Québécois. Mais nous avons suggéré des pistes d'explications pour fonder notre argument que les Québécois ont accordé relativement peu d'importance à leur santé dentaire.

Nous pouvons aussi démontrer le peu d'intérêt accordé à la santé dentaire au Québec par les chiffres sur le niveau de santé dentaire des Québécois. Le tableau suivant nous indique très clairement à quelle place se retrouve l'état des dents des étudiants de treize/quatorze ans du Québec à comparer à celui de d'autres sociétés.

TABLEAU 3

PAYS	ÉTAT DES DENTS	
	DENTS CARIÉES	DENTS MANQUANTES
QUÉBEC	5,0	1,6
ALLEMAGNE DE L'OUEST	4,4	0,4
JAPON	4,2	0,1
AUSTRALIE	2,5	0,5
ONTARIO	1,2	0,2
NORVEGE	1,2	0,4
ETATS-UNIS	0,8	0,2
NOUVELLE-ZÉLANDE	0,6	0,1

L'enquête Stamm révèle aussi que l'indice C.A.O. (dents Cariées, Absentes ou Obturées) en 1978 s'élevait à 9,0 au Québec donc au-dessus de la moyenne nationale qui était de 8,0.

¹¹ J.W. Stamm et coll. "Principal dental health indices for 13-14 years old school children in Quebec", données recueillies entre 1974-78.

Le tableau suivant nous présente un aperçu de la santé dentaire au Canada en 1977. Nous remarquons que l'état de santé bucco-dentaire des Québécois et des habitants des provinces de l'Est laisse à désirer. On peut expliquer cette situation, tout en gardant en mémoire le peu d'intérêt qu'accorde la population à son état dentaire, par les revenus annuels plus bas, par de faibles niveaux de scolarité et également, dans certaines zones, par un manque de dentistes.

TABLEAU 4

Le nombre moyen de dents cariées par personne au Canada en 1977 ¹²			
PROVINCES	AGES		
	3 ANS	4-6 ANS	6 ET PLUS
COLOMBIE-BRITANNIQUE	,4	1,8	1,8
ALBERTA	,7	1,9	2,7
SASKATCHEWAN	,3	2,5	2,7
MANITOBA	2,1	2,9	2,8
ONTARIO	,4	1,7	1,4
QUÉBEC	1,5	2,9	4,3
NOUVEAU-BRUNSWICK	1,2	4,4	3,9
NOUVELLE-ECOSSE	4,2	2,5	2,6
ILE DU PRINCE EDOUARD	1,9	4,5	4,1
TERRE-NEUVE	4,1	6,0	4,1
POPULATION NATIONALE	1,0	2,5	2,6

¹² Nutrition Canada, Rapport sur l'hygiène dentaire, Ottawa, 1977, page 142.

Le cinquième tableau indique, avec l'indice C.A.O. (dents Cariées, Absentes ou Obturées), l'état de santé dentaire chez les jeunes de treize/quatorze ans, entre 1974-78 selon leur lieu de résidence.

TABLEAU 5

<u>L'indice C.A.O. (dents Cariées, Absentes ou Obturées pour les écoliers de 13/14 ans selon leur lieu de résidence en 1974-78 ¹³</u>					
ZONE DE RÉSIDENCE	NOMBRE D'ÉCOLIERS A L'ENQUETE				TOTAL CAO
		C	A	O	
MÉTROPOLITAINE	371	4,2	1,2	2,6	8,1
URBAINE	352	5,0	1,4	2,8	9,2
RURALE	277	5,8	2,0	1,8	9,6
TOTAL	1000	5,0	1,5	2,3	8,9

Nous pouvons constater, à partir de ces tableaux, le niveau très faible de la santé dentaire au Québec. Même, ces chiffres semblent nous indiquer un certain manque d'intérêt à l'égard de la santé dentaire ou encore une certaine ignorance de l'importance de la santé dentaire. Les enfants tout comme les adultes n'ont aucune considération face à leur santé dentaire; les dents passent en dernier lieu pour bon nombre d'entre eux.

¹³ J.W. Stamm et coll., op. cit..

En 1983, suivant la demande de l'Ordre des Dentistes du Québec, l'Institut Québécois d'Opinion Publique (I.Q.O.P.) effectua un sondage auprès de la population québécoise afin de mesurer:

"...l'impact du message télévisé diffusé depuis 1982 par l'Ordre des Dentistes du Québec, d'analyser les éléments perceptuels qui composent l'image du dentiste au Québec, de cueillir toutes les informations pertinentes relatives aux soins dentaires, aux habitudes alimentaires, aux motivations et aux freins qui appuient ou limitent les visites chez le dentiste." ¹⁴

Il est intéressant de noter un progrès en ce qui a trait à la "préoccupation dentaire" depuis les années soixante-dix. Selon l'étude effectuée en 1983, on estimait à 44% le nombre de citoyens adultes ayant fréquenté leur dentiste depuis un an. Malgré ce fait, l'I.Q.O.P. indique dans son étude, de 1983 que l'état de dentition des Québécois était:

21% ont toutes leurs dents naturelles
46% sont édentés à au moins un maxillaire
31% sont édentés complètement ¹⁵

L'Institut Québécois d'Opinion Publique notait cinq phénomènes très particuliers relativement à l'état dentaire des Québécois:

- (1) Les personnes de faible revenu (revenu familial annuel de moins de 15,000 \$) portent deux fois plus de prothèses complètes que celles de revenu plus élevé.

¹⁴ I.Q.O.P., Étude sur les soins dentaires au Québec, Montréal, Octobre 1983.

¹⁵ Ibid.

- (2) Moins les gens sont scolarisés au Québec et plus ils sont édentés.
- (3) C'est en "province" et dans la région de Québec ou l'on retrouve, toute proportion gardée, le plus fort taux de personnes complètement édentées
Montréal 25%; Québec 32%; Province 40%.
- (4) L'âge joue un rôle important dans l'édentation des Québécois. Si l'on ne considère que la population de 16 ans et plus pour effectuer notre moyenne, l'âge moyen de l'édentation TOTALE, au Québec, est de 47,7 ans.
- (5) De façon générale, on observe deux fois plus de personnes ayant toutes leurs dents naturelles chez les familles dont le revenu annuel est de plus de 15,000 \$.¹⁴

On remarque aussi, à la lecture du sondage que malgré le fait que la préoccupation chez la population de sa santé dentaire s'améliore, il n'en demeure pas moins que lors d'un manque de ressources financières, les visites chez le dentiste deviennent de plus en plus rares.

Un autre indice du manque de préoccupation des Québécois pour leur santé dentaire est la quantité des aliments sucrés qu'ils mangent. Malgré le fait qu'il est prouvé que les aliments sucrés affectent la dentition, les Québécois ne s'empêcheront pas de consommer des aliments à base de sucre et cela même, s'ils risquent d'affecter leur dentition.

¹⁴ I.Q.O.P., op. cit..

Nous avons présenté le cadre d'analyse, ce qui nous permet maintenant de procéder à l'analyse des politiques de santé dentaire au Québec tout en expliquant les phases importantes du développement du régime.

CHAPITRE DEUX: CASTONGUAY-NEPVEU: DE LA SANTÉ A LA SANTÉ DENTAIRE

Le présent chapitre a pour objectif de retracer les principaux événements survenus dans le domaine de la santé avant les années quatre-vingt. Ce cheminement est nécessaire pour mieux saisir la nature des nouvelles orientations qui se développeront à l'intérieur du système de santé du Québec et nous permettront de situer l'importance des soins dentaires sous le régime.

A) Un sommaire des interventions étatiques

Un des secteurs les plus importants de l'État providence est sans aucun doute celui de la santé. De l'État providence est née la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, mieux connue sous l'appellation de Commission Castonguay-Nepveu.

Il va s'en dire que les actions dans le domaine de la santé ont toujours été présentes. Il y eut beaucoup de mesures importantes prises par différents gouvernements touchant la sécurité sociale avant l'avènement de l'assurance-maladie.

Pour bien situer les activités étatiques récentes, il est important d'esquisser rapidement le début des activités gouvernementales. Ces interventions étatiques démontrent que, autant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux et municipaux ont porté une attention particulière aux multiples problèmes que pose la maladie.

Une des toutes premières interventions étatiques se retrouve en 1879 avec la Loi régissant les asiles d'aliénés. Cette loi faisait en sorte que les municipalités et le gouvernement du Québec assumaient les frais d'hospitalisation de ces malades. Cette Loi présupposait donc une plus grande insertion gouvernementale dans le domaine de la santé mais ceci à l'avantage de la population.

En 1909, une Loi encore plus importante du point de vue social fut promulguée. Il s'agit de la Loi sur les accidents de travail. Dorénavant, il existait une responsabilité patronale envers l'ouvrier. Cette Loi sécurisait donc les ouvriers car, advenant un accident de travail, ils ne se retrouvaient pas sans revenu.

La Loi de 1921 de l'assistance-publique est probablement à l'origine du régime actuel au Québec. Le principal objectif de cette Loi était de venir en aide aux établissements charitables par des subventions.

De 1941 à 1943, sont créées une Commission d'enquête provinciale sur les hôpitaux et une Commission de l'assurance-maladie qui ont pour principaux buts: l'établissement de la gratuité des soins médicaux et la proposition d'un régime d'assurance-maladie. Cependant, l'objectif principal sera détourné vers la protection de l'enfance ainsi que sur l'établissement de garderies et ceci, est dû à l'augmentation subite de la mortalité infantile.

En 1945, le Gouvernement assume seul les frais d'hospitalisation pour les personnes internées dans les hôpitaux psychiatriques. Suivant ces développements, l'année 1961 est caractérisée par l'avènement de la Loi de l'assurance-hospitalisation. Le Québec adhère à ce régime de soins hospitaliers disponibles et utilisables par tous les citoyens. C'est une distribution universelle et uniforme des soins hospitaliers.

Au début des années soixante, on commence à retrouver régulièrement des interventions étatiques plus complexes et englobant un plus grand nombre de citoyens.

Ces interventions sociales sont résultantes de la situation dans laquelle se trouve la population. Nous sommes à l'époque de l'État providence, l'ère de la sécurité sociale et d'une plus grande prise en charge par l'État de problèmes qui empoisonnent quotidiennement la vie

de sa population. La maladie et son coût social provoquent de nombreux malaises. En gérant la maladie, les gouvernements prennent sur eux une responsabilité jadis relevant des citoyens, de leurs mandataires (assureurs) ou des organismes de bienfaisance.

La Loi de l'assistance médicale de 1966 annonce la venue de réformes majeures dans le domaine de la santé. Cette Loi déposée à la Législature du Québec permettait l'accessibilité gratuite des soins médicaux aux Québécois et pour leurs personnes à charge. Cette Loi arrive en même temps que le Régime d'assistance-publique du Gouvernement du Canada. Le gouvernement fédéral s'engageait donc à payer la moitié du coût des soins médicaux et des autres soins donnés aux assistés-sociaux.

B) La publication du Rapport Castonguay-Nepveu

L'année 1967 est celle de la publication du premier rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social du Québec.

Une Commission dont nous étudierons les implications et les résultats dans les pages suivantes.

Étant du domaine des politiques publiques, l'étude des politiques de santé dentaire reflète les nouveaux intérêts du domaine social. L'importance des valeurs sociales pour définir les étapes de planification démontrent l'orientation future des actions gouvernementales.

Le choix que nous avons effectué se situe autour de l'application de la typologie de Blum ¹⁷ qui nous démontrera jusqu'à quel point la connaissance des facteurs socio-politiques présentés, de même que leur compréhension, sont importantes pour l'analyse des actions gouvernementales.

Ainsi, depuis les années soixante, le pouvoir étatique québécois s'est concentré sur le développement social de sa population. Ce domaine a acquis une nouvelle dimension et tend à occuper une place prépondérante dans l'intervention étatique.

¹⁷ R. Pineault, C. Daveluy, op. cit., page 61.

C'est avec cette prise de conscience collective que débuta les interventions des États dans les domaines de la sécurité sociale. L'avènement des sociétés modernes force les États à se préoccuper davantage de la qualité de vie de leur population.

L'évolution de l'idée de la sécurité sociale se résume par une aspiration à la sécurité humaine et matérielle. Nous citerons ici un passage du rapport qui décrit l'idée de la sécurité sociale:

" elle correspond à une aspiration profonde de l'homme moderne qui veut avoir la certitude non seulement de pouvoir manger le lendemain, d'assurer sa subsistance ainsi que celle de sa famille le reste de ses jours et de se faire soigner s'il est malade mais aussi de bénéficier des avantages du développement économique et social du milieu dans lequel il vit. " ¹⁸

Toujours dans l'optique de l'établissement de l'État providence, de son rôle et de ses objectifs de "protecteur" des citoyens, le gouvernement accapare le domaine de la santé et du bien-être social et créé, en 1966, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social afin d'analyser les besoins et de satisfaire les attentes de la population québécoise.

¹⁸ Rapport de la commission d'enquête sur la santé et le bien-être social - l'assurance-maladie, (Rapport Castonguay/Nepveu), Québec, 1967.

Ces concepts de sécurité sociale, d'analyse des besoins de la population et de nouvelles valeurs sociales impliquent des choix. Nous savons que ce ne sont pas les seuls facteurs qui influencent cette période, mais ils demeurent très importants dans les actions gouvernementales à venir.

L'importance des valeurs sociales de même que des étapes de planification sont très importantes dans l'évolution de l'État providence. L'évolution sociale propose aussi des ajustements relativement à ses valeurs sociales. Le phénomène de prévention prend de l'ampleur et provoque plusieurs modifications dans l'élaboration des politiques gouvernementales.

De l'État providence est né la Commission d'enquête Castonguay-Nepveu. Cette Commission possédait un très vaste mandat qui l'autorisait à:

"...faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social, et, sans restreindre son mandat, en particulier sur les questions relatives:

- a) à la propriété, à la gestion ainsi qu'à l'organisation médicale des institutions hospitalières et des institutions dites de bien-être social;
- b) à l'assurance-hospitalisation telle qu'actuellement appliquée;
- c) à l'établissement de l'assurance-maladie;

- d) à l'acte médical ainsi qu'à l'évolution de l'activité médicale;
- e) aux mesures d'aide sociale et à leur développement;
- f) à la structure et au rôle des divers organismes ou associations s'occupant de la santé et du bien-être social;
- g) aux mesures d'hygiène et de prévention;
- h) aux effectifs médicaux et paramédicaux ainsi qu'à l'équipement;
- i) à l'enseignement et à la recherche;

le tout en fonction des besoins de la famille et des individus. " 19

Comme il est écrit dans le Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, les objectifs qui touchent de façon spécifique l'assurance-maladie sont dirigés à trois niveaux:

- " a) rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population de façon qu'elle puisse en faire une consommation optimale.
- b) obtenir une efficacité maximale du système de dispensation des soins par la planification, la coordination et l'intégration de l'activité dans le domaine de la santé et,
- c) maximiser les rendements sociaux dans le domaine de la santé, en tant qu'investissement dans les ressources humaines et en tant que mesure de prévention sociale. "20

¹⁹ Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, op. cit., pages IX, X.

²⁰ Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, op. cit., page 35.

Donc, depuis 1970, le gouvernement du Québec a tenté d'accomplir une réforme de grande envergure dans le domaine de la santé et des services sociaux à la suite de la publication du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. L'objectif général de cette réforme était d'améliorer l'état de santé des Québécois et leur bien-être grâce à l'accès gratuit à des services de qualité.

Au Québec, les objectifs de l'assurance-maladie sont dirigés au plan social. Ils visent une meilleure accessibilité aux soins pour toute la population.

Par la planification, on cherche à obtenir une efficacité maximale du système; de plus, on cherche à améliorer la qualité de vie de la population en établissant des mesures afin de parfaire l'environnement sociologique. On essaie de prévenir la maladie, de diminuer le nombre de malades et d'assurer une plus longue période de vie à la population québécoise. L'amélioration de la santé chez les individus constitue le but principal de tout régime de santé.

Le régime d'assurance-maladie vise à réduire le nombre de malades et prévoit aussi qu'en donnant accessibilité aux gens de consulter médecins et spécialistes, les recherches dans le domaine médical pourront

couvrir les disciplines où l'on manque de données. Réduire et combattre les maladies de même que de diminuer les souffrances de la population est donc le triple but que se fixe ce régime.

L'amélioration de la qualité de la vie et de l'état de santé exigent la mise en oeuvre d'un vaste programme touchant divers secteurs de la santé. De cela, l'assurance-maladie a étendue son champ de couverture de frais au-delà de la médecine générale en vue de permettre plus d'accessibilité à la population à plus de professionnels de la santé.

Avec le Rapport de cette Commission, plusieurs événements se sont produits, notamment, la création de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec en 1970. On assiste graduellement à l'augmentation des services gratuits dans les domaines de la santé et à une plus grande prise en charge de l'État vis-à-vis certaines couches de la population.

La Commission d'enquête sur la Santé et le bien-être social prévoyait de nombreuses recommandations sur différents sujets touchant la santé de la population.

C) Les soins dentaires

Comme dans plusieurs autres secteurs, le rapport considère les soins dentaires comparables aux soins médicaux. La Commission reconnaissait donc l'importance des soins dentaires dans le cadre de l'extension de la couverture initiale du régime d'assurance-maladie. Le régime devait tout d'abord offrir la gratuité des services médicaux (médecins et frais hospitaliers) pour ensuite s'étendre progressivement aux soins dentaires, oculaires, etc..

L'objectif premier de la Commission visait une clientèle-cible. Selon ses prévisions, si les objectifs étaient atteints, la qualité de vie serait meilleure et, suivant l'ordre de préséance établi, plusieurs secteurs seraient rajoutés ce qui permettrait à longue échéance, une meilleure santé globale pour l'individu.

Afin de mieux comprendre les visées de la Commission dans le domaine de la santé dentaire, la présentation des recommandations est nécessaire. Cependant, il faut noter que notre analyse se situe autour de la santé dentaire et de ses soins. Les recommandations étudiées le sont dans le contexte de comprendre le degré d'importance des soins dentaires dans la réforme proposée.

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION D'ENQUETE SUR LA SANTE
ET LE BIEN-ETRE SOCIAL - L'ASSURANCE-MALADIE ²¹

- 1.18 Que la couverture du régime s'applique progressivement, à mesure que les conditions et les ressources financières le permettront
- a) aux soins dentaires aux femmes enceintes et aux enfants de moins de dix-huit ans;
 - d) aux soins dentaires aux adultes;
- 1.20 Que le régime d'assistance-médicale soit transformé en un régime unifié d'assistance-maladie dont la couverture s'étendra plus rapidement que celle du régime d'Assurance-Maladie et selon l'ordre de préséance suivant:
- b) aux soins dentaires aux enfants de moins de dix-huit ans et aux femmes enceintes;
 - e) aux soins dentaires aux adultes; (avant dernier point)
- 1.25 Que les interventions de chirurgie buccale soient couvertes par le régime si elles sont effectuées à l'hôpital par un médecin chirurgien ou un dentiste spécialisé en chirurgie buccale.

Cependant, les recommandations prioritaires au point de vue dentaire sont celles qui touchent aux enfants et aux femmes enceintes. Ce qu'il est important de retenir des recommandations, c'est que malgré le peu de popularité dont dispose généralement la santé dentaire, la Commission s'est penchée sur certains concepts dont celui de l'amélioration de la qualité dentaire des Québécois.

²¹ Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, op. cit., pages 311 à 313.

"La fréquence des affections bucco-dentaires (surtout la carie) à l'époque de la croissance et de la grossesse, la nécessité d'une bonne dentition dans le processus d'alimentation, la permanence des effets des soins dentaires chez les enfants et les femmes enceintes leur confèrent une certaine priorité: le rendement en est élevé du point de vue de la santé autant que du bien-être." ²²

La Commission propose éventuellement de couvrir les soins dentaires aux enfants de 0 à 18 ans. Cependant, la couverture des soins dentaires soulève des problèmes particuliers quant aux prothèses, à l'orthodontie et autres traitements spéciaux relativement aux tarifs de ces services. Les soins dentaires gratuits aux adultes sont aussi étudiés.

Outre la question des soins dentaires comme telle, la Commission d'enquête a d'autres recommandations qui rejoignent ce domaine. Une des plus importantes est sans doute la fluoration des eaux de consommation. Cette mesure demeure particulièrement efficace sinon essentielle pour réduire la carie dentaire qui atteint presque toute la population. ²³

²² Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, op. cit., page 67.

²³ Nous verrons plus en détail dans les pages suivantes les effets de la fluoration des eaux de consommation.

C'est ainsi qu'en 1967, le premier rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social était rendu public. On y proposait la création d'une Régie d'Assurance-Maladie qui favoriserait le bien-être physique de la population.

L'Assurance-Maladie est donc un instrument de la sécurité sociale qui fait partie intégrante de la politique de santé de certains pays. Nous savons qu'actuellement, tout le monde reconnaît que le bien-être d'une collectivité repose sur son système de sécurité sociale. L'Assurance-Maladie occupe généralement une place de choix et est aussi la première phase d'un système de sécurité sociale.

Autrefois, le régime d'Assurance-Maladie était perçu comme un moyen de redistribution des revenus ou encore un moyen en vue de sécuriser la population face à la maladie qui faisait perdre des journées de salaire en plus de défrayer le coût de l'hospitalisation ainsi que les frais du professionnel de la santé. Depuis quelques années, le régime d'Assurance-Maladie apparaît comme une véritable politique de santé incluant l'organisation, l'investissement et la distribution de soins de haute qualité.

Depuis 1970, le gouvernement du Québec a tenté d'accomplir une réforme de grande envergure dans le domaine de la santé et des services sociaux à la suite de la publication du Rapport de la Commission Castonguay-Nepveu. L'objectif général de cette réforme était d'améliorer l'état de santé des Québécois et leur bien-être grâce à l'accès gratuit à des services de qualité.

Le programme de santé dentaire du Québec fut créé en 1970, patronné par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec. Le programme dentaire est entré en vigueur en 1974, quatre ans après sa création dû à la lenteur et aux difficultés de négociations entre la Régie d'Assurance-Maladie et les chirurgiens-dentistes. En 1976 débutait le programme gratuit de soins dentaires aux bénéficiaires d'aide sociale. Comme nous l'avons mentionné antérieurement, ce programme n'a pas été vu comme étant une politique générale de soins dentaires mais plutôt une décision d'élargir la gratuité aux soins dentaires.

Lorsque le programme de soins dentaires gratuits fut implanté il reposait sur quelques principes dont nous trouvons utile de mentionner. Ils sont présentés en cinq points distincts.

Le programme connaîtra une évolution. L'éligibilité des enfants sera graduée et progressive selon de l'âge; en ajoutant un an ou plus par année selon les budgets accordés aux services dentaires.

L'éligibilité sera accrue car tout enfant (citoyen canadien) serait éligible au programme de gratuité des soins dentaires sans tenir compte du revenu de ses parents.

Sur le plan budgétaire, le financement du programme se ferait à même les fonds publics.

En ce qui concerne les frais, des paiements seraient effectués aux dentistes et seraient basés sur une décision conjointe prise entre le Ministère des Affaires Sociales et les représentants des chirurgiens-dentistes.

Enfin, la participation des chirurgiens-dentistes au programme de gratuité des soins dentaires aux enfants et aux assistés-sociaux est optionnelle dans le sens que les dentistes ne sont pas obligés d'adhérer au programme.

Il est donc manifeste que les soins dentaires étaient perçus comme complémentaires à la mise en place d'une politique de santé. On n'y accordait qu'une attention de seconde zone. Il n'était point question d'offrir la gratuité à toute la population mais à une certaine couche de la population qui nécessitait le plus de ces services.

CHAPITRE TROIS: CRÉATION D'UNE PREMIÈRE POLITIQUE DE SANTÉ DENTAIRE

Nous verrons successivement les circonstances, la publication d'une première politique, de son contenu et les réactions qu'elle a suscitées.

A) Les circonstances

Le début des années quatre-vingt marque une étape dans le développement du secteur de la santé au Québec. C'est le début d'une remise en question de l'État providence. On commence à sentir une volonté de limiter les augmentations budgétaires.

Dans le domaine de la santé, on ressent davantage le choc car le gouvernement ne cessait d'établir et d'élargir des programmes, d'en augmenter l'accessibilité et de conserver la gratuité pour une plus grande masse de la population.

Tout va donc à l'encontre des promesses faites en prévision d'une société plus viable et politiquement plus rentable. Ce que la population devrait avoir nécessairement dans les domaines prioritaires tels la santé,

se perd et se confond dans les sociétés d'hier. Avec la crise de l'État providence, le concept de l'égalité redevient une utopie.

Cette crise de l'État providence fait régresser le secteur de la santé et par le fait même, la santé dentaire. L'orientation des objectifs du gouvernement est dorénavant axée sur le préventif à l'instar du curatif.

Malgré les mesures du Ministère de la Santé et des Services sociaux, la santé dentaire des Québécois ne s'améliore pas très rapidement. Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, plusieurs causes de la lenteur de l'amélioration des services proviennent de la mentalité des Québécois quant à leur santé dentaire et, en second lieu, aux coûts de ces services.

Depuis août 1981, le gouvernement du Québec, par l'entremise de son Ministère de la Santé et des Services sociaux (à l'époque on l'appelait le Ministère des Affaires Sociales), a proposé une politique de santé dentaire pour contrer les effets de la mentalité québécoise au sujet de leur santé dentaire.

L'avènement de l'établissement d'une politique de santé dentaire découle du nouvel objectif visé par l'État. Les coupures budgétaires mises en vigueur par le gouvernement auraient détournées ses prétentions de socialisation du secteur de la santé et, par le fait même, l'auraient amené à percevoir, de manière différente, les besoins de la population. Par contre, la population est consciente de ses besoins et a quelques difficultés à comprendre la nécessité de coupures budgétaires dans le domaine de la santé.

Probablement pour pallier à cette situation, le gouvernement institue des groupes de travail afin d'étudier diverses possibilités qui pourraient modérer les effets négatifs des coupures budgétaires pour la population.

Cependant, certains services de santé furent davantage touchés par ces coupures; le domaine dentaire en est un. Le tableau suivant nous permettra de constater par cette représentation budgétaire, les sommes allouées aux cinq grands secteurs de la Régie d'assurance-maladie du Québec de 1977-78 à 1988-89.

TABLEAU 6

REPRÉSENTATIONS BUDGÉTAIRES DES GRANDS SECTEURS DE LA RÉGIE
DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC DE 1977 à 1982. EN POURCENTAGE.

ANNÉES	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81	1981-82	1982-83
Sur un budget (en milliers de \$)	778 705	901 160	1 044 015	1 216 325	1 328 110	1 354 295
Services dentaires	4,8	5,3	8,1	8,8	9,0	6,9
Services médicaux	78,5	76,1	72,4	72,4	71,3	71,6
Services pharmaceu- tiques et médicaux	9,1	10,5	10,5	10,8	11,5	11,1
Services optométriques	1,9	2,0	1,8	1,9	1,9	1,8
Services hospitaliers	5,2	5,4	4,9	5,2	5,2	7,2
Autres	0,5	0,7	0,9	0,9	1,1	1,4

* 1977-78 & 1978-79 = années du désengagement chez les chirurgiens-
dentistes.

Statistiques tirées des budgets de la Régie de l'Assurance-Maladie.

TABLEAU 7

REPRÉSENTATIONS BUDGÉTAIRES DES GRANDS SECTEURS DE LA RÉGIE
DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC DE 1983 à 1988. EN POURCENTAGE.

ANNÉES	1983-84	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88	1988-89
Sur un budget (en milliers de \$)	1 587558	1 711194	1 899901	2 045500	2 225913	2 393850
Services dentaires	6,3	6,6	5,9	5,6	5,1	4,8
Services médicaux	72,4	71,5	70,8	70,3	69,6	69,6
Services pharmaceu- tiques et médicaux	11,3	12,9	13,9	14,6	15,4	16,5
Services optométriques	1,9	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9
Services hospitaliers	6,7	6,1	5,5	5,5	5,8	4,9
Autres	1,4	1,6	2,0	2,1	2,2	2,3

B) La publication de la politique et son contenu

C'est au mois d'août 1981 que fut publiée la première politique de santé dentaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les années antérieures à 1981 étaient régies par des directives établies par le Ministère.

La politique de santé dentaire démontrait un appui pour la modernisation et un effort constant de reconnaissance de l'intérêt des services de santé en général. On ne se souciait guère des soins dentaires comme tels mais la définition d'une politique qui mettrait l'emphase sur l'avenir et les objectifs du ministère dans ce domaine étaient attendus.

Par la présentation de cette politique, le gouvernement du Québec répondait à un besoin de la part des dentistes de voir s'établir clairement une ligne d'action et une clarification de certains points particuliers relatifs à leur profession.

Le gouvernement entendait donc proposer des moyens d'interventions qui bonifieraient ses actions dans le domaine dentaire en les axant vers un nouvel objectif, celui de la prévention.

La prévention est un objectif louable pour le gouvernement. En plus de promouvoir une bonne santé dentaire, la prévention implique une diminution à long terme des coûts reliés aux soins dentaires.

L'objectif général de la politique de santé dentaire de 1981 du Ministère de la Santé et des Services sociaux est le suivant:

" favoriser le développement, le maintien ou la réadaptation de la capacité fonctionnelle de l'appareil bucco-dentaire naturel de la population québécoise. " ²⁴

L'état de santé dentaire des québécois demeure peu reluisant malgré les efforts fournis par les dentistes et les autorités gouvernementales. Comparativement aux autres provinces et même à d'autres pays, le Québec ne se classe pas très bien en ce qui concerne l'indice C.A.O. (<dents> Cariées, Absentes, Obturées) ²⁵. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte pour analyser ces résultats.

²⁴ Ministère des Affaires Sociales, Politique de santé dentaire de 1981, Québec, 1981, page 21.

²⁵ Voir le tableau sur l'état des dents des étudiants de 13/14 ans.

Notons entre autres le faible intérêt démontré par la population pour sa santé dentaire, son l'hygiène buccale et ses habitudes alimentaires (consommation de sucreries).

C'est suite à l'analyse de ces facteurs que le Ministère produisit sa première politique de santé dentaire. Améliorer l'intérêt que porte la population à sa santé dentaire, l'hygiène buccale et les habitudes alimentaires se rejoignent. Ceci a d'ailleurs fait développer le sens idéologique que voulait se donner cette politique de santé dentaire: éducative et préventive avant tout.

Dans cette première politique de santé dentaire, nous retrouvons les visées du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine dentaire. Les mesures préventives prennent énormément d'importance dans l'élaboration de la politique. Le sens éducatif vise à modifier les habitudes de vie et les habitudes alimentaires de la population québécoise.

Éduquer la population en ce qui concerne la nourriture, l'alimentation cariogène et l'hygiène buccale pour finalement tenter d'instaurer des programmes particuliers qui viseront l'amélioration de la santé dentaire. Tels sont les objectifs des programmes particuliers comme

par exemple la fluoration des eaux de consommation. En somme, la tâche est énorme, il s'agit de modifier les habitudes de vie d'une population.

Afin d'y arriver, le Ministère de la Santé et des Services sociaux souhaitait se concerter avec le Ministère de l'éducation, afin de préconiser des mesures préventives pour promouvoir une bonne santé dentaire. On prévoyait que s'en tenir particulièrement aux enfants provoquerait une réponse aux attentes et aux besoins des parents. Ces mesures spécifiques qu'entendaient mettre sur pied le gouvernement, par l'entremise de ces deux ministères sont les suivantes:

- promouvoir une législation visant à faire inscrire la quantité de sucre sur tous les produits, une indication du risque de carie sur les produits contenant plus de cinquante pourcent de sucre.
- promouvoir une alimentation non-cariogène.
- éliminer l'accès aux distributrices de confiseries et de boissons gazeuses dans son réseau d'établissements et obtenir que le Ministère de l'éducation en fasse de même dans les écoles primaires et secondaires.
- sensibiliser les municipalités aux effets bénéfiques de la fluoration des eaux de consommation pour prévenir la carie dentaire.
- prévention chez les enfants et les femmes enceintes ainsi qu'une éducation dentaire.
- établir des services préventifs dans les écoles. ²⁴

²⁴ Référence à la Politique de santé dentaire de 1981.

Que ce soit par des mesures de masse comme l'information sur le plan alimentaire et les programmes éducatifs, ou des mesures politiques comme la fluoration des eaux de consommation ²⁷, cela implique une responsabilité des individus dans la volonté de modifier leurs habitudes de vie.

Selon des statistiques compilées par Nutrition-Canada ²⁸, le nombre de dents fonctionnelles (indemnes ou obturées) par personne au Québec est de 12,5 (moyenne générale).

Il va donc de soit que les habitudes de vie, l'hygiène buccale et la préoccupation de la santé dentaire laissent à désirer. C'est par des statistiques alarmantes que le Ministère de la Santé et des Services sociaux réagi pour élaborer une politique qui permettrait une plus grande conscience dentaire chez la population. De même, l'idée générale de l'importance de l'éducation et de la prévention y est abordée.

Le Ministère prévoit aussi des mesures spécifiques visant une clientèle particulière. Ces mesures spécifiques sont surtout reliées à la

²⁷ Politiquement parlant, la fluoration des eaux de consommation n'est pas rentable.

²⁸ Statistiques incluses dans la politique de santé dentaire de 1981.

prévention et touchent les enfants et les adolescents de 5 à 16 ans, les personnes en institution (malades, handicapés physiques, handicapés mentaux), les personnes âgées et les femmes enceintes. Le Ministère entend remettre la responsabilité de la prévention aux Départements de Santé communautaire (D.S.C.) avec l'aide d'acteurs importants tels les dentistes ainsi que d'autres intervenants du réseau des affaires sociales.

Un des aspects très considéré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et qui va de pair avec les objectifs préventifs et éducatifs est celui de l'accessibilité aux services dentaires. On entend ici accessibilité physique (handicapés) et accessibilité géographique (emplacement des cabinets dentaires en milieu rural par exemple).

L'accessibilité physique est un aspect important dans la formulation de la politique. L'emphase étant d'ailleurs axée sur l'accessibilité quelle qu'elle soit, il n'en demeure pas moins que des mesures spéciales sont proposées pour faciliter l'accès aux personnes handicapées physiquement et/ou mentalement.

On souhaiterait aussi que les étudiants en médecine dentaire décident, à la fin de leurs études, d'aller s'installer dans les régions déficitaires en professionnels de la santé dentaire. Pour ce faire, il y

a actuellement des bourses offertes par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces bourses engagent ceux qui les reçoivent à travailler pendant un certain nombre d'années dans un secteur désigné par le Ministère. On peut donc présumer que les détenteurs seront envoyés dans les zones déficitaires en professionnel de la santé.

Le problème de localisation est aussi, tout comme celui de la prévention et de l'éducation, lié à des stratégies et moyens d'interventions de la part du Ministère; afin de promouvoir et d'inciter, par une influence "directrice" aux dentistes, l'installation dans certaines zones définies.

On retrouve donc trois types d'interventions proposés dans cette politique. Ces bourses d'étude font aussi parties des stratégies mais comme elles existent depuis de nombreuses années, nous ne les avons pas incluses dans les moyens d'intervention qu'entendait suivre le Ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la présentation de la politique.

Les trois types d'interventions sont tout d'abord, la prime d'isolement, suivie de la prime d'encouragement à l'installation et enfin, la rémunération différentielle ²⁹.

La prime d'isolement est actuellement en vigueur dans le grand Nord Québécois. Cette prime vise à inciter les dentistes à travailler en secteur très éloigné, secteur déficitaire en professionnel de la santé dentaire. Elle sert en quelque sorte à compenser les inconvénients que cause ce grand éloignement.

La prime d'encouragement à l'installation a pour but d'aider le dentiste en défrayant une partie du coût d'achat de son équipement lors de son installation en cabinet privé. Par ailleurs, cette prime serait applicable dans un lieu ou un territoire où il y a pénurie de dentistes. Il faut cependant que ce lieu ou territoire soit reconnu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

La rémunération différentielle est probablement le point le plus intéressant des stratégies envisagées dans la politique de santé dentaire de 1981.

²⁹ M.A.S., op. cit..

Cette intervention proposée par le Ministère provient probablement du fait qu'idéalement, il devrait y avoir un dentiste actif ³⁰ pour mille-deux-cent-cinquante personnes âgées de zéro à quatorze ans.

La définition présentée dans la politique de santé dentaire de 1981 au sujet de la rémunération différentielle est la suivante:

"La rémunération différentielle entend faire varier la tarification des actes en fonction de l'importance de la main d'oeuvre dentaire sur les territoires" ³¹

Cette définition signifie donc que le tarif d'un acte donné serait plus élevé s'il était posé dans un territoire jugé déficitaire en professionnel de la santé dentaire.

Afin de ne pas augmenter les masses monétaires actuellement disponibles dans le domaine dentaire, la rémunération différentielle propose de déplacer certaines sommes de manière à ce que le surplus

³⁰ Selon les termes: dentiste actif signifie un dentiste qui a reçu plus de 5,000 \$ de rémunération de la Régie de l'assurance-maladie du Québec en 1979.

³¹ M.A.S., op.cit., page 52.

établit dans les zones non-déficitaires soit remis aux dentistes oeuvrant dans les zones définies déficitaires ³² par le Ministère.

La dernière section de la politique de santé dentaire porte sur les responsabilités, les coûts et le financement du programme lors de l'instauration de cette politique.

Au niveau des responsabilités, le Ministère de la Santé et des Services sociaux devra déterminer des objectifs généraux et établir une grille de résultats anticipés afin de voir à la bonne marche de sa nouvelle politique dentaire.

Sur le plan des responsabilités, le Ministère propose un schéma pour un partage des pouvoirs entre divers intervenants dans le domaine de la santé dentaire. Évidemment, ce partage de pouvoirs a été conçu afin de répondre adéquatement aux objectifs et aux buts visés de la nouvelle politique.

³² Zones déficitaires définies: milieu rural; éloigné; isolé et établissements: centres psychiâtriques et autres centres spécialisés (même s'ils sont situés en milieu urbain)

Afin d'illustrer ce schéma, il est nécessaire de mettre en lumière les rôles des différents intervenants dans le domaine dentaire. Il va de soi que ces intervenants n'ont pas tous une tâche reliée très directement aux soins dentaires mais ils demeurent essentiels dans le processus de distribution des pouvoirs.

Le M.S.S.S. (Ministère de la Santé et des Services sociaux) a comme tâche d'administrer la masse monétaire à travers tout le système de santé. La R.A.M.Q. (Régie de l'Assurance-Maladie du Québec) voit à distribuer les argents et de plus, est aussi l'organisme qui subventionne les services dentaires offerts dans les établissements désignés par le Ministère.

Le C.R.S.S.S. (Conseil régional de la santé et des services sociaux) a comme première fonction l'identification des besoins et l'implantation des ressources. Il a donc à travailler conjointement avec tous les organismes qui ont directement à faire au public.

Le D.S.C. (Département de santé communautaire) s'occupe, quant à lui, d'implanter des programmes de santé dentaire conjointement avec les C.R.S.S.S. et de les faire appliquer par les C.L.S.C.. Le D.S.C. s'occupe aussi de programmes de prévention chez les femmes enceintes et les enfants d'âge scolaire et pré-scolaire.

Le C.H.D. (Centre hospitalier désigné) dispense les services dentaires très spécialisés pour fin de traitements. Il voit de plus, à recevoir, en terme d'accessibilité, les personnes handicapées.

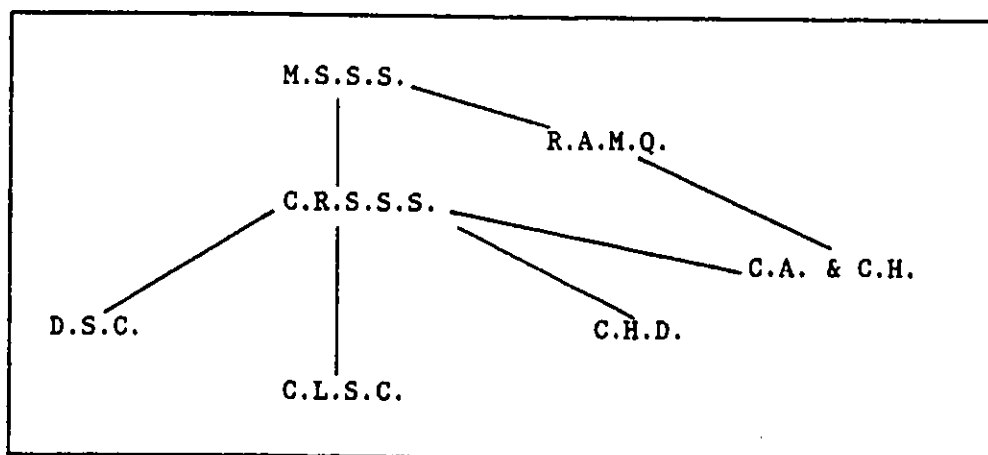
Le C.L.S.C. (Centre local de services communautaires) promeut l'hygiène dentaire et dans certains cas, offre les services d'un dentiste consultant (salarié) exerçant sa profession sous les directives du D.S.C. de sa région.

En urgence seulement, il y a aussi d'autres établissements comme les Centres d'Accueil (C.A.) et les Centres Hospitaliers (C.H.) qui oeuvrent dans le domaine dentaire en offrant des examens dentaires et demeurent disponible à recevoir les patients.

Cette description des intervenants nous amène à établir le schéma suivant ³³:

TABLEAU 8

Schéma des différents intervenants dans le domaine dentaire



Ces mesures d'intervention présupposent un effort de la part de tous les intervenants possibles dans le domaine dentaire. L'implantation d'une politique de la sorte présume une concertation, un partage des responsabilités et de la coordination afin que toutes les actions entreprises soient conciliables pour atteindre ces objectifs.

³³ Schéma élaboré à partir de la lecture de la politique de santé dentaire de 1981.

Les coûts reliés à l'application d'une telle politique de santé dentaire axée vers la prévention (argent injectée précisément pour ce programme), mis à part les possibilités de récupération par les programmes liés à l'accessibilité sont de 13,5 millions:

PROGRAMME PUBLIC DE SERVICES DENTAIRE PRÉVENTIFS ³⁴:

Encadrement professionnel (dentistes) hygiénistes dentaires et autres		1 600 000 \$
Fournitures et instruments		11 900 000 \$
Femmes enceintes et enfants d'âge pré-scolaire	1 400 000 \$	
Enfants-maternelle	700 000 \$	
Enfants-élémentaire	4 600 000 \$	
Enfants-secondaire	4 400 000 \$	
Handicapés fréquentant les Centres de réadaptation	300 000 \$	
Centres hospitaliers - soins prolongés et centre d'accueil d'hébergement	500 000 \$	
TOTAL		13 500 000 \$

Cette masse monétaire investie dans le champ préventif nous démontre qu'il est prévu que cet investissement deviendra rentable à longue échéance. Avec la prévention, l'analyse de comportement général de la

³⁴ M.A.S., op.cit..

population nous indique que la préoccupation des gens face à leur santé dentaire sera accrue et que, par le fait même, moins d'argent sera nécessaire pour le curatif.

Nous trouvons opportun de présenter ici un rapport d'un comité d'experts de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.)³³ sur la planification et l'évaluation des services de santé dentaire qui révèle tous les éléments que toute politique nationale de santé bucco-dentaire devrait contenir.

Ce plan général propose le contenu de toute politique de santé dentaire, afin d'en tirer le maximum de résultats positifs et recherchés par les gouvernants. Ce plan nous permettra donc de comprendre les objectifs visés et d'analyser la portée et l'importance que donne le Ministère de la Santé et des Services sociaux à la santé dentaire.

Nous avons dénombré neuf éléments susceptibles de favoriser l'élaboration d'une politique de santé dentaire. Venant des gouvernants, la volonté de mettre en place une politique nationale de santé dentaire démontre le désir d'améliorer la santé bucco-dentaire de sa population.

³³ O.M.S. Planification et évaluation des services de santé dentaire, Genève, 1976.

Cette première grande étape franchie, l'O.M.S. insiste sur l'importance d'établir des rapports entre les programmes de santé bucco-dentaires et les actions relatives à la santé en général. Les rôles respectifs des secteurs privé et public dans la prestation des soins dentaires et, notamment, le rôle des praticiens traditionnels.

Les attitudes face à la formation, à la répartition et à l'utilisation de toutes les catégories de personnel associées à l'action de santé doivent être axées au bon fonctionnement des plans de santé.

On doit aussi établir un ordre de priorité à respecter pour l'administration des soins aux différents groupes d'âge ou à d'autres catégories particulières de bénéficiaires.

Les priorités que les gouvernants sont appelés à choisir seront elles aussi influencées par l'orientation de la position gouvernementale relative à l'importance des actions curatives ou préventives. Ainsi, dépendant de l'orientation donnée, des choix devront être effectués.

La volonté d'investir dans la recherche et l'évaluation des programmes sont liés au succès de ce programme. Il va de soi que des résultats seront attendus de l'emploi de fonds publics pour un programme de santé dentaire.

Il est aussi à noter que des améliorations concernant certains usages socio-culturels contraires à la santé bucco-dentaire seront à décourager.

L'avènement d'une politique de santé dentaire démontre donc le nouvel intérêt gouvernemental pour ce domaine.

Suivant les mêmes préceptes formulés par l'O.M.S., peut-être même inspiré par cette dernière, le gouvernement s'intéresse de façon particulière à la santé dentaire en temps de coupures budgétaires et de réallocations de ressources.

L'élaboration d'une politique de santé dentaire devenait donc nécessaire et permettait de réorienter ce domaine et de transformer la vision curative de la santé dentaire vers une santé dentaire préventive.

C) les réactions

La présentation de cette politique de santé dentaire fut suivie de réactions de la part de l'Association des Chirugiens-Dentistes du Québec. La nouvelle politique fut transmise à l'Association en novembre 1981, soit quatre mois après sa publication. Dans la lettre accompagnant cette politique, le Sous-ministre des Affaires-Sociales demandait aux représentants de l'Association, des commentaires, critiques et autres suggestions sur ce «document de travail».

Cependant, malgré son appellation de «document de travail», certaines décisions gouvernementales furent prises avant même que le document soit disponible pour fin de consultation par l'A.C.D.Q..

Les réactions ne tardèrent pas à venir comme en fait foi la lettre du Docteur Claude Chicoine, Président de l'Association des Chirugiens-Dentistes du Québec au Sous-ministre des Affaires Sociales, Monsieur Jean-Claude Deschênes.

Afin d'illustrer le ton de cette lettre et la position de l'Association, nous présentons un extrait qui indique clairement la perception de l'A.C.D.Q. concernant les actions du Ministère.

" L'Association des Chirugiens-Dentistes du Québec déplore les agissements du Ministère des Affaires Sociales qui a pris seul ses décisions concernant la santé dentaire et qui, après coup, se permet des consultations officielles auprès des organismes qui seuls ont la compétence en la matière " ³⁶

L'A.C.D.Q. indique que certaines décisions étaient prises avant même sa présentation. En premier lieu, un budget était accordé à la mi-décembre 1981 pour le programme de services dentaires préventifs et, en deuxième lieu, la décision 81-182 ³⁷ stipulant que les services dentaires préventifs pour les enfants de douze ans et moins soient fournis par le réseau de santé public et cessent d'être défrayés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec lorsqu'ils sont fournis en cabinet privé.

Cette même journée, une lettre est envoyée à tous les membres de l'A.C.D.Q. afin de leur transmettre la réponse de leur Association face à cette consultation tardive au sujet de la politique de santé dentaire ³⁸.

³⁶ Lettre de L'A.C.D.Q. datée du 29 janvier 1982, page 3.

³⁷ Décision adoptée par le Conseil des ministres suivant un mémoire du Ministre des Affaires Sociales en 1981.

³⁸ La politique fut distribuée aux membres de l'Association par le Président - le 17 novembre 1981.

Dans son intervention, l'Association dénonce trois points majeurs concernant la politique de santé dentaire. Il s'agit de:

1. l'équivalence des services de prévention
2. la nécessité d'autoriser les hygiénistes dentaires à poser des actes réservés aux dentistes ³⁹
3. la diminution des coûts

Le premier volet porte sur l'équivalence des services de prévention. Une comparaison est effectuée entre le régime des soins de prévention et le régime public de services de prévention. Les facteurs principaux sont l'importance de la première visite chez le dentiste et la compétence de l'hygiéniste dentaire pour effectuer un examen sommaire de la bouche d'un enfant.

Le régime privé de soins de prévention permet aux enfants de bénéficier de trois actes de prévention:

- l'enseignement et la démonstration des mesures d'hygiène
- le nettoyage des dents
- l'application topique de fluorure (deux fois par année) ⁴⁰

³⁹ La délégation des actes n'est cependant pas abordée dans la politique de santé dentaire de 1981.

⁴⁰ A.C.D.Q., op. cit., page 4.

Ces trois actes de prévention sont considérés comme très importants par les dentistes. Ils permettent de constater le degré de préoccupation dentaire de l'enfant et des parents, de plus, si un acte curatif devait être posé, il le serait sur des dents propres.

Le régime public de services de prévention est composé des actes suivant; actes posés par des hygiénistes et, très souvent, à l'intérieur d'une école:

- dépistage
- éducation dentaire
- rince-bouche fluoré hebdomadaire
et pour les enfants considérés à risque élevé:
- nettoyage des dents et application topique de fluorure ⁴¹

L'Association des Chirurgiens-Dentistes du Québec se prononce de façon négative face à ce programme de services de prévention.

L'Association se prononce clairement en endossant la position du U.S. Public Health Service:

" Because dental problems are almost universal among children,
THE ROUTINE DENTAL SCREENING OF CHILDREN IS NON PRODUCTIVE.
It can be safely assume that 95% of children are in need of
some kind of dental treatment services. Thus it is more

⁴¹ A.C.D.Q., op. cit., page 5.

efficient to refer children directly to the dentist for definite examination and treatment. IN MOST CASES, mass screening merely use funds that could be more appropriately be spent for prevention and treatment services " ⁴²

Plusieurs points sont soulevés face à ce programme public: le premier contact enfant-dentiste, le manque de compétence des intervenants de ce service, les conflits hygiénistes vs dentistes (erreur de diagnostic), éducation dentaire insuffisante (une fois l'an à l'école), les mesures optionnelles; nettoyage des dents et application topique de fluorure laissés au bon jugement des hygiénistes et tout ceci en rapport avec les coûts reliés et le budget accordé.

Le deuxième point, la nécessité d'autoriser les hygiénistes dentaires à poser des actes réservés aux dentistes, soulève à lui seul, de nombreuses controverses. L'Association, tout comme l'Ordre des Dentistes du Québec et les trois facultés d'art dentaire ⁴³ s'opposent farouchement à la délégation des actes et ceci, dans le but de protéger la population afin que celle-ci ne soit pas perdante au point de vue de la qualité des soins mais surtout des connaissances requises.

⁴² U.S. Public Health Services, 1980, page 17 cité dans la lettre de l'A.C.D.Q., page 6.

⁴³ Les Facultés des Universités de Montréal, McGill et Laval.

Selon l'A.C.D.Q., le but du gouvernement est de permettre aux hygiénistes dentaires de poser des actes qui ne devraient être posés que par les dentistes qui eux, ont reçu une formation spécialisée dans ce domaine.

En donnant un plus large éventail de fonctions aux hygiénistes, l'Association, appuyée de toute la profession dentaire, dénonce les intentions du gouvernement de vouloir créer des «simulacres de dentistes». " La délégation des actes n'a aucun lien avec le programme de prévention que veut mettre sur pied les autorités gouvernementales. Selon l'A.C.D.Q., ce programme pourrait s'appliquer sans que surviennent de tels changements au sein de la profession.

Le dernier point, la diminution des coûts est source de conflit entre l'Association et le Ministère. Une analyse qu'avait fait faire l'A.C.D.Q. provoqua quelques remous au Ministère. Ce dernier prétendait que les coûts seraient inférieurs à ceux indiqués dans l'étude de l'Association.

" A.C.D.Q., op. cit., page 13.

La position de l'Association est très claire sur ce sujet: il serait très désavantageux d'exclure les services préventifs en cabinet privé; en plus d'être monétairement désavantageux, cela pénaliserait la clientèle. Les services seraient dispensés en groupe et seulement certains patients bénéficieraient de services actuellement offerts gratuitement.

L'attitude de l'Association est donc très évidente en ce qui concerne ces trois points particuliers. La prévention n'est pas un concept rejeté par les dentistes, au contraire, il demeure un concept valable en autant qu'il soit utilisé adéquatement, car l'importance et la qualité des soins donnés demeurent un point majeur dans l'opinion présentée.

La politique de santé dentaire de 1981 fut mise en place à l'époque de la remise en question de l'État en tant que promoteur de programmes sociaux à accès gratuit.

Les préoccupations sociales axées sur le domaine de la santé a amené le gouvernement à étudier un programme à qui on accorde un budget relativement important sans toutefois soulever les "ardeurs" de la population.

En proposant certaines avenues aux chirurgiens-dentistes et en tentant aussi d'apaiser leurs craintes, le gouvernement cherche à promouvoir une nouvelle orientation, celle de la prévention.

C'est à la suite de cette présentation et ces commentaires des intervenants du domaine dentaire que le Ministère décide d'élaborer une seconde politique de santé dentaire en 1984, inspirée fortement des développements et des réactions que nous venons de voir.

CHAPITRE QUATRE: LA POLITIQUE INVISIBLE

La présentation de la politique de 1984 a pour but de mettre en lumière les actions gouvernementales qui se sont modifiées suivant les réactions des chirurgiens-dentistes aux coupures et aux nouvelles orientations qui étaient présentées dans la politique de 1981.

Suivant la description des principaux thèmes et des objectifs de la politique de santé dentaire de 1981, il est de rigueur de mettre en relief ceux de la politique de 1984. Ceci nous permettra de constater les changements et d'analyser l'orientation que tend à prendre le gouvernement.

Nous assistons sans cesse à des coupures de budgets, de personnel, remises à des dates ultérieures de travaux visant l'élaboration de nouveaux programmes, des retards dans la construction d'hôpitaux et ainsi de suite. Certes cette situation n'est pas unique au Québec, elle se produit à travers nombre de pays industrialisés.

A) Les circonstances

Les objectifs et les buts de la santé dentaire n'ont pas changés depuis 1981. Du moins en ce qui concerne l'objectif directeur qui demeure

le suivant:

" favoriser, pour l'ensemble de la population québécoise le développement et le maintien d'une denture naturelle dans une bouche saine, tout en permettant l'accès à la réadaptation fonctionnelle de l'appareil masticateur détérioré" ⁴³

Cet objectif directeur est lié fondamentalement à des principes de base qui démontrent l'importance de la santé dentaire pour une population.

- * Importance de la santé dentaire relativement à la santé en générale de l'individu
- * Importance des mesures préventives
- * Prévention plus avantageuse que des traitements (tant sur le plan sanitaire que financier)
- * Importance d'assumer la responsabilité de la prévention de sa denture; donc, s'attaquer à la mentalité des gens face à la santé dentaire
- * Pour les groupes à risque élevé, une prévention supplémentaire s'avérerait nécessaire
- * Les catégories de citoyens démunis devraient avoir recours aux traitements et cela, gratuitement
- * L'accessibilité aux services dentaires

⁴³ M.A.S., Une politique québécoise de santé dentaire, Québec, 1984, page 16.

Nous pourrions résumer en quelques mots la portée de ces principes de base. Tout en prenant soin de couvrir aussi largement que possible les problèmes, l'accessibilité, la prévention et la modification des habitudes alimentaires demeurent l'essentiel de ces principes.

Comme il est mentionné, l'état de santé dentaire des Québécois se compare désavantageusement avec celui du reste de la population canadienne. La principale cause serait que:

" cette situation résulte d'habitudes de vie nuisibles, à l'indifférence relativement à la santé dentaire et d'un environnement trop souvent défavorable

- L'INCIDENCE DE LA CARIE DENTAIRE chez les jeunes est très élevée;
- L'ÉDENTATION est précoce et très fréquente;
- LA FLUORATION de l'eau est en régression;
- L'ALIMENTATION CARIOGENE est très répandue, surtout chez les jeunes;
- L'HYGIÈNE BUCCALE est déficiente à tous les âges " 46

Comme il est mentionné, la fluoration de l'eau est en régression. Ceci dit, malgré la loi de 1975 47, l'implantation de la fluoration de l'eau est en chute libre. La loi de 1975 devait rendre obligatoire la

46 M.A.S., Une politique...1984, op. cit., page 4.

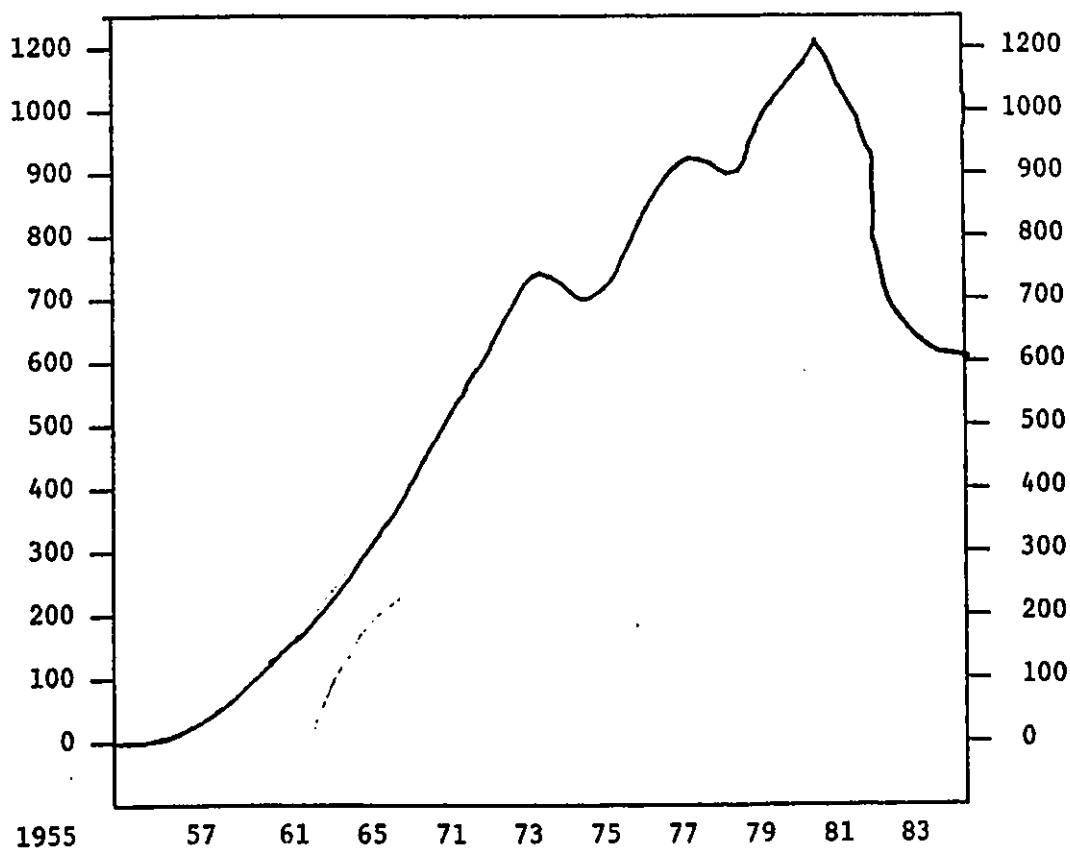
47 Loi modifiant la Loi de la protection de la santé publique (Loi 88, 1975)

fluoration dans toutes les municipalités qui possèdent une usine de filtration. Actuellement, moins de 8% de notre population consomme de l'eau fluorée comparativement à 64% des résidents de l'Ontario. Ce problème place le Québec au dernier rang des provinces canadiennes **.

La politique de santé dentaire de 1984 nous offre un tableau très révélatif en ce qui a trait à la consommation de l'eau fluorée. Le tableau illustre très bien la perte de vitesse de l'action de la fluoration des eaux.

** M.A.S., Une politique...1984, op. cit., page 7.

TABLEAU 9 **

POPULATION CONSOMMATRICE D'EAU FLUORÉE PAR ANNÉE
ENTRE 1955 ET 1983 AU QUÉBEC

Avant d'aborder les mesures d'interventions qu'entend instaurer le Ministère, nous tenterons de dégager les natures exactes des problèmes.

** M.A.S., La politique ... 1984, op. cit., page 7.

B) Les mesures d'intervention

Un des problèmes particuliers qui touche la population et conséquemment le Ministère est le fait que, si à l'heure actuelle, l'état des dents de la population ne s'améliore pas, les habitudes de vie des Québécois ne changent guère non plus.

Les deux principales causes reliées à l'élaboration de cette politique de la santé dentaire, sont la carie et la parodontopathie ⁵⁰.

Ces deux problèmes résultent entre autres des habitudes de vie, de l'alimentation, de la mentalité et de l'éducation de la population telle soit-elle. Ce qui préoccupe les personnes oeuvrant dans le domaine dentaire est la fréquence de ces affections dans la population québécoise.

⁵⁰ La parodontopathie se divise en deux classes:

1. la gingivite est une inflammation réversible de la gencive causée ordinairement par la plaque.
2. la parodontolyse est une infection chronique et en profondeur du parodonte, avec décollement de la gencive et destruction progressive de l'os. Elle peut être arrêtée mais la destruction causée est irréversible.

M.A.S. Une politique ...1984, op. cit., page 55.

Les constatations suivantes ont quelque peu alarmées les intéressés car elles démontraient de façon concrète les problèmes des Québécois en matière dentaire.

LA CARIE CHEZ LES QUÉBÉCOIS:

- * trois fois plus de dommage, chez les enfants, qu'en Ontario
- * la fréquence de carie est deux fois plus élevée chez les adolescents qu'en Ontario
- * l'indice des dents manquantes est huit fois plus élevé qu'en Ontario chez la population de 13/14 ans
- * un quart des personnes âgées ont encore des dents naturelles (onze pourcent sont cariées ou non traitées)

LA PARODONTOPATHIE:

- * près de trois quart des personnes, lors de l'enfance et de l'adolescence sont affectés par des gingivites
- * la moitié des personnes de soixante-cinq ans et plus sont affectées de gingivite ¹¹

Ces raisons ont donc incité le Ministère de la Santé et des Services sociaux à mettre au point un programme d'action visant à réduire les effets néfastes des habitudes de vie de la population.

¹¹ Renseignements tirés de la politique québécoise de santé dentaire de 1984.

Les problèmes d'accessibilité demeurent, eux aussi, une cause de l'état peu reluisant de la santé dentaire des Québécois. Le problème d'accessibilité est d'abord géographique ou territorial; ensuite il en est un d'accessibilité pour les personnes handicapées et finalement pour les personnes âgées.

L'accessibilité géographique prend, depuis quelques années, de plus en plus d'importance tout comme celle relative aux handicapés. Dans un cas comme dans l'autre, on dénote un très grand problème de santé dentaire. Premièrement, le manque de dentistes dans les régions éloignées pénalise les gens car le nombre de dentiste per capita diffère grandement des milieux urbains.

Pour ce qui est de l'accessibilité des personnes handicapées (mentalement et/ou physiquement), le problème demeure. L'étude nous démontre que dans les régions:

Côte-Nord	on compte:	0 cabinet de dentiste en mesure de recevoir et de traiter des handicapés
Nord-Ouest		0 cabinet
Outaouais		0 cabinet
Saguenay-Lac Saint-Jean		2 cabinets
Trois-Rivières		2 cabinets
Estrie		3 cabinets

Gaspésie	4 cabinets
Québec-Métro	9 cabinets
Montréal-Métro	44 cabinets ⁵²

Pour les problèmes d'accessibilité de même que pour les autres préoccupations que nous avons mentionnés antérieurement, le Ministère de la Santé et des Services sociaux nous présente les moyens d'intervention qu'il compte utiliser.

Dans sa politique québécoise de santé dentaire, le Ministère de la Santé et des Services sociaux propose deux différentes parties: une qui traite des mesures préventives et l'autre de l'accessibilité aux mesures curatives.

Il y a trois grandes étapes qui serviront au Ministère afin d'essayer de combattre le mauvais état des dents des Québécois et d'en améliorer leur santé dentaire.

⁵² M.A.S. Une politique...1984, op. cit., page 10.

La première étape vise les interventions sur l'environnement qui touchent l'ensemble de la population. Cette première étape vise avant tout la fluoration des eaux de consommation.

La fluoration des eaux de consommation est un facteur important et qui, depuis quelques années prend beaucoup d'ampleur et de valeur. L'évidence de la nécessité de fluorer les eaux provient essentiellement du fait que:

"Les enquêtes épidémiologiques et les expériences réalisées à ce jour en divers pays ont établi que la fluoration produit généralement une DIMINUTION DE 50% de la carie, aide à prévenir L'OSTÉOPOROSE (porosité accrue et fragilité consécutive de l'os, par perte de sels minéraux), et que les BÉNÉFICES persistent TOUTE LA VIE." ⁵³

En plus de certains autres facteurs favorables à la fluoration de l'eau dûe à ses effets bénéfiques et aux résultats d'études scientifiques positives sur la fluoration, le Ministère entend donc stimuler les efforts en ce domaine par plusieurs mesures comme l'information concernant la fluoration des eaux de consommation, en offrant des subventions qui encourageront les autorités municipales à fluorer les eaux et enfin, d'établir des liens avec le Ministère de l'environnement afin d'en arriver à une politique concernant ce sujet.

⁵³ M.A.S. Une politique...1984, op. cit., page 26 et lexique.

Du point de vue de la communication, le Ministère propose l'instauration d'une campagne de promotion sur la santé dentaire. Malgré le fait que cette mesure cache une clientèle cible, elle s'adresse quand même au grand public. Comme nous l'avons vu antérieurement, le problème de la santé dentaire relève de la mentalité des gens sur ce sujet et, comme nous le démontre un grand nombre d'études, la classe sociale moins favorisée et moins instruite ne s'en préoccupe guère. C'est pourquoi nous pouvons supposer que les campagnes d'information chercheront avant tout à toucher cette clientèle cible.

Enfin, la dernière partie des interventions portera sur l'alimentation. Ce facteur demeure très important pour la santé dentaire. Le Ministère propose de promouvoir davantage une saine alimentation et de recommander que l'on indique, sur les produits, leur composition, leur teneur en sucre et leur pouvoir cariogène.

La seconde étape relève des interventions sur les habitudes de vie des Québécois. Ceci n'est certes pas une mince tâche car elle touche plusieurs aspects. Malgré tout, les résultats escomptés encouragent certainement le Ministère de la Santé et des Services sociaux à tenter sa chance.

Il faudra d'abord convaincre la population de l'importance de consulter un dentiste régulièrement. Ce ne sera chose nullement facile car la mentalité québécoise en ce domaine amène une partie assez considérable de la population à consulter son dentiste qu'en dernier recours. Lequel recours où souvent le curatif devient l'extraction des dents.

Il en va de même avec l'hygiène dentaire qui doit particulièrement être améliorée ainsi que l'usage régulier des fluorures. Ces points rejoignent les habitudes de vie. Cette étape relie directement plusieurs acteurs dans le domaine de la santé. Déjà des actions existent dans ces secteurs comme par exemple la politique québécoise de nutrition.

La dernière étape de la politique de santé dentaire de 1984 vise des groupes particuliers comme les femmes enceintes et leurs enfants; les enfants d'âge pré-scolaire, scolaire, la population adulte et les personnes en établissement. Pour chacun de ces groupes cibles, des mesures préconisées nous sont révélées: assurer une base de notions essentielles visant le maintien d'une bonne santé dentaire, programmes pilotes, études, accessibilité aux services préventifs, etc..

En ce qui concerne l'accessibilité aux mesures curatives, il y a quatre groupes visés dans cette section de la politique québécoise de santé dentaire qui sont:

1. les populations vivant dans les territoires déficitaires en services dentaires généraux
2. les personnes âgées et les personnes hébergées autonomes
3. les personnes nécessitant l'encadrement hospitalier pour des services dentaires généraux
4. les personnes handicapées par suite d'infirmité maxillo-faciales ⁵⁴

Généralement, les mesures préconisées touchent la majorité de ces quatre groupes parce que ces derniers ont un point en commun, celui de l'accessibilité aux soins généraux ou spéciaux.

Dans les mesures envisagées, on y trouvera des programmes de bourses afin d'intéresser les jeunes chirurgiens-dentistes à s'établir en région déficitaires en professionnel de la santé dentaire; à favoriser la présence de dentistes dans les Centres Locaux de Services Communautaires (C.L.S.C.) ou dans les Centres hospitaliers de certaines régions. Ces Centres deviendront des centres de prestations de soins dentaires pour toute la population (rémunération à salaire ou à vacation; pas de revenu

⁵⁴ M.A.S., Une politique...1984, op. cit. pages 8 à 12.

minimum assuré) et, l'utilisation de thérapeutes dentaires ⁵⁵ dans certaines régions. Malgré le fait que ces services seraient offerts dans un C.L.S.C. ou dans un Centre Hospitalier, les services ne seront pas gratuits, sauf bien entendu, ceux qui sont couverts par différents programmes de la Régie de l'Assurance-maladie du Québec.

C) Les projets d'implantation et les coûts

L'implantation d'une telle politique ne s'effectuerait pas instantanément. Le Ministère prévoit un plan quinquennal afin que tout se déroule de façon adéquate et suivant ses actions. Afin de voir à l'application et à la coordination, le Ministère se dotera d'un comité spécial chargé de s'occuper exclusivement de cette politique.

Les coûts reliés aux réalisations envisagées dans cette politique seront d'environ 19,5 millions de dollars répartis sur quatre ans. Ceci en vue d'améliorer et de développer davantage la prévention et les services curatifs offerts. Cependant, il faut noter que le secteur

⁵⁵ Aucune définition officielle n'est émise dans le document; nous supposons donc que ces thérapeutes dentaires seront en quelque sorte des hygiénistes spécialisés.

préventif bénéficiera de plus d'argent que le secteur curatif. Sur le 19.5 millions, 10.2 millions seront affectés à la prévention ⁵⁶.

Le tableau suivant reflète bien l'importance mise sur la prévention et l'accessibilité qui sont d'ailleurs deux points principaux de cette politique de santé dentaire de 1984.

TABLEAU 10
LES SOMMES DEMANDÉES DANS LA POLITIQUE DE SANTÉ DENTAIRE
SITUATION ACTUELLE

\$ Millions dépenses annuelles globales en soins dentaires en 1981	Prévention	Traitements	Accessibilité
300 \$	9,45	100,7	2,65
Proportion par secteur	8	89	2

Dépenses du gouvernement 112,8 \$

IMPACT 1983-1989

Nouveaux crédits	Prévention	Traitements	Accessibilité
19,5	+10,2	+7,2	+2,1
Augmentation par secteur	108	7	95

⁵⁶ M.A.S., Une politique...1984, op. cit., page 49.

Il illustre l'utilisation des sommes demandées dans la politique de santé dentaire de 1984. La prévention, comme nous l'avons vue lors de la présentation de cette politique prend beaucoup d'importance dans les perspectives du service dentaire au Québec. C'est d'ailleurs pour cette raison que plus de 10 millions de dollars y sont alloués sur les 19,5 millions nécessaires à la réalisation de l'objectif de la prévention et de celui de l'accessibilité.

Comme stipulé dans la conclusion de la politique:

" Le M.A.S. considère que la mise en place de la présente politique amènera, dans les années qui viennent, une amélioration marquée de la santé dentaire, en même temps qu'une diminution des coûts, pécuniaires et sociaux, reliés aux problèmes bucco-dentaires constatés dans la politique." ⁵⁷

⁵⁷ M.A.S. Une politique...1984, op. cit., page 53.

CHAPITRE CINQ: LA COMMISSION ROCHON

A) Les circonstances

Suite à la remise en question des services de santé, fut créée la Commission Rochon. Cette remise en question est provoquée par les coupures budgétaires de plus en plus fréquentes dans les programmes existants à l'intérieur du régime de l'assurance-maladie.

Nous pouvons situer la Commission relativement aux transformations s'opérant au niveau de l'État, de sa remise en question en tant que redistributeur des ressources et de gestionnaire des programmes sociaux. Les coupures budgétaires engendrent de nouvelles orientations gouvernementales que nous retrouverons à l'étude du Rapport Rochon.

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux fut créée en juin 1985 pour étudier et évaluer les objectifs, le fonctionnement, le financement et le développement de ces services. L'objectif principal de la Commission était de recommander au gouvernement diverses solutions pour régler les problèmes existants ainsi que des mesures pour en assurer son maintien et son développement ⁵⁸.

Le rapport de la Commission fut déposé au cours du premier trimestre de 1988 après avoir entendu bon nombre d'intervenants. Les nouvelles

⁵⁸ Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, (Rapport Rochon), Québec, 1988.

orientations, quant à elles, sont parues au mois d'avril 1989, suivant la publication des recommandations du Rapport Rochon.

Contrairement à la Commission Castonguay-Nepveu qui aura amené à la création d'un régime d'assurance-maladie, la Commission Rochon ne propose pas l'instauration d'un tel régime: elle analyse et propose une nouvelle forme d'administration et de nouveaux objectifs de santé pour améliorer la qualité et l'efficacité des services déjà existants.

Il n'existe pas, de manière concrète, d'impact réel sur l'amélioration des soins dentaires gratuits ou encore sur l'élargissement de cette gratuité à l'intérieur du Rapport. La Commission se penche davantage sur l'évaluation du système de santé de façon générale, plutôt que sur des problèmes particuliers. Comme on nous l'indique, le Rapport se veut avant tout un outil de discussions et d'évaluation du système pour les intervenants directs.

Lors de la préparation du Rapport, les chercheurs ont invité plusieurs organismes représentant les différents groupes de professionnels de la santé afin d'obtenir leurs opinions sur divers aspects du système. Suivant les directives soumises par la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, nombreux mémoires furent présentés.

Notre étude étant axée sur le domaine de la santé dentaire, nous vous présenterons les commentaires soumis par l'Ordre des Dentistes du Québec (O.D.Q.) à la Commission pour en évaluer leurs impacts et leurs importances lors de la présentation finale du Rapport Rochon.

Le Rapport de la Commission ne démontre pas, à notre avis, la fin de l'État providence mais une restructuration des services afin de viser l'efficacité et la rentabilité d'un secteur d'une importance capitale pour le bien-être physique et mental d'une société.

Les soins dentaires font maintenant partie intégrante de ce concept. Malgré leur peu de popularité, ils sont inclus dans notre système d'assurance-maladie gouvernemental. La présentation des commentaires de l'O.D.Q. sera un complément à cette recherche et structurera notre analyse du rapport sur l'aspect purement "dentaire" de ce dernier.

B) Les commentaires de l'Ordre des Dentistes du Québec

C'est donc en février 1986 que le mémoire de l'Ordre des Dentistes du Québec fut présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Le mémoire comporte plusieurs points et nous tenterons d'en relever quelques-uns qui demeurent, selon nous, les principales causes de certains conflits entre les autorités gouvernementales et les chirurgiens-dentistes.

La première remarque soulignée et probablement la plus remarquée par l'O.D.Q. repose sur l'absence d'une politique de santé dentaire cohérente:

"...se demander combien plus profitables auraient été les actions du gouvernement si elles avaient émané d'une politique de santé dentaire logiquement conçue et clairement définie." ⁵⁹

L'exemple donné concernant l'action gouvernementale est celle de l'établissement de la gratuité des soins dentaires aux enfants (1974) et

⁵⁹ O.D.Q., Commentaires de l'O.D.Q., Montréal, 1986, page 5.

la fluoration des eaux de consommation (1975). Avec la fluoration des eaux de consommation, une diminution de la détérioration de la dentition serait survenue ce qui implique une diminution des coûts, une meilleure efficacité dentaire en plus de rejoindre un plus grand nombre de gens.

Dû au fait que le domaine dentaire demeure marginal face aux autres secteurs de la santé, plusieurs problèmes surgissent et sont spécifiques à ce secteur. Il faut tout d'abord mentionner qu'à l'instar des autres professions, la pratique du dentiste est comparable à celle d'une petite entreprise; le dentiste pratique en cabinet privé. C'est aussi pour cette raison que lorsque le réseau se retrouve face à une réorganisation, le domaine dentaire n'est pas touché car il est indépendant et à l'extérieur du système. Chacun administre lui-même son bureau.

Cette spécificité amène cependant quelques difficultés qui minent les résultats souhaités par l'Ordre des Dentistes du Québec. Comme le rapport de la Commission Rochon se veut un outil de discussions avec les intervenants du réseau, les dentistes se voient quelque peu négligés de même, sont mises à l'écart leurs revendications car elles sont considérées de second plan.

Le domaine dentaire, tel que mentionné par l'Ordre, demeure sans contredit "l'enfant mal aimé" de la population québécoise et du gouvernement. L'indifférence entourant ce secteur expliquerait plusieurs lacunes touchant la planification des besoins dentaires des Québécois, ce qui nuit considérablement à l'élaboration d'une politique claire et distincte.

Malgré le peu d'intérêt pour le domaine dentaire et suivant les recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu, deux nouvelles disciplines sont apparues: l'hygiène dentaire qui a pour objectif de promouvoir une bonne santé dentaire et la denturologie qui elle, voit à la fabrication et à la réparation des prothèses dentaires.

Le manque de précision vis-à-vis le rôle de chacune de ces nouvelles disciplines aura créé et crée encore de la confusion ainsi que de nombreuses tensions dans le domaine dentaire ⁴⁰.

Le manque d'intérêt pour le domaine dentaire laisse à prévoir plusieurs carences dans l'avenir. Le changement de clientèle, l'accessibilité, la participation des dentistes à l'élaboration de plan

⁴⁰ Référence à la délégation des actes.

ou de politique, la participation du public à la prise de décision concernant le fonctionnement de ces services pourraient assurer un avenir décent à la profession dans le réseau gouvernemental (Centre hospitalier régional, foyer d'accueil, etc.). Nous pourrions résumer le tout en citant un extrait de la présentation à la Commission:

"l'absence de données pertinentes à la situation de la santé dentaire des Québécois, à leur attitude envers les soins dentaires et à leur utilisation des services dentaires, a nui considérablement à la planification des services dentaires et à l'application des mesures préventives appropriées dans notre milieu. Un effort important s'impose dans cette voie."⁴¹

La question du financement est aussi soulevée car il faut se souvenir que se sont les usagers qui défraient les coûts des services dentaires malgré la gratuité pour une certaine couche de la population. Il y va donc du degré d'importance accordé aux soins dentaires dans le budget familial pour voir l'assiduité avec laquelle on fréquente le dentiste.

Nous pourrions résumer les inquiétudes et observations de ce Mémoire en rapport à l'inefficacité de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec à cerner le problème dentaire, à établir des statistiques et une politique permettant de prévoir les besoins dentaires à venir et à analyser ceux qui ont été les plus demandés.

⁴¹ O.D.Q., op. cit., page 30.

C) Les nouvelles orientations de la Commission

Suivant la publication du rapport, les nouvelles orientations du Ministère de la Santé et des Services sociaux sont le résultat de l'étude des recommandations de la Commission Rochon.

Ces nouvelles orientations du Ministère de la santé et des services sociaux qui sont parues au mois d'avril dernier (1989), sont une suite logique du Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Tout comme le Rapport Rochon, ces orientations ne touchent guère aux services dentaires. Elles sont plutôt centrées sur un nouveau développement des services de santé, de nouvelles orientations et un cadre d'actions axé sur la protection des acquis en matière de santé.

Le phénomène préventif y est très présent. On observe un grand nombre d'interventions orientées vers une réduction de problèmes de santé et de problèmes sociaux particuliers. Pour faire suite à ce principe, on orientera le service de manière à favoriser l'accessibilité. la

continuité, la qualité et l'adaptation des services en relation directe avec le changement qui s'effectue dans la société québécoise.

Ce changement vers une population vieillissante compromet l'existence de certains secteurs du système de santé. Les besoins se transforment et sont désormais axés vers de nouveaux objectifs définis par le Ministère, à savoir:

- ajouter des années à la vie
- ajouter de la santé à la vie
- ajouter du bien-être à la vie ⁶²

A cette fin, le Ministère propose quatre stratégies qu'il est nécessaire de présenter pour comprendre l'impact des transformations sociales depuis la Commission Castonguay-Nepveu.

1. la prévention des problèmes et la promotion de la santé et du bien-être
2. le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés
3. la coopération multisectorielle
4. le maintien d'un système public fort ⁶³

⁶² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec: Orientations, Québec, avril 1989, page 19.

⁶³ M.S.S.S., op. cit., page 18.

De la prise en main par les autorités gouvernementales du système de santé et ceci, pour nous permettre une qualité de vie plus agréable, afin d'en arriver à sauvegarder et à protéger ce que nous possédions déjà. Les réorientations signifient l'évaluation des services et l'adaptation des ressources disponibles.

La première stratégie est sans aucun doute celle qui touche le plus aux soins dentaires, de fait, elle touche à tous les services du domaine de la santé. Une méthode préventive est reconnue de par son importance d'entre toutes, il s'agit de la fluoration des eaux de consommation. Nous savons que depuis quelques années, les autorités gouvernementales insistent sur l'importance de la fluoration des eaux de consommation; statistiques à l'appui, la fluoration des eaux diminue l'incidence de la carie dentaire. C'est donc là, la reconnaissance du domaine dentaire comme ayant un impact direct sur la santé globale de l'individu.

Au plan de la promotion de la santé, l'importance est axée sur une saine alimentation. On note aussi qu'une bonne alimentation conduit à l'amélioration de la santé dentaire.

L'évolution du domaine de la santé a contribué à élargir les horizons au plan communautaire. Lors de la mise en place de l'assurance-

maladie en 1970. l'action bénévole et communautaire a été mise au rancart pour faire face à l'organisation structurée de la Régie de l'assurance-maladie.

Aujourd'hui, dans les orientations proposées, nous percevons une volonté d'adjoindre l'entraide et le bénévolat aux services publics afin de profiter de leurs apports personnalisés et complémentaires à la tâche des ressources humaines optimales allouées dans la relance envisagée pour les prochaines années dans les services de santé au Québec.

La volonté de promouvoir une meilleure hygiène générale démontre très bien l'orientation budgétaire du gouvernement. Les services de santé coûtent très cher donc, l'instauration de nouvelles dispositions et classifications au sein de la Régie produira des réductions de coût.

Afin de combler une partie du déficit du service de santé et de diminuer les soins dispensés, il faudra trouver de nouvelles sources de revenus pertinentes à ses causes, comme par exemple, des taxes sur les produits néfastes ou encore la perception de certains frais hospitaliers attribués à la négligence de certains comportements humains comme la conduite d'un véhicule en état d'ébriété.

D'autre part, l'État devra se responsabiliser en poursuivant ses efforts pour une utilisation plus rationnelle des ressources attribuées afin de rendre le système plus efficace et d'en réduire les coûts. De la Providence, nous passerons à l'efficacité d'un État moderne.

C'est ainsi que le domaine dentaire sera affecté par des coupures budgétaires et certaines restrictions d'accessibilité. On n'indique pas clairement que les budgets seront réalloués pour la réorientation du réseau mais déjà la stabilité des services offerts ou encore la réduction de ces derniers démontrent bien que le gouvernement n'a nullement l'intention de rendre gratuit tous les services dentaires.

CHAPITRE SIX: L'INTERPRÉTATION

A) La période pré-Castonguay-Nepveu

La première grande étape est celle qui précède la décision de proposer une réforme dans le secteur de la santé. nous l'appellerons: la période pré-Castonguay-Nepveu.

Cette période couvre un large éventail d'évènements tant fédéraux que provinciaux afin de répondre aux attentes de la population dans les domaines sociaux.

Selon la typologie de Blum ⁴⁴, c'est une période que nous pourrions qualifier, en terme de planification, "d'étapisme d'adaptation"; ce qui veut dire, de façon concrète une période de planification minimale et à court terme pour résoudre des problèmes de taille tout en utilisant des solutions faciles pour améliorer "la situation actuelle".

La période pré-Castonguay-Nepveu est déterminante dans la réalisation des progrès connus au Québec sur tous les fronts. C'est une

⁴⁴ Référence au tableau sur les types de planification de H.L. Blum.

période sur le plan des valeurs sociales, tant historiques, culturelles que socio-économiques où se suivent des situations bouleversantes et déterminantes dans l'orientation future des évènements.

Nous sommes à l'époque où le Clergé et les politiciens cherchent, chacun à leur façon, d'éteindre les feux de la nouvelle perception des valeurs sociales. L'exode rural, entre autres, aura transformé la pensée des Québécois qui était centrée sur l'importance de la terre. Ne pouvant plus se nourrir des fruits de leur récolte, nombre d'agriculteurs délaissèrent leur lopin de terre pour venir habiter la ville. Les besoins comme le logement, la nourriture, les soins de la santé devinrent primordiaux, de cela découlent les transformations des valeurs sociales. Le Clergé s'impliqua davantage, les politiciens changèrent peu à peu leurs discours et préparèrent la voie à des modifications profondes pour le bien-être de la collectivité.

La mort du premier ministre Duplessis activa le processus des changements sociaux, ouvra la porte au modernisme et minimisa graduellement l'importance cléricale en prenant partiellement en charge certains secteurs jusqu'à alors réservés au Clergé.

La succession dramatique des chefs de l'Union nationale, la chute du gouvernement, la fin de la période de la "grande noirceur", l'ouverture du Québec sur le monde amena de nouvelles considérations d'ordre social. Ces nouvelles tangentes vont de pair avec l'urbanisation massive, la démocratisation de l'éducation et la montée du modernisme.

Au point de vue social, on assiste à la prise de conscience de la population que la santé est liée à l'économie. Ce changement d'attitudes provoque certains remous car jusqu'à cette période les considérations budgétaires n'étaient pas prioritaires. C'est le début des batailles État-Clergé pour la juridiction de certains secteurs (écoles, hôpitaux, hospices, etc,...). C'est aussi le début des batailles fédérale-provinciales pour la gestion de certains domaines particuliers dont ceux des universités et de la santé.

L'année 1961 fut probablement déterminante dans l'avenir des soins de santé et de leurs juridictions. La loi canadienne de l'Assurance-hospitalisation força le gouvernement provincial à revoir ses ambitions de domination de ce secteur. C'est donc le gouvernement fédéral qui fut, avec ses programmes à frais partagés, l'instigateur de ces changements; les programmes fédéraux étant reçus avec acrimonie au Québec.

Malgré ces "chicanes de clocher", le but principal de cette période demeure un objectif élevé au mieux-être de la population afin d'éliminer les craintes de la maladie et des besoins de première nécessité. Pour répondre aux attentes populaires, l'État se sentit obligé d'intervenir dans le domaine de la santé et des services sociaux et ce, particulièrement dans la gestion et la planification de ces derniers en vue d'amorcer une politique équivalente aux besoins manifestés. La période suivante: Castonguay-Nepveu démontre l'initiative provinciale dans le domaine de la santé.

B) La période Castonguay-Nepveu

La période Castonguay-Nepveu est à la base de la réforme sociale au Québec. Nous pouvons lui appliquer deux types de planification. Le premier type, celui de l'"étapisme dirigé, orienté et cohérent" va de pair avec sa création qui répond, de façon directe, aux interventions fédérales dans le domaine de la santé. Le second type est une "planification d'exploration", elle cherche à influencer les événements dans les orientations privilégiées, de répartir les ressources et d'anticiper certains thèmes "chauds".

L'"étapisme dirigé, orienté et cohérent" se précise à la suite de confrontations fédérale-provinciales. L'annonce de la création d'une

Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social au Québec fut en grande partie consécutive aux démarches fédérales de 1964 en décrétant la Commission Hall ⁶⁵. Malgré ces confrontations, nous assistons au passage de l'État gendarme à l'État providence. Le changement de cap des valeurs sociales influença la mise en place de différentes institutions et politiques. Cette planification était aussi pensée en fonction du laps de temps pouvant s'écouler entre les interventions fédérales si les recommandations d'une commission d'enquête étaient appliquées au Québec.

La création de la Commission Castonguay-Nepveu répond de façon manifeste à la typologie de Blum qui nous présente une analyse, dans un contexte plus large d'objectifs sociaux, élaborant des programmes d'intervention catalyseurs d'idées et d'énergie. La correction des problèmes rencontrés et anticipés est aussi la finalité de tout groupe de travail constitué.

Le second type de planification s'étend sur une plus grande période de temps. Le Rapport de la Commission Castonguay-Nepveu couvre aussi les soins dentaires et les politiques qui en découlent. Car même si on accepte davantage la planification normative pour cette période, la planification d'exploration peut aussi être de rigueur.

⁶⁵ Commission royale sur les services de santé, Ottawa 1964.

Au plan des valeurs sociales, nous découvrons une panoplie d'arguments valables à la création et à la mise en oeuvre d'une Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux au Québec.

L'État providence apporte avec lui une nouvelle "marotte"; le bien-être d'un peuple repose sur son système de sécurité sociale. Au plan des valeurs culturelles, nous assistons à une transformation sociale dans le domaine médical, à sa démystification et à sa démocratisation. Des moyens préventifs de masse sont suggérés comme la fluoration des eaux de consommation. Au plan socio-économique, on prône une meilleure accessibilité aux services et une efficacité optimale du système. Les valeurs sociales sont transformées et axées sur la guérison et subsidiairement sur la prévention de toutes les maladies.

De la création à la mise en application des recommandations de la Commission Castonguay-Nepveu, nous obtiendrons la Régie de l'Assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.). La conception de la Régie vise l'amélioration de la santé des Québécois et de leur bien-être grâce à un accès gratuit à des services de santé de qualité.

Cependant on cherche aussi à améliorer sinon à changer quelques habitudes néfastes des Québécois comme par exemple, leur alimentation. Il n'en reste pas moins que l'objectif général est de regrouper le plus grand nombre de professionnels de la santé afin de permettre l'accessibilité à une vaste gamme de services.

La portée de ces attentes va de l'éducation de la population à l'amélioration de sa qualité de vie et de son espérance de vie. Le regroupement de ces professionnels était le principal objectif pour améliorer la santé globale des Québécois. La Commission, lors de la présentation de son rapport, incita les autorités gouvernementales à procéder de façon graduelle avec l'implantation gratuite de services; on débiterait avec la gratuité des soins médicaux pour ajouter, par la suite, les soins dentaires et optométriques par exemple.

Des services gratuits et équivalents en terme de qualité sont les reflets même de l'avènement de l'Etat providence et de ces conséquences. Le Rapport Castonguay-Nepveu avait pour tâche première de rendre accessible les soins à toute la population, mais aussi de proposer une nouvelle réglementation de la santé par un engagement concret des autorités publiques dans leur administration et leur organisation.

Suivant la Loi de la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (1969) et le Loi de l'Assurance-Maladie du Québec (1970), la gratuité des services médicaux fut officialisée. Sur le plan dentaire, les négociations gouvernementales débutèrent avec les représentants des Chirurgiens-dentistes du Québec (A.C.D.Q.). Budgétairement, à cette époque, il demeurait impensable d'offrir la gratuité des soins dentaires à toute la population comme il était suggéré dans le Rapport de la Commission ⁴⁴. On suggérait d'étendre graduellement les services offerts jusqu'à la couverture complète, ce qui est politiquement rentable.

Au plan des soins dentaires, leur popularité ainsi que leur importance chez la population québécoise étaient particulièrement faibles. C'est pourquoi les recommandations effectuées par les représentants du domaine dentaire ne furent pas reçues avec autant d'intérêt. En 1974, quatre ans après la mise en oeuvre de l'Assurance-Maladie, la gratuité des soins dentaires aux enfants de moins de sept ans était offerte.

La démarche de la Commission pour faire enquête sur tout le domaine de la santé s'orientait aussi sur une nouvelle conception de la santé, de la maladie et de la médecine. Dès les années soixante-dix, le phénomène "prévention" pris de l'ampleur. La couverture progressive des soins visait

⁴⁴ Rapport Castonguay-Nepveu, voir les recommandations touchant les soins dentaires, pp.9-19.

une partie plus spécifique de la population: les jeunes et les femmes enceintes. En indiquant aux enfants dès leur jeune âge, l'hygiène et l'importance d'une bonne alimentation, on tentait d'influencer leurs "avenirs" médical et dentaire. De cette planification à long terme avec une recherche d'un objectif précis qui est d'atteindre un niveau désirable de santé globale, on veut diriger la société vers un changement des valeurs sociales sur l'importance d'une bonne santé.

C) La crise de l'État providence

C'est au début des années quatre-vingt que survient la crise de l'État providence, ce qui équivaut à une rechute de l'interventionnisme de l'État dans le domaine social. C'est l'ère de la prévention, phénomène déjà existant mais placé au premier plan; moins dispendieux et surtout sujet à des résultats bénéfiques à long terme.

Ce résultat et cette situation nous amène à repousser le système, à refaire l'évaluation première du concept de la santé, de l'assurance-maladie.

La Commission Castonguay-Nepveu procéda à une évaluation pour implanter un système de santé, identifia les problèmes, les attentes et les besoins de la population pour en arriver à soumettre des recommandations. De celles-ci, les autorités gouvernementales conçurent la Loi de l'assurance-maladie, un système de santé et la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec.

La planification étant effectuée, des changements de priorités furent nécessaires, découlant directement de la crise budgétaire de l'Etat providence. On retournait donc à l'évaluation complète du régime de santé.

Gérer la décroissance fut le leitmotiv des nouveaux gouvernants. Suivant ce cheminement, nous assistons à des coupures budgétaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. Le domaine de la santé dentaire est particulièrement touché par ces restrictions i.e., diminution de la couverture de la gratuité et coupures de services.

La troisième période étudie plus particulièrement les soins dentaires. C'est le début des années quatre-vingt, crise de l'Etat providence, réductions, coupures budgétaires et changements idéologiques profonds dans le domaine social.

La récession du début des années quatre-vingt amène l'État providence à se transformer afin d'établir des politiques budgétaires plus rigoureuses et faire en sorte que les services alloués cadrent avec celles-ci. Ainsi, nous passons des budgets pour satisfaire les programmes, aux programmes qui devront dorénavant s'adapter et respecter les budgets.

Le secteur de la santé est aussi touché par ces coupures. D'une part, les programmes administrés par le gouvernement deviendront plus sélectifs en fonction des ressources disponibles et d'autre part, les établissements devront gérer leurs services afin d'éliminer tout déficit budgétaire.

Par des études, des documents de travail et de nouvelles politiques, les fonctionnaires ont tenté d'établir une méthode pouvant amener à des changements idéologiques chez la population tout en diminuant les frais généraux du gouvernement. La politique de santé dentaire de 1981 fait donc partie de cette stratégie.

Le type de planification que nous pourrons appliquer sera celui de la "planification normative". C'est une planification du futur. Les ressources sont allouées en fonction de ce qui est souhaité tout en tenant compte des valeurs sociales les plus ancrées dans la population. Même si

la planification normative vise un objectif très précis et qu'elle joue sur les valeurs sociales actuelles, elle cherchera à les influencer afin de parvenir au but souhaité.

La politique de santé dentaire de 1981 répond elle aussi aux caractéristiques de la planification normative. L'état dans lequel le gouvernement se trouve l'amène à faire le choix sur ses priorités. Nous assistons aux diverses coupures budgétaires et, en santé dentaire, une diminution du budget et des services gratuits offerts. Il n'est plus du tout question d'appliquer les recommandations soumises par Castonguay-Nepveu⁴⁷, l'inverse plutôt se produit. Pour tenter de pallier à cette situation et d'éviter la catastrophe, le Ministère des affaires sociales met sur pied un comité chargé d'élaborer une politique de santé dentaire dont l'objectif principal est de:

"favoriser le développement, le maintien ou la réadaptation de la capacité fonctionnelle de l'appareil bucco-dentaire naturel de la population québécoise".⁴⁸

Le contenu de la politique de santé dentaire de 1981 va de pair avec les valeurs sociales véhiculées à l'époque. Au plan historique, un

⁴⁷ Gratuité des soins dentaires à toute la population.

⁴⁸ M.A.S., op. cit., page 21.

phénomène de "déprofessionalisation" fait son apparition. Sans vouloir s'attarder sur les implications sociales et politiques de ce phénomène, il s'agit d'une volonté d'amoindrir l'importance et le prestige des professionnels. C'est l'apparition de plusieurs techniques reliées aux professions, de la démocratisation et de la démystification des professions.

Au plan culturel, on assiste à un changement des valeurs sociales; à l'importance d'une bonne santé, d'une alimentation saine et du conditionnement physique. En santé dentaire, on assiste à une plus grande prise de conscience de l'importance d'avoir une denture saine chez certaines couches de la population. Malgré les mauvaises habitudes alimentaires reconnues chez les Québécois, nous sentons une volonté de changement.

Les valeurs sociales socio-économiques nous conduisent aux préoccupations majeures des Québécois face aux changements budgétaires effectués par le gouvernement. La population ressent une forte inquiétude quant à la nécessité de coupures budgétaires en matière de santé. Les choix sont difficiles, ce qui nous permet de constater que ce sont les actes médicaux qui ont plus "d'importance sociale" que les actes dentaires.

Étant en période de planification normative, le gouvernement procède à des choix dont celui d'opter pour la prévention, nouvelle venue dans les visées gouvernementales. On assiste graduellement à une réorientation du système de santé dans un sens préventif, qui devient, budgétairement parlant, moins coûteux et socialement plus profitable.

En implantant de nouveaux éléments comme par exemple les hygiénistes dentaires dans les Centres Locaux de Services Communautaires (C.L.S.C.), le Ministère tente de rejoindre un plus grand nombre d'individus. Ces éléments correspondent aussi aux objectifs fiscaux prônés par le gouvernement. La cible choisie est l'enfant d'âge scolaire car le principal rôle des hygiénistes dentaires en C.L.S.C. est de diffuser de l'information sur la santé dentaire dans les écoles sur un territoire qui leur est assigné."

L'accessibilité de la personne handicapée (physiquement et/ou mentalement) ainsi que l'accessibilité géographique pour la population en général deviennent des préoccupations de plus en plus importantes pour les autorités gouvernementales. Elles affecteront tous les professionnels de la santé.

" Tel que constaté lors de la présentation d'un travail à l'Université d'Ottawa en 1984 sur les hygiénistes dentaires.

Les coupures dans le secteur de la santé, la réallocation des ressources entre les secteurs auront probablement provoqué l'intérêt nouveau vers la santé dentaire et vers la prévention.

La politique de santé dentaire de 1981 répond aussi aux études et aux statistiques sur l'état peu reluisant de la santé dentaire. Les indications de l'Organisation Mondiale de la Santé, visant à l'amélioration de la santé dentaire de même que le souhait de transformer la mentalité québécoise face au domaine dentaire rejoignent les objectifs gouvernementaux.

L'élaboration et la représentation de cette politique de santé dentaire eu lieu en même temps que les premières coupures gouvernementales dans ce secteur. Le domaine dentaire fut particulièrement touché par ces réductions. Cette réponse gouvernementale avait pour but de diminuer l'impact des coupures dans ce secteur en amenant de nouveaux thèmes et de nouvelles ressources (hygiénistes dentaires en C.L.S.C.). Les directives, les mesures spécifiques et incitatives ne plurent pas aux professionnels. Après la diffusion de la politique à l'Association des chirurgiens-dentistes, les fonctionnaires chargés du dossier eurent un bon aperçu de la réception de leur document.

Les résultats de cette consultation furent plutôt négatifs mis à part la nouvelle importance que prenaient les soins dentaires dans les préoccupations gouvernementales. L'orientation particulière que suggérait la politique de santé dentaire ne fut pas sans contrarier les professionnels du domaine. Le secteur préventif ne leur appartenait plus, il appartiendrait dorénavant au secteur public de s'en occuper.

L'application partielle de la politique de 1981 et les répercussions négatives qui s'en suivirent eurent comme résultat, trois ans plus tard, l'esquisse d'une nouvelle politique de santé dentaire corrigeant et tentant d'améliorer son contenu.

Ce projet de politique de santé dentaire que j'ai appelé: "la politique invisible de 1984" est le fruit d'une intervention gouvernementale inconnue de la communauté dentaire.

Le contenu de la politique de santé dentaire de 1984 ne diffère que de très peu de la précédente. Mis à part les "points chauds" sur lesquels les chirurgiens-dentistes ont réagi lors de la présentation de 1981, la politique de 1984 est plutôt conservatrice; en abandonnant ou mettant en retrait les quelques points qui ont soulevés des commentaires négatifs.

Étant d'ailleurs présentée dans la même décennie, nous pouvons référer de manière convenable aux mêmes valeurs sociales car elles n'ont pas réellement subies de changement drastique. Ces trois années auront cependant fait réaliser que malgré la tendance marquée vers le domaine préventif à l'instar du curatif, la population ne semble toujours pas prête à se faire retirer les services curatifs qui lui sont accordés gratuitement.

Les deux plus grandes influences remarquées au plan des valeurs sociales sont, bien sûr, la préoccupation "médicale" chez les citoyens: une meilleure nutrition pour une meilleure santé/santé dentaire. Une collaboration sociale est nécessaire pour y parvenir, tout en sentant une volonté croissante de la population, divers palliers d'autorités devront s'y tremper (Ministères-santé, éducation & gouvernement municipal). La seconde préoccupation se situe au niveau de l'accessibilité physique et géographique à tous les Québécois pour les soins dentaires.

Étant surtout axée vers les soins préventifs, la nouvelle politique de santé dentaire de 1984 modifie quelque peu son approche qu'elle dirige maintenant vers l'accessibilité ainsi que la prévention. L'objectif général devient:

"Favoriser, pour l'ensemble de la population québécoise le développement et le maintien d'une denture naturelle dans une bouche saine, tout en permettant l'accès à la réadaptation fonctionnelle de l'appareil masticulateur détérioré."⁷⁰

Par ailleurs, on note une attention particulière à la fluoration des eaux de consommation. Parmi les objectifs envisagés pour favoriser la prévention, la fluoration des eaux de consommation tient une place de premier choix, on y dit d'ailleurs: "une politique cohérente de santé dentaire doit placer cette mesure au premier rang".⁷¹

Les caractéristiques de la planification normative s'appliquent aussi à la politique de santé dentaire de 1984.

Ce concept, comme nous l'avons souligné antérieurement se voit avec l'importance accordée à la fluoration des eaux de consommation. Bien que la décision de fluorer les eaux demeure du ressort des gouvernements municipaux, le Ministère des Affaires Sociales (M.A.S.) entend promouvoir la fluoration, subventionner l'achat des équipements et leur installation ainsi que défrayer le coût des fluorures utilisés ⁷².

⁷⁰ M.A.S., Une politique...1984, op. cit., page 16.

⁷¹ Ibid., page 27.

⁷² Ibid.

La fluoration demeure un des meilleurs éléments préventifs accessibles à toute une population si les gouvernements municipaux autorisent son implantation. Sans vouloir s'avancer dans le débat "politique" entourant cette question, il est mentionné que:

"il existe un large accord chez les scientifiques et les professionnels de la santé sur l'efficacité de la fluoration, son innocuité et son faible coût par rapport à toute autre mesure préventive de la carie... C'est pourquoi elle est préconisée comme mesure de base dans tout programme de santé dentaire publique."⁷³

Il va de soi que cette mesure soit préconisée car elle s'applique à tous les utilisateurs et à faible coût en harmonie avec les récentes coupures budgétaires que subit le secteur de la santé.

On accorde un intérêt particulier à l'accessibilité physique et géographique des citoyens pour les services dentaires. L'intérêt manifeste que démontre les autorités gouvernementales relatif à ce secteur les incite à promouvoir leur accessibilité. Les années quatre-vingt sont d'ailleurs très importantes pour la reconnaissance des droits des handicapés. Le facteur géographique est l'autre forme d'accessibilité que le gouvernement met en valeur. Le manque de chirurgiens-dentistes dans certaines régions inquiète le M.A.S.. Dans sa politique de 1984, le M.A.S.

⁷³ M.A.S., Une politique...1984, op. cit., page 26.

préconise l'utilisation des C.L.S.C. comme zone désignée de prestation de services en région éloignée.

Malgré l'intérêt constant montré par les autorités gouvernementales au sujet de la santé dentaire (deux politiques en trois ans), les coupures budgétaires auront affectées ces services. C'est probablement pour cette raison que le concept de la prévention, les mesures préventives de masse telle la fluoration des eaux de consommation et l'intérêt pour l'accessibilité sont devenues plus importantes. Elles sont moins coûteuses et rejoignent un plus grand nombre de personnes. Ces politiques se confondent avec les coupures budgétaires dans les services de santé. Il est très clair que les principes de base de la planification normative sont appliqués. L'orientation est donnée vers la prévention et l'allocation des ressources est attribuée en vue de l'objectif désiré (préoccupation constante du domaine de la santé dentaire) sans toutefois engloutir des fortunes à son fonctionnement.

Les étapes de planification de Blum ne diffèrent guère avec la situation actuelle. L'évaluation des besoins en santé dentaire implique une constante identification des problèmes actuels (coupures budgétaires) et amène à l'analyse, à la conception de nouveaux principes pour les objectifs visés (la prévention comme thème principal) qui seront mis en oeuvre par priorités/étapes et qui seront réévalués. Cette évaluation qui

nous ramène au point de départ des étapes du processus de planification de Blum sera notre dernière partie, celle de la présentation du Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, communément appelée: "Le Rapport Rochon".

La Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux termine notre analyse, le Rapport Rochon en est la dernière étape avant la présentation prochaine d'une nouvelle législation sur la santé et les services sociaux au Québec. Il est aussi un évènement majeur dans le domaine de la santé au Québec depuis la Commission Castonguay-Nepveu.

Nous savons que ces deux commissions avaient le même champ d'étude, les résultats sont différents vu le contexte social dans lequel les recherches ont été effectuées de même que l'objectif général de chacune de ces commissions. Sommairement, la Commission Castonguay-Nepveu devait implanter un système d'assurance-santé alors que la Commission Rochon doit chercher à améliorer ce même système.

Le développement social de la collectivité est orienté par la planification globale, complète et systématique. Cependant, comme le mentionnent Pineault et Daveluy:

"...dans quelle mesure la planification globale et systématique est possible, dans un secteur comme celui de la

santé, sans une planification de tous les autres secteurs de l'économie" ⁷⁴

Par ailleurs, au plan dentaire, il est très difficile d'évaluer l'impact de la Commission Rochon. Nous sentons cependant une stabilité voir aussi un recul (en ce qui a trait à la gratuité) quant à l'évolution du domaine dentaire dans le Rapport. L'expansion de la gratuité ou encore l'universalité des soins dentaires n'y sont nullement abordés.

Nous savons que cette dernière s'est penchée sur plusieurs points critiques et sensibles aux professionnels de la santé, points touchant également le domaine dentaire: la délégation des actes en est un.

Les recommandations de la Commission sur les services de santé et les services sociaux sont générales, sujettes à modification et touchent davantage le côté structurel de notre système.

Nous avons relevé quelques réflexions touchant le domaine dentaire à l'intérieur du Rapport. Cependant, notre objectif de terminer notre analyse avec le Rapport Rochon tient du fait qu'il permet de percevoir

⁷⁴ Pineault R., Daveluy C., op. cit., page 52.

les changements au sein de la société Québécoise et non pas d'analyser une à une ces réflexions.

Nous croyons cependant nécessaire de mentionner les principaux thèmes retenus en ce qui concerne la santé dentaire en tant que nouveau programme, de la fluoration des eaux de consommation, de l'expansion des corporations professionnelles (la délégation des actes vers les hygiénistes dentaires et les denturologistes), l'amélioration de la santé par le biais de la santé dentaire (dents saines/caries) et enfin des stages.

La prévention est le thème majeur du Rapport de la Commission Rochon. Il va s'en dire que la prévention est un phénomène des années quatre-vingt. La prévention devient une stratégie et nécessite une attention soutenue. C'est aussi une mesure qui s'applique à tout le domaine médical. Nous pouvons également constater que si nous mettons l'emphase sur le problème préventif, nous espérons qu'à long terme le curatif diminuera, en conséquence, les dépenses de l'État seront moindres.

CONCLUSION

La modernisation et l'évolution de la société se sont produites très rapidement. A une époque où tout était à faire, l'apparition de l'assurance-maladie du Québec fut l'annonce de grands changements sociaux au sein de la société québécoise.

Nous avons vus les bouleversements et les transformations engendrés par l'État providence. Partis d'une société où les attentes de la population étaient brimées par des gouvernants rébarbatifs à toute modernisation, la fin des années soixante et le début des années soixante-dix sont imprégnées d'initiatives et de projets de politiques sociales.

La mise en place de la Commission Castonguay-Nepveu, la publication de son rapport et l'application de certaines recommandations ont hissé le Québec au niveau d'une société moderne en voie d'accomplissement.

Les valeurs sociales ont donc déterminées les grandes lignes d'une politique de santé provinciale. La création de l'assurance-maladie du Québec répondait aux attentes des Québécois. L'accessibilité gratuite à des soins de santé de haute qualité améliora le niveau de vie de la population. De plus, graduellement de nouveaux services étaient ajoutés au programme initial.

Les soins dentaires faisaient partie de ces ajouts. N'étant nullement envisagés au premier chef dans les priorités du système de santé, les soins dentaires étaient considérés à long terme comme complémentaire aux différents programmes.

En 1974, nous assistons à la mise en place d'un programme de gratuité des soins dentaires pour les enfants en bas âge. Graduellement, la gratuité est étendue et les soins dentaires sont devenus de plus en plus accessibles à certains couches de la population: les enfants et les assistés-sociaux.

Les facteurs économiques sont aussi importants dans la mise en place d'une politique de soins gratuits. Cependant, en se servant du tableau de Blum des valeurs sociales comme source de changement et de la typologie, nous avons vu que les valeurs sociales ont un intérêt inqualifiable dans la prise de décisions politiques. Plus le secteur touché soulève une attention particulière de la part de la population, plus on cherchera à le protéger au détriment des autres secteurs.

Nous avons vu que le domaine dentaire ne provoque pas de grandes passions de la part de la population québécoise. Au contraire, c'est un

domaine que les gens ne favorisent guère. Cependant, il se devait d'être inscrit dans une politique nationale de soins de la santé.

Les années quatre-vingt ont marqué le début de la fin pour l'État providence. Les coupures budgétaires se faisaient de plus en plus fréquentes en atteignant un bon nombre de secteurs. Au lieu de voir se réaliser les promesses faites dans la perspective d'une couverture complète des soins de la santé, nous assistions à une remise en question de l'État providence.

Le domaine dentaire fut un secteur touché par les coupures budgétaires. Nous avons vu diminuer l'étendue des soins offerts de même que l'âge des bénéficiaires. Pour les autorités gouvernementales, le domaine dentaire est un domaine particulier où il est plus facile d'effectuer des coupures car il ne répond pas aux attentes de la population sachant fort bien que les retombées politiques ne seront pas tragiques.

Cependant, les représentants des chirurgiens-dentistes ont exercés une influence qui aura incité le Ministère à créer un comité chargé de mettre sur pied une politique de santé dentaire. La conscientisation de la population par les chirurgiens-dentistes des coupures faites dans ce

domaine ont cependant soulevé l'intérêt de la population voyant par le fait même, venir d'autres coupures dans des secteurs plus importants à leurs yeux.

La présentation de la première politique de santé dentaire avait aussi pour but de calmer les professionnels de la santé dentaire et de chercher une solution pour pallier aux difficultés et aux besoins rencontrés. Voyant que cette politique ne parvenait pas à absorber les coupures et que l'A.C.D.Q. en accord avec l'O.D.Q. veillaient à leurs intérêts, le Ministère entrepris la rédaction d'une seconde politique qui rejoignaient les idées générales et les nouvelles orientations gouvernementales.

Cet intérêt pour le domaine dentaire est lié à la nouvelle philosophie gouvernementale. La prévention devient la nouvelle marotte du gouvernement. La création de cette nouvelle politique aurait normalement dûe provoquer de nouveaux événements dans le domaine dentaire mais à défaut de budget, le Ministère s'est retiré de cette initiative.

Le peu d'intérêt porté par la population pour la santé dentaire aura considérablement nuit à l'augmentation des services et à la préservations des acquis. Au Québec, la santé dentaire ne fait pas encore partie des

habitudes de vie de la population. Le dentiste vient loin après les préoccupations quotidiennes.

Le nouvel intérêt pour le domaine préventif dénote un besoin du gouvernement de se retirer graduellement des soins de la santé. La présentation de la commission Rochon nous a démontré que la principe préventif amènerait la population à se sentir mieux et à moindre coût pour le gouvernement.

Le principe de l'universalité et de la gratuité des soins est et sera remis en cause. Il y a nécessité de transformer les valeurs sociales afin de prêcher un meilleur style de vie que permettra une société axée sur des priorités réelles de la santé. Il y lieu de planifier en fonction de l'efficiencie dans l'allocation des ressources et d'exiger l'excellence dans la prestation de tous les services de santé offerts afin que les valeurs sociales engendrent les changements requis pour satisfaire les nouveaux besoins de la société.

ANNEXE 1

LISTE DES TABLEAUX

1.	Les valeurs sociales comme source de changement.....	13
2.	Les types de planification selon H. Plum.....	17-18
3.	L'état des dents des étudiants de 13-14 ans dans divers pays.....	36
4.	Le nombre moyen de dents cariées par personne au Canada en 1977.....	37
5.	L'indice C.A.O. pour les écoliers de 13-14 ans selon leur lieu de résidence en 1974-78.....	38
6.	Représentations budgétaires des grands secteurs de la Régie de l'Assurance-maladie de 1977-1982.....	62
7.	Représentations budgétaires des grands secteurs de la Régie de l'Assurance-maladie de 1983-1988.....	63
8.	Schéma des différents intervenants dans le domaine dentaire.....	76
9.	Population consommatrice d'eau fluorée par année entre 1955 à 1983 au Québec.....	93
10.	Les sommes demandées dans la politique de santé dentaire.....	103

ANNEXE 2

LEXIQUE DES SIGLES

1. A.C.D.Q. = Association des chirurgiens-dentistes du Québec
2. C.A. = Centre d'accueil
3. C.A.O. = dents cariées, absentes ou obturées
4. C.H. = Centre hospitalier
5. C.H.D. = Centre hospitalier désigné
6. C.L.S.C. = Centre local de services communautaires
7. C.R.S.S.S. = Conseil régional de la santé et des services sociaux
8. D.S.C. = Département de santé communautaire
9. I.Q.O.P. = Institution québécois d'opinion publique
10. M.A.S. = Ministère des affaires sociales
11. M.S.S.S. = Ministère de la santé et des services sociaux
12. O.D.Q. = Ordre des dentistes du Québec
13. O.M.S. = Organisation mondiale de la santé
14. R.A.M.Q. = Régie de l'assurance-maladie du Québec

BIBLIOGRAPHIE

- A.C.D.Q., Association des Chirugiens-Dentistes du Québec - constitution et règlements généraux, Montréal., 1979.
- A.C.D.Q., Dent pour Dent, Association des Chirugiens-Dentistes du Québec, 1978.
- A.D.C., Délibérations de l'Association Dentaire Canadienne, copies de 1970,1982,1983, Ottawa.
- A.D.C., Les progrès des douze derniers mois sont garants de l'avenir de la dentisterie et de la santé dentaire de la population Canadienne, revue de l'année 1988-89, Ottawa.
- BEAUD M. LATOUCHE D., L'Art de la thèse, Boréal, Montréal, 1988, 109 pages.
- BÉGIN M., L'assurance-santé - plaidoyer pour le modèle canadien, Éditions du Boréal Express, Montréal, 1987, 227 pages.
- BLUM H. L., Planning for Health - Development and Application of Social Change Theory, Human Science Press, New York, 1974, 622 pages.
- BLUM H.L., LEONARD A.R., Public Administration - A Public Health Viewpoint, Collier-Macmillan Limited, London, 1963, 532 pages.
- BORGEAT et coll., Administration québécoise: organisation et fonctionnement, Presses de l'Université du Québec, E.N.A.P., Montréal, 1982, 268 pages.
- BRUNET et coll., "Le pouvoir professionnel dans le domaine de la santé et des services sociaux, in Canadian Public Policy Analysis, vol. 2, 1979, p. 168 à 180.
- BRUNET M., La présence anglaise et les canadiens, Éditions Beauchemin, Montréal, 1984.
- CHAPEDELAIN A., GOSSELIN P. et coll., La santé contagieuse - petit manuel pour rendre la santé communautaire, Éditions du Boréal Express, Montréal 1986, 167 pages.
- CHICOINE C., Le temps du réalisme ou constat pour le futur, A.C.D.Q., 1985, 12 pages.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social - l'Assurance-Maladie, Gouvernement du Québec, 1967, 337 pages.

Commission d'Enquête sur la Santé et les Services sociaux. Les services de santé et les services sociaux - Quelques pistes de réflexions. Gouvernement du Québec, 1987.

Commission d'Enquête sur la santé et les services sociaux. Les services de santé et les services sociaux - Problématiques et Enjeux. Gouvernement du Québec, 1987, 221 pages.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Programme de recherche - Recueil de résumés. Québec, 1987, 540 pages.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec, 1987, 803 pages.

Conseil des affaires sociales de la famille. Le virage santéologique - Scénario pour l'an 2000. Gouvernement du Québec, 1985, 116 pages.

Conseil des affaires sociales de la famille. Les coûts de la maladie. Collection: la santé des Québécois. Gouvernement du Québec, 1983, 50 pages.

Conseil des affaires sociales de la famille. Objectif: Santé. Gouvernement du Québec, 1984, 217 pages.

Conseil du premier ministre sur la santé. PASSONS à l'action: Rapport du comité consultatif sur le système de santé. Gouvernement de l'Ontario, 1987, 57 pages.

COUTURE D. Les transformations du corps médical québécois 1960-1980: adaptation d'un monopole professionnel à la domination légale - rationnelle in Revue Politique #12 - Mouvements et acteurs. Société Québécoise de Science Politique, 1987 p. 37 à 62.

DOERN G. B., Public policy in Canada. Macmillan Company of Canada, Toronto, 1979, 339 pages.

DUSSAULT R., Traité de droit administratif Canadien et Québécois. Tome I. Presses de l'Université Laval, Québec, 1974, 979 pages.

DUSSEAULT G., "Dental Services in Québec: issues and changes" in Social Science Medecine, pages 251 à 255.

FELDSTEIN P.J., Financing Dental Care: an economic analysis. Lexington books, U.S.A. 1973, 259 pages.

FINN Ed. Medicare: on the critical list. Canadian Centre for Policy Alternatives, 1983, 16 pages.

FORGET C. E., Développement et implantation de l'idée de régionalisation des services de santé et des services sociaux au Québec in Revue d'administration publique du Canada, vol 17, #1, 1974, p. 26 à 36.

GIGUÈRE M., "Les dentistes pourraient répondre à 99% des demandes chez les jeunes de 0 à 7 ans" in Journal dentaire du Québec, vol. 9, février 1972, pages 23 et 26.

GINER M. M., Synthèse de l'étude sur les soins dentaires gratuits II - M.A.S., Janvier 1982, 3 pages.

Gouvernement du Québec, Journal des Débats à l'Assemblée Nationale, Juillet à novembre 1970.

Gouvernement du Québec, Les coûts de la maladie, collection de la santé des Québécois, Gouvernement du Québec, 1983, 50 pages.

GULLETT D.W., A history of dentistry in Canada, University of Toronto Press, published for the Canadian Dental Association, Toronto, 1971, 308 pages.

HALL, O., L'utilisation des dentistes au Canada, Commission Royale d'enquête sur les services de santé, Ottawa, 1964.

I.Q.O.P., Étude sur les soins dentaires au Québec, Institut Québécois d'Opinion Publique inc., Montréal, octobre 1983.

LAFONTAINE B. Dr., Étude sur les soins dentaires gratuits II -RÉSUMÉ, Direction de la santé communautaire, Québec, Janvier 1983, 10 pages.

LALONDE M., Nouvelle perspective de la santé des canadiens, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1974, 82 pages.

LANDRY R., Introduction à l'analyse des politiques, les Presses de l'Université Laval, Québec, 1980, 384 pages.

LARUE P., Programme de santé dentaire maternelle 1981-82, Département de Santé Communautaire, Centre Hospitalier Régional de Baie-Commeau, Hauterive, Québec, 54 pages.

LEE S., Québec's health system: a decade of change 1967-77, Institut d'administration publique du Canada, 1979, 54 pages.

LEICHTER H.M., A Comparative Approach To Policy Analysis: Health Care Policy In Four Nations, Cambridge University Press, U.S.A., 1979, 326 pages.

LEMIEUX et coll., La régulation des affaires sociales: une analyse politique in Revue d'administration publique du Canada, vol. 17, #1, 1974, p. 37 à 54.

- M.A.S., Carrefour des Affaires Sociales, Vol. 5, #2, 1983, 48 pages.
- M.A.S., Guide de programmation - Services dentaires préventifs pour les enfants - document de travail Québec, 1982, 28 pages.
- M.A.S., Politique de santé dentaire au Québec, Ministère des Affaires Sociales du Québec, document de travail, août 1981, 114 pages.
- M.A.S., Rapport du comité ad hoc du Ministère des affaires sociales pour élaborer le plan des soins dentaires aux enfants de 7 ans et moins, 1970.
- M.A.S., Renseignements utiles en santé dentaire communautaire, Québec, mai 1984.
- M.A.S., Textes préparés pour le rapport 1980-81 du M.A.S., pages 6 à 10, 1981-82, pages 59 à 61, 1982-83, pages 1 à 4, 1983-84, pages 1 et 2.
- M.A.S., Une politique québécoise de santé dentaire, Ministère des Affaires Sociales, 1984, 55 pages.
- M.I.C.Q., Annuaire du Québec, Ministère de l'Industrie et du Commerce, 48e édition, 1966-67.
- M.S.S.S., Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec - orientations, Gouvernement du Québec, Québec, 1989, 147 pages.
- Ministère des finances, Budget 1987-1988, discours sur le budget et renseignements supplémentaires, Gouvernement du Québec, 30 avril 1987.
- MÉDAM A., Montréal interdite, Presses Universitaires de France, France, 1978.
- MOORE J. et al., Programmes de soins dentaires pour jeunes québécois, E.N.A.P., Chicoutimi, 1982, 62 pages.
- Nutrition Canada, Rapport sur l'hygiène dentaire, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Canada, 1977.
- O.D.Q., Aperçu de la problématique de la profession dentaire au Québec, Montréal, 1983, 54 pages.
- O.D.Q., Commentaires de l'O.D.Q. soumis devant la Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, Montréal, février 1986, 42 pages.
- O.D.Q., Les comités de l'Ordre - composition et mandat, Montréal, 1981.
- O.D.Q., Liste des membres, Ordre des Dentistes du Québec, Montréal, 1982, 104 pages.

O.D.Q., Modifications de la structure de l'Ordre des Dentistes du Québec, Montréal, 1983.

O.D.Q., Programme de services dentaires pour les enfants: réplique de l'Ordre des Dentistes du Québec, Montréal, 18 avril 1986.

O.D.Q., Relations humaines et communication dans un cabinet dentaire, documentation pour un atelier de formation, Ordre des Dentistes du Québec, 1986, 43 pages.

O.M.S., Enquête sur la santé bucco-dentaire, Genève, 1977, 74 pages.

O.M.S., Planification et évaluation des services de santé dentaire, Genève, 1976, 37 pages.

O'BRIEN R. (DESAUTELS P. Trad.), Les matériaux dentaires précis et guide de choix, Gaetan Morin éditeur, Montréal, 1987, 504 pages.

ORBAN E. et coll., La modernisation politique du Québec, Editions du Boréal Express, Québec, 1976, 249 pages.

OUELLET A., Processus de recherche - une approche systématique, Presses de l'Université du Québec, 1981, 268 pages.

PATRY M. et coll., L'analyse des politiques gouvernementales, Les Presses de l'Université Laval, Collection d'administration publique Canadienne, Québec, 1983, 302 pages.

PERRON J., Administration sociale et services sociaux, Gaetan Morin Éditeur, Chicoutimi, 1986, 285 pages.

PINEAULT R., DAVELUY C., La planification de la santé - Concepts, Méthodes et Stratégies, Editions Agence d'Arc Inc., 1986, 480 pages.

PRONOVOST L, OUELLET A.M., Étude sur les soins dentaires gratuits - tome II, M.A.S., 1981, pages choisies.

R.A.M.Q., Le Bulletin Vol. 1, #10, 1970, Vol. 2, #19 et 26, 1971, Vol. 4, #2, 6, 7 et 8, 1973

R.A.M.Q., Les services dentaires, statistiques annuelles 1980, Gouvernement du Québec, décembre 1982, 18 pages.

R.A.M.Q., Statistiques annuelles de 1974 à 1989, Gouvernement du Québec.

Rapport du groupe de travail sur la délégation des actes à d'autres que des dentistes - document de travail, Montréal, Octobre 1984, 11 pages.

RENAUD G., À l'ombre du rationalisme, la société Québécoise de sa dépendance à sa quotidienneté, Editions Albert Saint-Martin, Montréal, 1984, 275 pages.

RICHARD L.-H., La responsabilité professionnelle du dentiste, Editions Revue de Droit, Université Sherbrooke, Québec, 1986, 167 pages.

Santé et Bien-Être Social Canada, La santé dentaire: guide pédagogique de la maternelle à la fin du secondaire, Centre d'éditions du gouvernement du Canada, Ottawa, 1981, 121 pages.

Santé et Bien-Être Social Canada, Les régimes d'assurance dentaire au Canada - historique, situation présente et orientation futures, Centre d'éditions du gouvernement du Canada, Ottawa, 1986, 179 pages.

Sociologie et Sociétés, "la gestion de la santé", Vol.9, #1, 1977, Presses de l'Université de Montréal, 159 pages.

SODERSTROM L., The Canadian Health System, Croom Helm Editions, London, 1978, 271 pages.

STAMM et coll., "Principal Dental Health Indices For 13-14 Years Old School Children In Québec" in Journal of Canadian Dental Association, Vol. 46, #2, Février 1980.

STAMM et coll., Dental programs in Canada: Historical development current status and future directions, report prepared for the Minister of National Health and Welfare, Montréal, mars 1984, 344 pages.

STAMM J.W., LEWIS D.W., Consumption of dental services under a universal children's denticare program in Québec, American Public Health Association, New York, novembre 1979.

TAYLOR M.G., Health Insurance and Canadian Public Policy The seven decisions that created the Canadian Health Insurance System, l'Institut d'Administration Publique du Canada, Canada, 1978, 473 pages.

TRÉPANIÉ M.-R. Dr., Texte d'une conférence prononcée dans le cadre d'une réunion des membres de la Société Dentaire Yamaska sur Les rôles et le fonctionnement de l'Ordre des Dentistes du Québec, Granby, 1983.

TRUDEAU P.E., AXWORTHY T.S., Les années Trudeau, Édition du Jour, Montréal, 1990, 425 pages.

VILLEDIEU Y., Demain la santé, Québec Science Éditeur, Presses de l'Université du Québec, Montréal, 1976, 291 pages.

TABLE DES MATIÈRES

DES SOINS A LA PRÉVENTION: L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES
DENTAIRES AU QUÉBEC

SOMMAIRE.....	i
AVANT-PROPOS.....	iii
CHAPITRE PREMIER: <u>LE CADRE D'ANALYSE</u>	
A) Introduction.....	1
B) Le modèle.....	8
C) Les acteurs principaux.....	19
1. Le gouvernement.....	19
2. Les groupes professionnels.....	24
3. La population.....	31
CHAPITRE DEUX: <u>CASTONGUAY-NEPVEU: DE LA SANTÉ A LA SANTÉ DENTAIRE</u>	
A) Un sommaire des interventions étatiques.....	42
B) La publication du Rapport.....	45
C) Les soins dentaires.....	52
CHAPITRE TROIS: <u>CRÉATION D'UNE PREMIERE POLITIQUE DE SANTÉ DENTAIRE - 1981</u>	
A) Les circonstances.....	59
B) La publication et son contenu.....	64
C) Les réactions.....	81
CHAPITRE QUATRE: <u>LA POLITIQUE INVISIBLE DE 1984</u>	
A) Les circonstances.....	89
B) Les mesures d'intervention.....	94
C) Les projets d'implantation et les coûts.....	102

CHAPITRE CINQ: LA COMMISSION ROCHON

A) Les circonstances.....	105
B) Les commentaires de l'Ordre des Dentistes du Québec.....	108
C) Les nouvelles orientations de la Commission.....	112

CHAPITRE SIX: L'INTERPRETATION

A) La période pré-Castonguay-Nepveu.....	117
B) La période Castonguay-Nepveu.....	120
C) La crise de l'État providence.....	125

CONCLUSION.....	140
-----------------	-----

ANNEXE 1: LISTE DES TABLEAUX.....	145
-----------------------------------	-----

ANNEXE 2: LEXIQUE DES SIGLES.....	146
-----------------------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE.....	147
--------------------	-----