

UNIVERSITE DU QUEBEC

RAPPORT DE RECHERCHE PRESENTE A
L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN ECONOMIE ET GESTION DES SYSTEMES
DE PETITE ET MOYENNE DIMENSIONS

PAR
LINA LEBLOND

LE POUVOIR MICRO-REGIONAL EN MATIERE DE SANTE AU QUEBEC:
LE CAS DES SOINS DENTAIRE EN GASPESIE/
ILES DE LA MADELEINE

DECEMBRE 1988

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Aux gens de la Gaspésie/Iles
de la Madeleine

RESUME

La présente étude vise à identifier la nature du pouvoir de la micro-région Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires destinés à sa population. Selon les hypothèses posées, on s'attend à ce que le pouvoir de l'offre de soins dentaires soit entravé par un état de dépendance de la micro-région par rapport au centre, et que la distance séparant les cabinets dentaires de chaque domicile limite l'accès de la population aux soins dentaires. La méthodologie employée consiste en une enquête par entrevues à domicile auprès d'un échantillon de 100 ménages de Gaspésie/Iles. Parallèlement à cela, deux enquêtes postales s'adressent quant à elles aux dentistes et denturologistes pratiquant en Gaspésie/Iles, ainsi que les dentistes ayant quitté la micro-région après y avoir pratiqué quelque temps. Les résultats laissent entrevoir un faible pouvoir de rayonnement de la micro-région ainsi qu'une dépendance envers le centre qui entravent tous deux le pouvoir de dotation et de conservation d'effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles. Quant au pouvoir de la demande, celui-ci apparaît limité par certaines barrières à l'accès aux soins dont principalement la perception des besoins et le coût des honoraires. Ce dernier facteur serait d'ailleurs à l'origine d'un problème d'inégalité d'accès aux soins dentaires au détriment des ménages de plus faible revenu. Par contre, le facteur distance ne semble pas de nature à limiter l'accessibilité aux soins dentaires étant donné l'ampleur de l'espace vécu des ménages de Gaspésie/Iles.

REMERCIEMENTS

Ce rapport de recherche n'aurait pu être mené à terme sans la collaboration de mon directeur de thèse monsieur Bernard Vermot-Desroches. Je tiens donc à le remercier pour sa disponibilité et l'intérêt qu'il a porté à l'égard de ce projet.

J'aimerais également remercier l'Ordre des dentistes du Québec ainsi que l'Ordre des denturologistes du Québec pour leur implication dans cette étude. L'aide technique apportée était nécessaire à la bonne marche de mes travaux.

Je tiens aussi à souligner la participation très appréciée du professeur Antoine Bailly dont les conseils judicieux ont contribué à l'élaboration du schéma d'analyse.

En terminant, je m'en voudrais de passer sous silence la participation des répondants (ménages, dentistes et denturologistes) aux enquêtes. Leur empressement à collaborer à cette étude illustre bien l'hospitalité légendaire des gens de la Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine.

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	viii
INTRODUCTION: LES SOINS DENTAIRES DE GASPESIE/ILES VUS A TRAVERS LE POUVOIR MICRO-REGIONAL.....	1
1. Enoncé de la problématique.....	2
2. Hypothèses de la recherche.....	6
PARTIE I: LE POUVOIR MICRO-REGIONAL ET LES SOINS DENTAIRES COMME OBJET D'ETUDE.....	9
CHAPITRES	
CHAPITRE I.	
APPORT DE LA LITTERATURE AU CADRE D'ANALYSE.....	10
1.1 La région, un concept flou.....	11
1.2 La région en quête de pouvoir.....	18
1.3 Equité et accessibilité.....	31
1.4 L'offre de soins dentaires.....	43
1.5 Les objectifs de la recherche.....	54
1.6 Le cadre d'analyse.....	55
CHAPITRE II.	
ASPECTS METHODOLOGIQUES ET ORGANISATION DES SOINS.....	63
2.1 Les aspects méthodologiques.....	64
2.2 L'organisation du système de soins.....	86

PARTIE II: LES CONDITIONS D'OFFRE ET DE DEMANDE DE SOINS

DENTAIRES EN GASPESIE/ILES.....	97
CHAPITRE III.	
L'OFFRE DE SOINS DENTAIRES EN GASPESIE/ILES.....	98
3.1 La situation générale de l'offre de soins.....	99
3.2 Les caractéristiques générales des effectifs.....	104
3.3 Le choix de la localisation en Gaspésie/Iles.....	113
3.4 Les conditions de pratique et de vie.....	118
3.5 La stabilité du lieu de pratique.....	123
CHAPITRE IV.	
LA DEMANDE DE SOINS DENTAIRES EN GASPESIE/ILES.....	133
4.1 Les caractéristiques générales des ménages.....	134
4.2 La perception des ménages à l'égard des besoins.....	137
4.3 La consommation de soins dentaires.....	142
4.4 L'adéquation offre de soins/attentes des ménages.....	147
4.5 Les problèmes lors de la consommation de soins.....	152
CHAPITRE V.	
LES POUVOIRS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS.....	154
5.1 Les pouvoirs de l'offre.....	155
5.2 Les pouvoirs de la demande.....	170
TABLEAUX.....	182
LIMITES DE LA RECHERCHE.....	215
CONCLUSION.....	216
BIBLIOGRAPHIE.....	221

ANNEXES

A.	CARTE.....	228
B.	QUESTIONNAIRE MENAGES.....	229
C.	QUESTIONNAIRE EFFECTIFS DENTAIRES DE G/I.....	235
D.	QUESTIONNAIRE DENTISTES AYANT QUITTE.....	246

LISTE DES TABLEAUX

1.	Distribution des ménages de Gaspésie/Iles par M.R.C. population réelle et échantillon, 1986.....	182
2.	Echantillon par attributs.....	183
3.	Effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles.....	184
4.	Dentistes ayant quitté la micro-région (1975 et 1986)	184
5.	Evolution du volume d'effectifs dentaires au Québec...	185
6.	Types de rémunération selon les dispensateurs.....	186
7.	Sommes versées par la RAMQ aux dentistes.....	186
8.	Couverture des programmes dentaires.....	187
9.	Répartition des dépenses de la RAMQ.....	188
10.	Distribution des dentistes et denturologistes par région socio-sanitaire.....	189
11.	Distribution des dentistes et denturologistes par M.R.C. du Bas St-Laurent/Gaspésie.....	190
12.	Distance moyenne à parcourir pour atteindre le dentiste le plus près du domicile.....	191
13.	Institution de formation et lieu d'origine.....	192
14.	Lieux de pratique précédant la localisation en G/I....	193
15.	Facteurs de localisation en Gaspésie/Iles.....	194
16.	Intentions lors de la localisation en Gaspésie/Iles...	195
17.	Les facteurs favorables à la pratique en G/I.....	196
18.	Les facteurs défavorables à la pratique en G/I.....	197
19.	Les facteurs favorables à la résidence en G/I.....	198
20.	Les facteurs défavorables à la résidence en G/I.....	199
21.	Nombre d'années de pratique en Gaspésie/Iles et temps de pratique prévu à cet endroit.....	200
22.	Motifs du départ éventuel de la Gaspésie/Iles.....	201
23.	Lieux de relocalisation éventuels.....	202

24.	Région de provenance, région de pratique actuelle et année de départ de la Gaspésie/Iles.....	203
25.	Motifs de départ de dentiste ayant quitté la G/I et facteurs de localisation en G/I.....	204
26.	Distribution des ménages par M.R.C.....	205
27.	Distribution des ménages selon le nb. de membres et les tranches de revenu.....	206
28.	Privation de soins dentaires curatifs et préventifs par les ménages.....	207
29.	Consommation de soins dentaires préventifs et curatifs par la population de G/I.....	208
30.	Privation de soins curatifs selon le revenu des ménages et privation de soins curatifs en raison du coût.....	209
31.	L'absence de soins préventifs réguliers selon le revenu et absence de prévention en raison du coût.....	210
32.	Volume des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles et distribution des effectifs selon les ménages.....	211
33.	Volume des effectifs (secteur environnant) selon les dentistes et denturologistes.....	212
34.	Distribution des effectifs selon les dentistes et denturologistes.....	213
35.	Problèmes encourus lors de la réception des soins.....	214

LISTE DES FIGURES

1.	Déterminants individuels de l'utilisation des services de santé.....	7
2.	La périphérie au service du centre.....	8
3.	Le pouvoir régional en trois paliers.....	21
4.	Le pouvoir micro-régional en matière de soins dentaires	56
5.	Coût des programmes de soins dentaires, Québec, 1971-85	95

INTRODUCTION

LES SOINS DENTAIREs DE GASPESIE/ILES VUS A TRAVERS LE POUVOIR MICRO-REGIONAL

Cette étude du pouvoir de la micro-région Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires est constituée de deux parties principales. La première partie s'intéresse surtout à l'aspect théorique, tandis que la seconde est essentiellement empirique.

A leur tour, chacune des parties de cet ouvrage se subdivise en sections plus précises. Dans le cadre du premier chapitre on présente les différents concepts étudiés vus à travers la littérature ainsi que le cadre d'analyse qui en découle. Le second chapitre s'intéresse dans un premier temps à la méthodologie employée tout au long de l'étude, et traite par la suite du système de soins dentaires du Québec.

La seconde partie comporte trois chapitres. Le chapitre III présente les résultats d'enquête décrivant certains aspects de l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles, alors que le chapitre suivant est consacré à l'aspect demande de soins. Quant à l'analyse des résultats, elle fait précisément l'objet du chapitre V. Finalement, on présente l'essentiel des résultats de la recherche dans le cadre d'une brève conclusion. Mais tout d'abord, examinons la problématique à l'étude.

1. Enoncé de la problématique: La structure démographique du Québec veut qu'une forte proportion de la population soit concentrée sur une faible portion du territoire; le reste étant alors dispersé à travers les régions situées en périphérie. Pour le chercheur Français André Reynaud (1981), cet élément constitue la première caractéristique du centre, alors que la périphérie présente plutôt un volume de population inférieur ou du moins plus dilué à travers le territoire.

Plusieurs auteurs tels que Isard, W. (1956), Reynaud, (1981), Dugas, C. (1983), Aydalot, P. (1985) ont contribué à développer le concept de région empruntant diverses approches relevant de l'économie, la géographie, la sociologie, etc. Aussi, bon nombre d'études ont été réalisées dans le domaine du développement régional notamment Reynaud, A. (1981), Aydalot, P. (1985), Savoie, D.J. (1986) et plus récemment au niveau du développement local Coffey, W.J. (1984), Bailly, A. (1985), Polèse, M. (1986). C'est d'ailleurs dans le cas du développement local que l'on fait le plus souvent appel au concept de petite ou micro-région, que l'on retrouve selon Reynaud (1981) à un niveau inférieur de l'échelle spatiale; c'est-à-dire entre la ville et la région. Quoique plusieurs de ces études diffèrent par les approches que leurs auteurs utilisent, la plupart du temps c'est la dimension du pouvoir qui est mise en cause.

Au Québec, il s'est amorcé depuis quelques années un débat houleux concernant l'opportunité d'une certaine décentralisation du pouvoir au profit d'une plus grande autonomie régionale. En fait, du point de vue des habitants de la périphérie, la décentralisation du pouvoir apparaît souvent comme le moyen ultime de contrer les effets néfastes de l'éloignement des centres décisionnels, et de s'assurer ainsi une meilleure adéquation des décisions politiques aux besoins spécifiques de chaque région (Fréchette, P. et al., 1979).

Parmi les besoins fondamentaux de toute population, figurent les soins de santé. Comme plusieurs autres types de biens, les ressources de santé peuvent elles aussi faire l'objet de disparité régionale. Afin de favoriser l'accès de la population aux ressources de santé sans toutefois violer les règles de base d'un certain libéralisme, le Québec a mis sur pied un système de soins de santé qui tente de concilier les notions d'équité et de libertés individuelles à travers son régime d'assurance-maladie (Contandriopoulos, A.P. (1983)). L'un des principes de base d'un tel système consiste d'une part à préserver le plus possible les libertés individuelles des effectifs médicaux. le second aspect fondamental du système de santé du Québec vise à répondre aux besoins de santé de chacun, indépendamment de sa capacité à payer (Champagne, F. et al. (1983)).

Dans le cas de soins de santé requérant les services de médecins, il va sans dire que le régime d'assurance-maladie du Québec favorise une certaine équité au sein de la population, dans la mesure où il permet d'accroître l'accessibilité financière aux soins (Contandriopoulos, A.P. (1983)); Tessier, G. (1984); Thouez, J.P. et al. (1985). Toutefois, il n'en est pas de même pour tous les types de soins de santé. Nous n'avons qu'à penser à bon nombre de soins issus des médecines dites alternatives que le régime d'assurance-maladie du Québec n'assure d'aucune façon.

À certains égards, nous pouvons également considérer la dentisterie comme un type de soins de santé jugé différemment par rapport aux soins prodigués par des médecins. En effet, contrairement à la plupart des services médicaux rendus par les médecins, les soins dentaires au Québec ne font l'objet que d'une couverture partielle des frais encourus par chaque traitement. C'est à travers divers programmes de soins dentaires que le gouvernement du Québec compte permettre à une certaine partie de la population (plus défavorisée ou requérant davantage de soins) d'accéder à des soins dentaires gratuits.

Néanmoins, si l'on admet que l'accessibilité financière aux soins de santé ne constitue pas en soi l'unique condition au respect du principe d'équité, il s'en suit donc que

d'autres aspects de l'accessibilité aux soins doivent être pris en compte. Par exemple, chez les médecins comme chez les dentistes, le libre choix du lieu de pratique peut entraver une répartition équitable des ressources de santé sur le territoire. De plus, dans le cas des dentistes, les revenus de la pratique n'étant pas totalement assurés par l'Etat, on peut s'attendre à ce que certaines règles du marché influencent davantage la pratique dentaire, et possiblement au détriment d'une distribution équitable des effectifs sur le territoire.

Nous savons actuellement que la répartition des dentistes sur le territoire québécois est telle que le nombre de dentistes disponibles pour un même volume de population est moindre en périphérie par rapport aux régions centrales. En terme d'accessibilité physique aux soins dentaires, les habitants de la périphérie apparaissent également désavantagés par rapport au reste de la population du Québec. Plusieurs auteurs se sont intéressés au problème de la distribution inégale des effectifs dentaires à travers l'espace (Schultz, R. et Haber, S. 1975, Bédard, B. et Brodeur, J.M. 1979, Saucier, A. et Contandriopoulos, A.P. 1982). Inspirés de certaines approches particulières à l'économie, l'épidémiologie, la géographie et d'autres disciplines connexes, les différents aspects de la problématique qui ont été étudiés font généralement référence aux concepts de besoin et demande de soins, à l'accès de la population aux soins

dentaires, aux facteurs de localisation des dentistes, ainsi qu'à d'autres éléments relevant de la planification des services dentaires. Mais comme nous le mentionnions précédemment, la présence d'inégalités entre la périphérie et le centre illustre fondamentalement pour d'autres auteurs (Reynaud, A. 1981, Dugas, C. 1983, Gagnon, A.G. 1985) la relation existant entre la dimension et le pouvoir.

En résumé, on constate que la répartition actuelle des dentistes au Québec désavantage les régions périphériques par rapport aux régions centrales et entrave l'accessibilité aux soins dentaires de la population de la périphérie. Cette distribution inégale des effectifs dentaires au Québec met en évidence la présence d'inégalité entre la périphérie et le centre, et illustre plus fondamentalement la relation pouvant exister entre la dimension et le pouvoir. Le problème qui se pose concerne donc le pouvoir d'une micro-région à l'égard des soins dentaires destinés à sa population.

Suivant la hiérarchisation spatiale proposée par Reynaud (1981), le territoire faisant l'objet de cette recherche correspondrait en fait à la micro-région. On trouvera en annexe une carte du territoire visé par l'étude.

2. Hypothèses de la recherche: Face au problème posé, deux hypothèses principales sont retenues:

1- L'accessibilité physique conditionnée par la distance séparant la population des ressources dentaires entrave considérablement l'équité de la population de Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires.

L'influence de la distance en tant qu'élément de l'accessibilité est prise en compte par la majorité des modèles d'utilisation des services de santé.

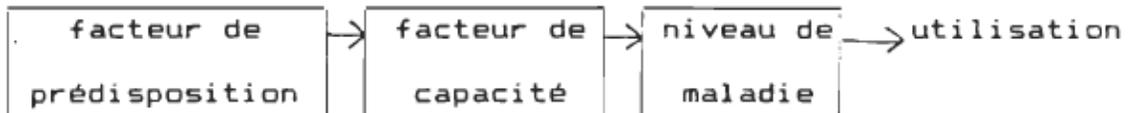


figure 1. Déterminants individuels de l'utilisation des services de santé.

Dans le modèle d'Anderson et Newman (1973) (figure 1), le facteur distance séparant le domicile de l'utilisateur de la ressource de santé serait un facteur de capacité, soit les moyens dont disposent les individus pour utiliser les services de santé. Quant aux deux autres types de facteurs, ils concernent les attitudes personnelles qui prédisposent plus ou moins les gens à avoir recours aux services de santé. Finalement, le niveau de la maladie lui-même ferait en sorte d'inciter la personne à utiliser les services de santé selon la gravité perçue et diagnostiquée de son cas.

2- le pouvoir de la Gaspésie/Iles en matière d'offre de soins dentaires est fortement entravé par l'état de dépendance de la micro-région par rapport au centre.

La seconde hypothèse repose sur l'un des modèles centre périphérie développé par Reynaud A. (1981).

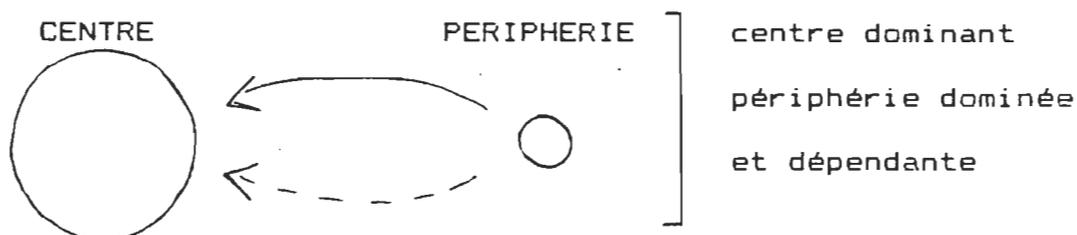


figure 2. La périphérie au service du centre.

Selon ce modèle (fig. 2), la périphérie est dépendante du centre en raison du drainage des ressources de la périphérie effectué par le centre. Dans le cas qui nous intéresse, on s'attend à ce que l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles soit entravée par l'attraction exercée par le centre sur les effectifs dentaires de la périphérie.

PARTIE I

LE POUVOIR MICRO-REGIONAL ET LES SOINS DENTAIRES COMME OBJET D'ETUDE

Pour faire suite à l'énoncé de la problématique ainsi qu'aux hypothèses de la recherche, la présente section regroupe dans un premier chapitre les principaux concepts concernant la problématique à l'étude ainsi que le cadre d'analyse qui en découle

De façon plus pratique, le second chapitre s'intéresse quant à lui aux aspects méthodologiques de la recherche puis à l'organisation des soins dentaires au Québec.

CHAPITRE I

APPORT DE LA LITTÉRATURE AU CADRE D'ANALYSE

La problématique à l'étude fait appel à un certain nombre de concepts que des auteurs ont déjà tenté de définir dans le cadre de leurs travaux de recherche.

Pour les besoins de cet ouvrage, il a fallu se concentrer sur les principaux concepts intervenants dans la problématique posée.

Dans un premier temps, on effectue un bref survol de la littérature concernant la région, après quoi on s'attarde plus précisément au concept de pouvoir régional. En ce qui concerne les soins de santé ou plus particulièrement les soins dentaires, on étudie la demande de soins à travers les concepts d'accessibilité et d'équité, après quoi on présente le concept d'offre de soins dentaires. Les objectifs de la recherche sont formulés suite à cette revue de la littérature, et finalement la dernière partie du chapitre est consacrée au cadre d'analyse.

1.1 La région, un concept flou: Les définitions données au concept de région ont connu une importante évolution à travers les années. Malgré le fait que l'ensemble des auteurs ne s'entendent pas sur une seule et même conception de la région, on remarque tout de même que le concept de région devient de plus en plus souple et que certains aspects humains que comporte la région sont maintenant davantage pris en compte.

Par ailleurs, les premières définitions de la région avaient ceci de particulier qu'elles étaient généralement plus restrictives que les définitions suggérées par les auteurs actuels. Aussi, l'analyse régionale telle que perçue par Isard W. (1956) et Richardson H.W. (1969) s'appuyaient le plus souvent sur des approches formelles telle la comptabilité régionale analysée à l'aide de tableaux input-output.

Dans les lignes qui suivent, nous nous intéresserons davantage aux auteurs qui ont poussé un peu plus loin leur réflexion au niveau du concept de région.

Pour le chercheur André Reyanud (1981), le terme région demeure relatif en ce sens qu'il peut tout aussi bien désigner la petite région où une personne aura vécu depuis sa naissance, qu'un regroupement d'Etats considérés alors comme

de grandes régions du monde. Dans le but d'étudier l'espace social, l'auteur suggère un concept général qui permet de tenir compte des divers degrés de l'échelle spatiale que comporte un territoire. Plus précisément, pour Reynaud (1981), l'étude de l'espace fait appel à la notion de classes socio-spatiales qui désignent " tout groupe social défini par une appartenance spatiale ". Selon son schéma d'analyse, l'espace est considéré comme un ensemble de classes socio-spatiales. A son tour, chaque classe socio-spatiale est divisible en classes élémentaires, correspondant à des niveaux inférieurs de l'échelle spatiale. C'est-à-dire qu'une nation se désagrège tour à tour en régions, villes, quartiers, etc.

Selon l'auteur, la prise en compte des classes socio-spatiales dans l'analyse régionale permet dans un premier temps de considérer tous les niveaux de l'échelle spatiale, et de mettre en évidence par la suite les liens qui permettent la domination de certaines classes socio-spatiales sur d'autres. Etant donné le nombre imposant de classes socio-spatiales composant un espace, Reynaud suggère d'étudier l'organisation de l'espace par le biais de l'opposition du centre à la périphérie.

-Le centre: Tel que mentionné par Reynaud (1981), la première particularité du centre correspond à l'importance

relative de sa population comparativement au poids démographique de la classe socio-spatiale d'où le centre est issu.

Toujours par rapport à la classe socio-spatiale de départ, les autres caractéristiques du centre se résument ainsi :

- un niveau de vie élevé;
- un développement ancien;
- une capacité de production élevée;
- des industries concurrentielles;
- une capacité d'autodéveloppement;
- un pouvoir financier et économique (centres de décision);
- une concentration d'universités et de bureaux d'étude.

-La périphérie: Reynaud définit la périphérie en l'opposant au centre :

- une population inférieure en nombre ou plus éparse;
- un niveau de vie moyen plus faible;
- une prépondérance du secteur primaire;
- des structures foncières inadéquates pour une production rentable;
- des firmes concurrentielles;
- une absence d'autonomie décisionnelle.

Dans cette perspective, la petite ou micro-région se situerait aux niveaux inférieurs de la hiérarchie centre-périphérie. Mais tel que le soulignait auparavant Reynaud (1981), la région demeure un concept relatif.

A l'instar de son confrère Alain Reynaud (1981), Claude Ponsard (1977) considère que de par sa constitution même, la région demeure fondamentalement imprécise. C'est pourquoi la théorie des ensembles flous lui apparaît l'instrument le plus approprié au genre d'univers vague qu'est la région:

Elle permet d'abord d'exprimer qu'une région est, par exemple, faiblement agricole, moyennement industrielle et fortement tertiaire, ou que certains flux sont plus dominants que d'autres et qu'une agglomération en influence plus ou moins d'autres.

(Ponsard, C., 1977)

Selon la théorie des ensembles, un élément appartient ou n'appartient pas à un sous-ensemble donné. Dans le cas de la théorie des ensembles flous par contre, l'appartenance s'exprime par degrés ou niveaux. Il devient alors possible de considérer qu'une région possède plus ou moins telle ou telle propriété.

Dans un récent ouvrage intitulé " Economie régionale et urbaine," un auteur du nom de Phillipe Aydalot (1985) a réalisé pour sa part une synthèse des principaux courants théoriques intervenant en économie régionale. Tel que le mentionne l'auteur, le concept de région serait d'abord apparu chez les géographes au début du siècle. Pour Vidal de la Blache (1955) ainsi que plusieurs autres géographes, la région

apparaît comme une division d'un pays basée sur des considérations de géographie physique et d'histoire. Quant aux économistes, Aydalot (1985) observe que leurs définitions de la région sont souvent dérivées de la géographie et parfois de certaines décisions politiques. Pour l'auteur, les ambiguïtés relatives au concept de région peuvent être reliées à la complexité de l'économie régionale qui fait intervenir dans ses analyses bon nombre d'éléments relevant à la fois du domaine social, politique, économique, etc.

C'est pourquoi l'auteur fait-il remarquer que de par l'influence exercée par les " agents multilatéraux " impliqués dans l'activité économique de la région, cette dernière ne peut être considérée autonome dans la prise de décision. C'est ainsi que pour l'auteur, la région ne peut être définie en tant qu'espace polarisée par une " force motrice locale " :

Il faut voir que la région, contrairement à d'autres concepts spatiaux (comme la ville ou la nation) n'a aucune existence matérielle. Elle est une création de l'esprit qu'aucune frontière naturelle, aucune réalité visible ne vient dessiner.

(Aydalot, P., 1985)

Parmi les découpages que l'on peut faire subir à l'espace, on retrouve la petite ou micro-région. Tel que le précise Aydalot (1985), ce type particulier de découpage du territoire est pris en compte par la théorie du développement endogène ou autocentré.

Tel que le mentionne l'auteur, le développement autocentré fait appel à plusieurs composantes qui viennent alimenter la critique de la société de consommation occidentale. Ainsi, la petite échelle occupe une place importante en tant que composante du développement autocentré. Concrètement, cela signifie que l'on s'efforce de donner la priorité aux petites entreprises, villes et communautés afin de s'assurer une certaine part du pouvoir de décision. Dans le cas qui nous intéresse, on pourrait associer la théorie du développement autocentré à l'expérience du Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec qui fut constitué dans le cadre d'un projet de développement régional planifié. Plus de précisions seront apportées à ce sujet dans la section traitant du pouvoir régional.

Avant de terminer cette brève analyse du concept de région vu à travers la littérature spécialisée, nous porterons notre attention sur des aspects particuliers de la géographie: soit la géographie de la perception. Les auteurs Armand Frémont (1976) et Antoine Bailly (1977) sont deux chercheurs qui ont étudié la région par le biais de la géographie de la perception.

Pour eux, l'étude de l'espace ne doit pas faire abstraction des aspects humains, sans quoi les analyses formelles réalisées n'aboutissent qu'à la définition "d'objectifs". Or, l'espace peut présenter plus qu'un

territoire géographique comportant certaines particularités économiques. Pour Frémont A. (1976), l'espace est considéré avant tout comme un espace vécu, c'est-à-dire un lien psychologique liant l'être humain à l'espace. Ainsi, la région se distingue par la perception de ses habitants et la perception qu'ils s'en font; ce que Frémont (1976) appelle les " images régionales ".

Selon Bailly A. (1977) également, l'étude de l'espace n'apparaît pertinente que dans la mesure où l'on s'attarde aux relations existant entre l'être humain et son milieu. Ainsi, pour Bailly (1977), l'essentiel est de " comprendre la conscience des habitants ".

Les régions sont perçues par le centre comme des aires fonctionnelles et non comme des entités enracinées dans lesquelles les lieux appartiennent aux hommes et les hommes aux lieux. L'espace aliéné, déshumanisé, s'oppose à l'espace vécu enraciné.

(Bailly, A., 1977)

1.2 La région en quête de pouvoir: Dans le cadre de son étude concernant le développement des disparités régionales en Gaspésie, Maryse Grandbois (1983) démontre que depuis le début des années 1960 la Gaspésie souffre d'un état de dépendance que l'Etat a su développer et entretenir par le biais de divers programmes d'aménagement du territoire:

Au cours des années, l'Etat s'est substitué aux compagnies de pêche pour aménager directement cette dépendance, garante d'un contrôle social effectué à distance. La Gaspésie, région éloignée, apparaît depuis toujours vouée à la seule exploitation des ressources de la mer. Les grands programmes d'aménagement des années soixante n'opèrent pas de changements dans cette structure économique, mais resserrent le contrôle de l'Etat sur les activités régionales. Ainsi, la Gaspésie se retrouve encore dans une situation de dépendance, une dépendance instituée, entretenue et reproduite par l'Etat.

(Grandbois, M., 1983)

D'autres auteurs se sont également intéressés à l'implication gouvernementale vis-à-vis le développement régional. Dans le cadre d'une thèse de maîtrise présentée à la faculté des sciences politiques de l'Université Simon Fraser, Alain Gagnon (1979) indique comment l'attitude du gouvernement de la province de Québec s'est modifiée depuis les 50 dernières années à l'égard de la question régionale. Selon son analyse, la crise économique des années 1930 aurait conduit le gouvernement à adopter certaines mesures en faveur du développement régional. C'est ainsi que fut introduit le plan Vautrin incitant la population au retour à la terre dans l'arrière-pays. Toutefois, en raison de l'urbanisation découlant de la "renaissance campagnarde", les politiques gouvernementales visant le développement régional furent

graduellement orientées vers les villes. Tel que le souligne Gagnon (1979), le dépôt du rapport Higgins-Martin-Raynaud (1970) constitue un bon exemple de cette nouvelle orientation politique. Dans ce rapport, les auteurs suggèrent que des programmes de développement limités à certaines régions du Québec pourraient être désavantageux pour la province prise dans son ensemble.

En effet, nous considérons que les efforts de développement pour le Québec doivent porter sur la région de Montréal. Cette région est le seul foyer autonome de dynamisme dans la province de Québec. Par ailleurs, elle constitue un pôle relativement faible et menacé qu'il est urgent de considérer si l'économie de l'ensemble du Québec doit demeurer dans l'orbite des grands courants nord-américains.
(Higgins-Martin-Raynaud, 1970)

En plus de ces stratégies de développement que les auteurs recommandent d'appliquer à Montréal en tant qu'unique pôle de développement au Québec, le rapport fait également mention d'une orientation particulière destinée aux autres régions de la province.

Pour les autres régions du Québec, nous proposons une gestion efficace de la croissance. Une gestion efficace de la croissance consiste à créer ou à renforcer les circuits d'échange entre les régions du Québec et le pôle de développement de Montréal. (...) Une fusion d'entreprises dont l'une aurait ses établissements à Québec et l'autre à Montréal illustre ce que nous avons à l'esprit. Des liaisons aériennes plus rapides entre les régions excentriques et Montréal est un autre exemple.

(Higgins-Martin-Raynaud, 1970)

Finalement, les auteurs ajoutent que la politique de croissance qu'ils préconisent pour les régions du Québec (sauf Montréal) n'entrent pas en contradiction avec un certain interventionnisme gouvernemental. Mais ils insistent sur le

fait que ces interventions doivent être rentables pour l'ensemble de la province.

Des critiques ont été formulées par certains auteurs en regard du modèle de développement proposé par Higgins-Martin-Raynaud (1970). En effet, au terme de son analyse du modèle centre-périphérie appliqué à l'Est du Québec, Alain Gagnon (1979) en arrive à la conclusion que la théorie diffusionniste ne s'applique pas à l'Est du Québec.

En fait, c'est le processus inverse qui se présente; c'est-à-dire, qu'au lieu de voir la prospérité se propager du centre à la périphérie, ce sont plutôt les ressources de la périphérie qui sont venues enrichir le centre aux dépens de cette dernière.
(Gagnon, A., 1979)

Dans son ouvrage intitulé " les régions périphériques: défi au développement du Québec ", Clermont Dugas (1983) a pour sa part précisé les limites de la notion de polarisation à l'égard des régions périphériques.

La notion de la polarisation devient difficile à définir sur ces espaces où les villes ont peu de pouvoir de commandement et dont la taille et la localisation ne leur permettent pas de diffuser de façon satisfaisante pour tous, les services indispensables.

(Dugas, C., 1983)

En guise d'exemple, l'auteur mentionne les fréquents déplacements de la population de la périphérie qui démontre que les gens préfèrent souvent se rendre à Québec ou Montréal pour recevoir certains services, plutôt que de s'arrêter dans leur capitale régionale. Ceci conduit l'auteur à estimer le faible pouvoir d'attraction de ces capitales qui ne semblent pas en mesure d'étendre leur influence sur leur région respective.

Face à ces remarques, nous sommes en droit de nous interroger sur l'étendue réelle du pouvoir régional. Certains auteurs se sont attardés à analyser la nature du pouvoir régional tel qu'il se présente dans l'Est du Québec. Dans le cadre du colloque de 1979 de l'Association des sociologues et anthropologues de langue française (ACSALF), Serge Côté (1979) présentait une communication intitulée " Enjeux régionaux et luttes pour le pouvoir ". L'auteur a procédé à l'analyse du pouvoir régional de l'Est du Québec à travers trois paliers (fig. 3), soit l'Etat, le pouvoir politique local et le pouvoir populaire. Schématiquement, Côté (1979) résume ainsi les relations existant entre les trois secteurs mentionnés précédemment:

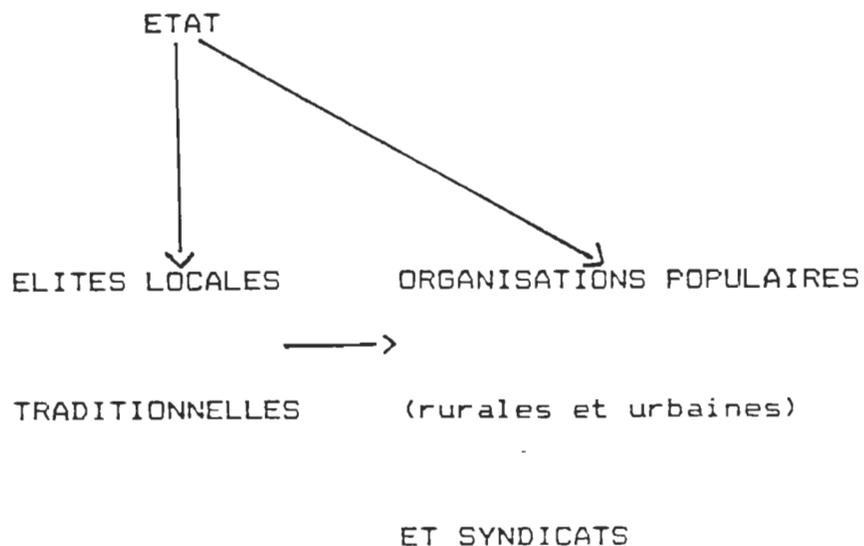


Figure 3. Le pouvoir régional en trois paliers.

a) L'Etat et son pouvoir: Pour Côté (1979), le pouvoir de la région de l'Est du Québec est fortement tributaire du pouvoir de l'Etat:

Certaines décisions sont prises sur place, mais il s'agit en fait d'une déconcentration qui ne peut être assimilée à une régionalisation du pouvoir administratif des ministères. Ce pouvoir est toujours exercé par le centre et toujours soumis à des impératifs.

(Côté, S., 1979)

Selon l'auteur, la déconcentration administrative du pouvoir dans l'Est du Québec est une conséquence de l'application des recommandations faites par le Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec en 1966 (BAEQ).

Plus tard en 1983, Clermont Dugas faisait la même remarque dans une section de son livre portant sur les régions périphériques du Québec. Pour connaître les origines du BAEQ, il nous faut retourner à l'époque de la loi sur l'Aménagement Rural et le Développement Agricole (ARDA) votée en 1961 par le gouvernement fédéral. Dans le but d'appliquer cette fameuse loi, le gouvernement du Québec va entreprendre en 1963 une expérience de développement régional planifié, en mettant sur pied le Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec (BAEQ). Dans le cadre de son mandat général, le BAEQ doit réaliser une " enquête participative " afin de constituer un plan d'aménagement pour tout le territoire allant de Rivière-du-Loup aux Iles-de-la-Madeleine. Après une longue période de consultation, le BAEQ dépose finalement son plan d'aménagement le 30 juin 1966.

C'est après deux ans d'intenses négociations que les gouvernements fédéral et provincial signent finalement une entente de coopération effective pendant cinq ans.

Tel que le souligne Dugas (1983), tous les objectifs du plan furent respectés mais plusieurs programmes n'ont pas été pris en compte dans l'entente officielle. A l'instar de Serge Côté (1980), Clermont Dugas (1983) conclut qu'en définitive, la mise en application de l'entente entraîne une déconcentration de l'administration provinciale dans l'Est du Québec, plutôt qu'une réelle décentralisation du pouvoir de l'Etat.

b) Le pouvoir politique local: Pour Serge Côté (1980) le pouvoir politique local apparaît à travers des organismes tels les municipalités et les commissions scolaires. Toutefois, l'auteur considère que le pouvoir de ces organismes appartient d'abord aux élites traditionnelles de la région plutôt qu'à la population. Ces élites représentées par des notables locaux ainsi que par l'oligarchie d'affaires régionales exerceraient une influence importante dans la région, mais tel que le souligne l'auteur au sujet des représentants des organismes politiques locaux:

(...) il faut préciser qu'ils représentent les intérêts d'une alliance de classes données (notables et oligarchie d'affaires) et qu'ils sont les porteurs d'un projet de développement particulier axé essentiellement sur les

services. Ce projet vise et intéresse les couches de la population disposant d'un revenu relativement élevé et n'offre d'autre place que celle de consommateurs passifs aux petits salariés, aux sans-travail et aux ruraux pauvres, dont la région compte des proportions fort importantes.

(Côté, S. 1980)

c) Existence d'un pouvoir local: Dans le cadre de son analyse du pouvoir régional de l'Est du Québec, Côté (1980) examine le pouvoir local sous deux angles:

- les organisations populaires du milieu rural
- les organisations populaires du milieu urbain

Tel que le précise l'auteur, tout au long de leur existence, ces deux éléments du pouvoir local se sont opposés tour à tour au pouvoir de l'Etat et aux élites traditionnelles de la région.

Pour toutes les organisations populaires ayant besoin à un moment ou à un autre des subventions gouvernementales, l'Etat supervise, normalise, encadre et contrôle la plupart de leurs initiatives. (...) Les organisations populaires ne peuvent à toutes fins utiles, traduire en réalisations que celles (...) qui ont reçu l'approbation de l'Etat.

(Côté, S. 1980)

Le politicologue Alain Gagnon (1985) s'est intéressé tout particulièrement aux groupes populaires et aux rapports qu'ils entretiennent avec l'Etat dans la région de l'Est du Québec. Pour l'auteur, l'analyse de ces rapports permet de mettre en évidence les enjeux politiques en cause au niveau régional.

Globalement, son analyse le conduit à affirmer que l'Etat vise à s'appropriier le maximum de pouvoir par l'entremise d'organismes tels que:

- le BAEQ: Bureau d'Aménagement de l'Est du Québec;
- la CAREQ: Conférence Administrative Régionale de l'Est du Québec;
- le CRDEQ: Conseil Régional de Développement de l'Est du Québec;
- l'ODEQ: Office de Développement de l'Est du Québec;
- l'OPDQ: Office de Planification et de Développement du Québec;
- etc.

Les notables locaux (députés, représentants locaux) pour leur part, convoitent également une certaine part du pouvoir régional par le biais cette fois de regroupements tels:

- l'UMQ: l'Union des Municipalités du Québec;
- l'UCCQ: l'Union des Conseils de Comtés;
- les MRC: Municipalités Régionales de Comtés;
- etc.

Suite à la création des MRC, le gouvernement provincial se devait d'encadrer les groupes populaires de l'Est du Québec afin de s'assurer le mieux possible que l'orientation de la région se ferait en accord avec les choix des députés ainsi que des principaux fonctionnaires en charge des MRC. Hugues Dionne, un chercheur du Groupe de Recherche Interdisciplinaire

en Développement de l'Est du Québec exprime de la façon suivante l'incidence de la création des MRC vis-à-vis des groupes populaires: " En réintégrant les municipalités, par l'intermédiaire des MRC, à la prise de décision, l'Etat paralyse en quelque sorte l'action des groupes populaires. " (Dionne, H., 1983)

Pour Gagnon (1985), si les notables locaux, politiciens et technocrates semblent soutenir la cause régionale, c'est que ceux-ci veulent être appuyés par les groupes populaires afin d'assurer à leurs discours et actions une certaine crédibilité. Toutefois, tel que l'indique l'auteur, le mouvement populaire semble vouloir maintenir une certaine distance par rapport à la lutte politique électorale:

- il ne peut se permettre de diviser ses énergies entre la lutte revendicative et la lutte politique à cause de la rareté de ses énergies;
- il est trop divisé dans ses objectifs et ses réalisations pour s'unifier dans une plate-forme commune qui viserait la prise du pouvoir municipal.

Enfin, Gagnon (1985) ajoute que les interventions dissuasives la récupération ou la répression des agents au pouvoir expliquent également la distance maintenue entre le mouvement populaire et la lutte politique.

Comme nous le soulignons précédemment, avant d'entreprendre son ouvrage sur le développement régional et les groupes populaires, Alain Gagnon a étudié le concept de centre-périphérie appliqué à l'Est du Québec. A cette époque, Gagnon (1979) avait fait porter son analyse entre autres sur différents aspects de la dépendance de l'Est du Québec par rapport au reste du Québec. Dans le cas qui nous intéresse, nous nous concentrerons uniquement sur la dimension de la dépendance politique.

Afin d'analyser la dépendance politique de l'Est du Québec, Gagnon (1979) a examiné particulièrement les éléments suivants:

- la situation économique de la région;
- le poids démographique de la région / population du Québec;
- la conscience régionale de la population;
- le vote de protestation dans la région.

- La situation économique: Selon l'auteur la dépendance économique du Québec peut être directement reliée à l'impact de la conquête anglaise, à l'omniprésence et l'omnipotence de l'Eglise catholique ainsi qu'au rôle des gouvernements fédéral et provincial à travers l'histoire.

- Le poids démographique: Pour Gagnon (1979), le faible pourcentage que représente la population de l'Est du Québec par rapport à la province, la dilution de cette population sur un territoire très étendu, ainsi que le dépeuplement de la région sont tous des facteurs qui contribuent à la dépendance politique de la région.

- La conscience régionale: Selon l'auteur, l'absence d'une conscience régionale dans l'Est du Québec affaiblit considérablement la population dans ses revendications politiques. Pour illustrer cet état de fait, Gagnon (1979), relate un moment de l'histoire de la Conférence Municipale de l'Est du Québec (COMÉQ) lorsque la ville de Rimouski avait décidé de se retirer de la Conférence en guise de protestation, face à la décision de refuser un traversier-rail à la ville de Rimouski pour le localiser plutôt à Matane.

La région a un urgent besoin de se rendre compte de l'importance que revêt l'apparition d'une conscience régionale. Lorsque les gens auront compris cela, ils pourront à ce moment former une population solidaire face aux milieux politiques et économiques.

(Gagnon, A., 1979)

- Le vote de protestation: Une analyse des résultats électoraux de 1935 à 1978 ont permis à l'auteur de démontrer que l'Est du Québec votait habituellement pour le parti ayant le plus de chances d'être porté au pouvoir. Comme le souligne Gagnon (1979), ceci peut être associé à un vote de

protestation en ce sens que la population ne vote pas nécessairement pour le gouvernement en place. Puis, l'auteur poursuit en signalant que le gouvernement provincial a tenté de diminuer ce vote de protestation mais a toujours été limité dans ses actions par la structure politique du pays qui veut que la juridiction des secteurs problématiques tels le bien-être social, l'éducation et la santé soit partagée entre les paliers fédéral et provincial.

Dans son étude intitulé " Y a-t-il un avenir pour les régions ? " Pierre Fréchette (1977) commente ainsi les limites du gouvernement provincial à l'égard des politiques régionales:

Le gouvernement provincial peut intervenir dans plusieurs sphères d'activités à l'exception des plus importantes: politique monétaire, politique fiscale, politique tarifaire, (...) etc. De plus, ces interventions sont limitées par le fait que les ressources se trouvent surtout à Ottawa.

(Fréchette, P., 1977)

Au terme de son analyse de la dépendance politique de l'Est du Québec, Gagnon (1979) conclut:

La dépendance politique s'atténuera lorsque la conscience régionale se consolidera, que l'économie s'assainira et que la population cessera d'appuyer automatiquement le parti politique qui a le plus de chances de remporter la victoire aux élections.

(Gagnon, A., 1979)

En définitive, on peut considérer que la notion de dépendance est un élément auquel une majorité d'auteurs ont fait allusion (en termes précis ou de façon plus indirecte) à un moment ou à un autre au cours de leurs travaux concernant

l'analyse du pouvoir régional. A cet effet, mentionnons cet extrait d'une communication que Lizette Jalbert présentait dans le cadre du Congrès de la Société Québécoise de Sciences Politiques de 1983:

Le développement des luttes autour de la question régionale a contribué à développer la logique qui sous-tendait les politiques nationales. Elles ont indiqué que les rapports du centre à la périphérie étaient loin d'être basés sur les avantages comparés de chacune des régions pour le plus grand bien de toutes, mais reflétaient des rapports de dépendance et de soumission. (...) l'intervention unificatrice de l'Etat a toujours eu tendance à favoriser l'assimilation, brimant ainsi les autonomie locales.

(Jalbert, L., 1983)

Si l'on se rapporte aux propos de Jacques Godbout (1980) chercheur A l'INRS Urbanisation, cet état de dépendance de la région envers l'Etat semble d'ailleurs bien protégé par les structures politiques en place dans la province.

C'est dans le secteur public que l'unanimité des chercheurs est la plus explicite: quel que soit le domaine considéré, affaires sociales, santé, institutions scolaires, municipales, régionales, tous concluent que les structures créés par l'Etat Québécois depuis quinze ans sont inaccessibles (voir allergiques...) aux citoyens.

(Godbout, J., 1980)

1.3 Équité et accessibilité: L'équité et l'accessibilité sont deux concepts qui s'apparentent l'un à l'autre. La première partie de cette section traitera particulièrement de l'équité, après quoi le concept d'accessibilité sera abordé à son tour.

a) L'équité: La recherche de l'équité en matière de soins de santé a donné lieu à plusieurs approches.

Selon l'auteur N. Daniels (1982), l'équité devrait être considérée comme l'accessibilité à un minimum de base décent en fait de soins de santé. Pour Daniels (1982), ceci nécessite toutefois la présence d'un certain volume de ressources de santé. Afin d'éviter une distribution inégale de ces ressources, l'auteur recommande de conscientiser la profession médicale par rapport à ses obligations envers la société.

Selon Thouez et al. (1985), l'équité des soins de santé au Québec apparaît entravée par la mauvaise répartition géographique des médecins sur le territoire. Face à cette situation, les auteurs considèrent que l'intervention de l'Etat est nécessaire pour le respect du principe d'équité en matière de santé au Québec. Toutefois, le type d'intervention auquel font allusion les auteurs devrait respecter à la fois les libertés individuelles des consommateurs de soins de santé

d'une part, et des producteurs de ces soins d'autre part.

Champagne et al. (1983) se sont également intéressés à la notion d'équité appliquée au système de soins de santé du Québec. Dans un premier temps, les auteurs ont analysé le système de santé sur le plan de l'équité et du respect des libertés individuelles. Par la suite, ils ont tenté d'évaluer les performances du système en se basant sur l'utilisation des ressources de santé par la population, ainsi que par l'appréciation des coûts qui s'y rattachent. Selon les auteurs, la notion d'équité que soutient le système de santé québécois est dérivée du concept de besoins de soins de santé. Ainsi, l'allocation des ressources se fait en fonction des besoins de la population plutôt que selon d'autres principes tels la capacité à payer, le statut social, la localisation géographique ou encore l'apport des contribuables au système de production. Également, le principe d'équité exige de permettre à l'ensemble de la population des services de qualité comparable. Finalement, les auteurs soulignent que la recherche de l'efficacité peut aussi être reliée à la notion d'équité dans la mesure où les programmes de santé fonctionnant grâce à des fonds publics, ceux-ci doivent viser l'efficacité dans l'intérêt de la population.

Dans le cadre de leur analyse du système de santé québécois, Champagne et al. (1983) ont résumé sous forme de

tableau les principales caractéristiques qui en font un système de santé orienté vers le principe d'équité:

Caractéristiques générales:

- programme d'assurance universel et global sans déduction ou ticket modérateur;
- financement public et administration par une organisation sans but lucratif;
- décentralisation de la prise de décision (CRSSS, DSC, CLSC).

Services médicaux:

- limitation des possibilités pour le médecin de ne pas souscrire aux principes des programmes (dissuasion quant aux dépassements d'honoraires; honoraires versés par un tiers payant);
- mesures incitatives à une répartition géographique équitable;
- existence d'une médecine en CLSC;
- standardisation et surveillance de la qualité.

De la même façon, les auteurs ont voulu également démontrer le respect des libertés individuelles dont fait preuve le système de santé du Québec:

Caractéristiques générales:

- libertés garanties par les chartes canadiennes et québécoises des droits et libertés de la personne;

Services médicaux:

- liberté pour l'individu de choisir son médecin;
- liberté pour le médecin de choisir sa spécialité, son type et lieu de pratique et sa clientèle. En pratique privée, le médecin est seul responsable des coûts de fonctionnement de son cabinet;
- liberté pour le médecin de choisir son mode de rémunération;
- liberté pour le médecin d'adhérer aux programmes d'assurance-maladie;
- négociation de la tarification et des modalités de paiement entre les associations médicales et l'Etat;
- libertés thérapeutiques et contrôle de la qualité de la pratique par les pairs.

Malgré la persistance de certaines inégalités au niveau de la disponibilité des ressources ainsi que de l'utilisation des services de santé au Québec, Champagne et al. (1983) considèrent en définitive que la base de l'organisation du système de santé Québécois dénote d'un certain respect de l'équité et des libertés individuelles.

Derrière les caractéristiques du système, on peut lire en effet la volonté de favoriser un aspect à une équité et à une qualité de soins qui soit reliée aux besoins, d'assurer une certaine efficacité et de permettre la liberté de choix lorsqu'une telle notion s'applique.

(Champagne et al., 1983).

Au terme d'une étude de l'économie du système de santé québécois, Contandriopoulos (1983) en arrive à la conclusion que le niveau d'équité auquel le système de soins peut prétendre est conditionné par son respect des libertés individuelles.

Tel que le souligne l'auteur, les ministres fédéraux de Santé et Bien-Être Canada ont souvent rappelé l'importance de l'application des quatre grands principes dont s'inspire l'organisation des services de santé dans les différentes provinces du Canada:

- l'universalité;
- le caractère complet de services offerts;
- la transportabilité des avantages d'une province à l'autre;
- la gestion des programmes par un organisme à but non lucratif.

Toutefois, Contandriopoulos (1983) rappelle que le système de soins mis en place au Québec se devait de respecter les libertés individuelles afin de ne pas déroger de l'idéologie fondamentale de la politique provinciale. C'est pourquoi les professionnels de la santé conservent une certaine marge de manoeuvre à l'égard de leur pratique. Postulant que le niveau de satisfaction de la population augmente suivant l'accroissement du volume de soins reçus, l'auteur réaffirme l'importance d'un mécanisme de contrôle destiné à freiner la progression des coûts reliés à la santé:

Quand le principe d'équité d'accès aux services de santé est retenu, c'est-à-dire quand une société refuse que la capacité à payer des personnes malades soit une barrière à l'utilisation des services que leur état requiert, alors les seuls éléments qui permettent de freiner la croissance des coûts résident dans l'éthique professionnelle des médecins et dans leur rationnement des ressources, rationnement qui pour coexister avec le principe d'équité demande l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé.

(Contandriopoulos, 1983)

b) L'accessibilité: L'accessibilité constitue un élément déterminant de l'équité des soins. A partir d'une recension de la littérature concernant ce concept, Penchansky et Thomas (1981) ont identifié cinq grands types d'accessibilité:

- la disponibilité;
- l'accessibilité géographique et physique;
- l'accessibilité organisationnelle;
- l'accessibilité financière;
- l'accessibilité socio-culturelle.

- La disponibilité: Cette facette de l'accessibilité aux soins concerne la quantité de ressources disponibles par rapport à l'ampleur des besoins. Ici l'accessibilité aux soins est entravée dans le cas de l'absence des ressources requises.

- L'accessibilité géographique et physique: Ce type d'accessibilité se rapporte à la localisation des ressources de santé par rapport à celle des patients. Ici on doit donc tenir compte des facteurs tels que les moyens de transport, le temps et les coût de transport, etc.

- L'accessibilité organisationnelle: Cet aspect de l'accessibilité aux soins concerne les modalités selon lesquelles les soins sont dispensés. Dans ce cas, on s'intéresse surtout à des facteurs tels que le système de rendez-vous, les heures d'ouverture des cliniques, etc.

- L'accessibilité financière: L'accessibilité financière aux soins dépend des dispositions financières du patient vis-à-vis le coût des soins. Ce type d'accessibilité peut également concerner la perception du patient envers la valeur associée au coût des soins.

- L'accessibilité socio-culturelle:
L'accessibilité socio-culturelle est généralement déterminée par l'attitude du patient à l'égard des caractéristiques personnelles des professionnels de la santé, du système de

soins et du concept de santé lui-même. La perception qu'un individu a de ses besoins en soins de santé illustre bien ce concept. Ainsi, malgré l'expérience de besoins réels en soins de santé, le fait de ne pas percevoir chez soi de tels besoins empêche automatiquement l'accès aux soins requis. Dab et al. (1979) définissent ainsi les besoins réels et ressentis:

- les besoins réels: moyens curatifs, préventifs et de réadaptation nécessaires à l'atteinte de l'état de santé idéal.
- les besoins ressentis (ou perçus): moyens curatifs préventifs et de réadaptation nécessaires à l'atteinte de l'état de santé idéal correspondant à la perception d'un individu ou d'une population.

Dans leur étude concernant la santé dentaire des personnes âgées du Québec, Brodeur et al. (1982) ont démontré que la perception des besoins en traitements dentaires était influencée par des variables telles que la scolarité. Ainsi, ils ont observé que les besoins perçus en soins dentaires (toutes catégories) chez les personnes de 65 ans et plus augmentaient selon la scolarité, alors que les besoins diagnostiqués étaient à peu près également importants chez ces personnes.

En ce qui concerne l'évaluation de l'accessibilité de la population aux soins de santé, Gérard Bélanger (1981) spécialiste de l'économie du secteur public du Québec, identifie deux approches principales:

- L'approche par L'INPUT: correspond à la consommation de services de santé par la population;
- L'approche par l'OUTPUT: habituellement mesuré à l'aide d'indicateurs de santé tel que le taux de mortalité.

A titre d'exemple pour l'approche par l'INPUT, notons l'étude de Villeneuve et Giner (1976) qui se sont intéressés aux caractéristiques socio-économiques des parents d'enfants québécois ayant reçu des soins dentaires gratuits dans le cadre d'un programme du gouvernement provincial. Les résultats de leur étude ont démontré que les enfants qui utilisaient le plus souvent les services dentaires étaient issus des milieux les plus favorisés du point de vue revenu et éducation.

Une autre étude découlant de l'approche par l'INPUT a été réalisée quant à elle par deux chercheurs américains O'Mullane et Robinson (1977). Les auteurs ont testé l'hypothèse voulant que l'utilisation des services dentaires des enfants de toutes les classes sociales était dépendante de

l'accessibilité aux soins en termes de ratio dentistes/population. Deux villes du Nord-Ouest de l'Angleterre ont été sélectionnées pour les fins de l'enquête. La première affichait un ratio défavorable de un dentiste pour 4 631 habitants. La seconde ville présentait quant à elle un ratio favorable d'un dentiste pour 2 505 habitants.

Les résultats démontrent que tous les enfants issus des classes sociales inférieures recevaient moins de soins dentaires que les autres. Par ailleurs, là où le ratio dentistes / population était favorable l'utilisation des services dentaires s'est avérée supérieure chez toutes les classes sociales. Toutefois, les auteurs ont remarqué que les enfants de la classe sociale supérieure recevaient beaucoup de soins dentaires indépendamment du ratio dentistes / population de leur ville. Pour eux, ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces enfants bénéficient d'une éducation dentaire importante.

En conclusion de leur étude, les auteurs recommandent une meilleure distribution des effectifs dentaires sur le territoire afin de favoriser l'accessibilité aux soins.

Dans le cadre d'une étude réalisée pour la tenue d'un colloque de l'Ordre des dentistes du Québec en 1981,

Contandriopoulos (1981) s'est intéressé au problème de l'accessibilité de la population aux soins dentaires par l'analyse de la qualité des soins. Utilisant à la fois l'approche par l'INPUT et l'OUTPUT, l'auteur a identifié trois dimensions du concept de qualité. L'une de ces dimensions correspond au degré d'adéquation existant entre les besoins de la population et le système de soins. Suite à son analyse, Contandriopoulos (1981) en arrive à identifier un problème d'accessibilité aux soins dentaires au Québec, et cela au désavantage des régions éloignées. Il constate également que certaines catégories de la population ne jouissent pas d'une accessibilité égale au reste de la population en matière de soins dentaires. Ces groupes cibles sont les personnes âgées, les handicapés physiques et mentaux et les malades chroniques hospitalisés.

Le chercheur Russel Wilkins (1983) a réalisé quant à lui plusieurs études en appliquant l'approche par l'OUTPUT. Aussi, la plupart de ses ouvrages traitent des inégalités socio-économiques de la santé des Canadiens-nes et Québécois-es. Les indicateurs généralement utilisés par l'auteur concernent la mortalité, la limitation des activités et l'espérance de vie qu'il met par la suite en relation avec des variables socio-économiques telles que l'âge, le sexe et le lieu de résidence, la taille de la communauté, le revenu, le type d'occupation, etc.

En conclusion d'un article publié à la suite d'une série de séminaires portant sur la santé de la population canadienne, l'auteur conclut qu'en dépit de diverses mesures gouvernementales destinées à favoriser l'état de santé de la population, il apparaît clairement que les segments de la population les plus désavantagés du point de vue socio-économique continuent à souffrir d'un état de santé moins favorable que celui du reste de la population.

1.4 L'offre de soins dentaires: L'offre de soins dentaires est une notion à laquelle se sont intéressés bon nombre d'auteurs. Aussi, plusieurs aspects de ce concept ont été analysés jusqu'à maintenant. Toutefois, nous nous concentrerons ici sur les éléments les plus susceptibles de fournir des informations pertinentes concernant le phénomène étudié. Les informations découlant de ces analyses ont été regroupées en deux, soit les indices de l'offre de soins, et le choix du lieu de pratique.

Dans le cadre de leur recherche, les Québécois Saucier et Brodeur (1981) ont tenté de mesurer l'offre réelle des services dentaires dans la province de Québec, en tenant compte de la possibilité que des régions mal desservies soient voisines de régions mieux pourvues en fait de dentistes, et qu'elles puissent ainsi compenser leur pénurie d'effectifs dentaires.

Comme point de départ, les auteurs ont procédé à la classification des 76 divisions de recensement du Québec selon la nature du rapport dentistes / population. Par la suite, six sous-groupes ont été identifiés selon les catégories de donneurs et/ou receveurs de dentistes:

- les donneurs: divisions de recensement ayant comme voisine au moins une division dont le rapport dentistes / population est inférieur au leur, et aucune division dont le rapport est supérieur au leur;

- les donneurs-receveurs: divisions ayant comme voisine au moins une division dont le rapport dentistes / population est inférieur au leur, et au moins une division dont le rapport dentistes / population est supérieur au leur;

- les receveurs: divisions ayant comme voisine au moins une division dont le rapport dentistes / population est supérieur au leur, et aucune division dont le rapport est inférieur au leur;

- les autres: divisions n'ayant comme voisine aucune division dont le rapport dentistes / population est supérieur ou inférieur au leur (le cas de la Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine).

Ainsi, les auteurs ont pu distinguer les divisions de recensement dont l'offre de services pourrait dépendre de la situation des régions avoisinantes. En ce qui concerne particulièrement la région Gaspésie / Iles-de-la-Madeleine, celle-ci se classait au moment de l'étude parmi les régions

où l'offre de soins dentaires était la plus faible et où aucune région voisine ne disposait d'une offre de soins supérieure.

Suite à une étude concernant le lieu de pratique des dentistes du Québec, Saucier, Contandriopoulos et al. (1982) ont utilisé les résultats obtenus afin de réaliser des projections des effectifs dentaires pour chacune des régions du Québec. Comparant leurs projections du nombre de dentistes au volume de population des régions, les auteurs ont pu ainsi se faire une idée de l'offre future de soins dentaires au Québec.

Les projections du ratio dentistes / population ont été réalisées selon deux types de découpage territoriaux. En premier lieu, les auteurs ont choisi les régions socio-sanitaires du Québec. Toutefois, tenant compte du fait que les régions socio-sanitaires ne sont pas homogènes en terme d'offre de soins dentaires, les auteurs ont également réalisé leurs projections selon le découpage de la province en régions homogènes, tel que développé auparavant par Saucier (1980). Précisons que les régions homogènes sont constituées à partir de 29 variables démographiques, socio-économiques et relatives à la situation dentaire.

Les projections découlant du découpage par région socio-sanitaire indiquent que si la tendance continue, la région du Montréal métropolitain conserverait sa situation privilégiée, mais le taux d'accroissement de l'offre de soins dentaires diminuerait sensiblement au cours des prochaines années. Par contre, des régions comme le Saguenay-Lac St-Jean et le Bas St-Laurent / Gaspésie verraient leur offre de soins augmenter rapidement.

Les résultats de la projection faite à partir des régions homogènes viennent toutefois nuancer les projections précédentes. Dans le cas de la région socio-sanitaire Bas St-Laurent / Gaspésie par exemple, les projections de l'offre de soins dentaires ne laissent pas entrevoir la situation particulière de certaines sous-régions. Par contre, dans le cas des projections par région homogène, on constate que l'évolution de l'offre de soins dentaires est beaucoup moins favorable dans les divisions de recensement de Bonaventure, Gaspésie et des Iles-de-la-Madeleine, par rapport à l'ensemble de la région Bas St-Laurent / Gaspésie.

A la lueur de leurs résultats, les auteurs concluent finalement que la prévision à moyen et à long terme de l'offre

de soins dentaires au Québec est difficilement réalisable étant donné les récents changements du comportement des étudiants en dentisterie quant au choix de leur lieu de pratique. Nous verrons dans la section qui suit à quels comportements les auteurs font allusion.

b) Choix du lieu de pratique: Beck, Edward et Gernett (1971) se sont interrogés sur l'importance des variables démographiques et des attitudes sur le choix du lieu de pratique des étudiants de médecine dentaire. Une étude effectuée auprès d'étudiants en dentisterie de l'Université de Louisville au Kentucky leur a permis d'identifier les trois facteurs les plus importants lors du choix d'un lieu de pratique:

- le milieu dans lequel l'étudiant a toujours aimé vivre;
- la possibilité de s'établir rapidement une pratique rémunératrice;
- le manque de dentistes dans le milieu.

En ce qui concerne particulièrement les aspects socio-environnementaux privilégiés par les étudiants lors de leur choix d'un lieu de pratique, les auteurs mentionnent les éléments suivants:

- l'abondance d'activités culturelles;

- les grandes possibilités d'activités de plein air;
- la qualité du milieu de vie;
- l'attrait pour un certain milieu géographique;
- la proximité d'équipements socio-culturels;
- la possibilité de devenir un leader dans la communauté.
- le bon choix d'écoles pour les enfants;
- les relations sociales intenses;

L'étude de Beck, Edward et Gernett (1971) a également permis d'identifier les facteurs déterminants du choix d'un lieu de pratique selon qu'il s'agit d'un milieu rural ou urbain. En ce qui concerne la pratique en milieu urbain, les plus grands avantages que les étudiants associent à ce lieu de pratique correspondent à des facteurs décrivant le mode de vie urbain, tel que:

- l'abondance d'activités culturelles;
- l'endroit plus acceptable au conjoint;
- le bon choix d'écoles pour les enfants.

Une étude de G. Dussault, J. M. Brodeur et A. P. Contandriopoulos (1972) menée auprès de dentistes québécois déjà établis en cabinets de pratique souligne la prépondérance des facteurs d'ordre professionnel en tant qu'avantages les plus importants pour la pratique à l'endroit concerné, et il

apparaît que les facteurs professionnels déterminants de la pratique dentaire sont le plus souvent ceux que l'on retrouve en milieu urbain.

Après avoir identifié les principales raisons expliquant la préférence de certains étudiants pour un milieu de pratique urbain, Beck, Edward et Gernett (1971) se sont également intéressés aux facteurs de localisation en milieu rural:

- la facilité d'établissement;
- la facilité d'établir des relations amicales avec la clientèle;
- les liens familiaux et amicaux établis sur place;
- etc.

Des informations similaires ont été recueillies par Marshall et al. (1971) à la suite d'une enquête réalisée cette fois auprès de dentistes déjà établis dans des régions rurales du centre-ouest américain:

- le lieu d'origine du dentiste;
- l'influence des liens familiaux;
- les besoins de la communauté en effectifs dentaires;
- les aspects récréatifs du milieu;
- les aspects géographiques du milieu
- etc.

Shultz et Haber (1975) ont également procédé à une enquête auprès des dentistes déjà établis, afin de déterminer les facteurs ayant motivé leur décision de se localiser dans un milieu rural (comtés agricoles de l'Etat de New York).

Les principaux facteurs de localisation identifiés par les auteurs rejoignent d'ailleurs sensiblement les facteurs mentionnés auparavant par Marshall et al. (1971).

Facteurs professionnels:

- les besoins de la communauté en fait de dentistes;
- la disponibilité de patients;
- la facilité pour la location d'un cabinet;
- la pratique diversifiée;
- etc.

Facteurs personnels:

- les aspects récréatifs intéressants;
- l'attitude amicale de la communauté;
- la vie tranquille;
- les aspects géographiques;
- les liens familiaux;
- etc.

L'étude de Shultz et al. (1975) aura permis également de mettre en évidence l'importance de l'origine rurale de bon nombre de dentistes qui choisissent de se localiser en milieu rural. Cette même relation entre le lieu d'origine du dentiste

et son choix d'un lieu de pratique avait d'ailleurs été observée auparavant par Reid et Cowan (1972) dans le cadre d'une étude portant sur les programmes de formation en médecine dentaire au Canada.

Au Québec, la plus récente étude concernant le choix du lieu de pratique des étudiants en dentisterie a été publiée en 1982 par Bédard, Brodeur et al.

Tout comme l'avaient relevé auparavant Beck, Edward et Gernett (1971), puis Schultz et Haber (1975), les auteurs font ressortir ici l'importance marquée des facteurs décrivant le mode de vie urbain (abondance d'activités culturelles) dans le choix du lieu de pratique.

Les résultats obtenus tendent également à réaffirmer l'importance que le milieu d'origine confère au choix du lieu de pratique du futur dentiste, importance qui avait été soulignée auparavant par Reid et Cowan (1972), Schultz et Haber (1975), puis par Call, Fryer et Schooley (1981) dans le cadre de leur étude concernant le rôle de la formation reçue par les dentistes à l'égard de leur choix d'un lieu de pratique.

En ce qui concerne particulièrement les étudiants originaires de régions autres que Montréal et Québec, le mode de vie des petites communautés semble être un facteur d'importance lors du choix d'un lieu de pratique:

- les grandes possibilités d'activités de plein air;
- la qualité du milieu de vie;
- les relations sociales intenses;

Au niveau professionnel, le plus grand avantage à la pratique en milieu rural serait pour eux la possibilité de se constituer rapidement un bon volume de clientèle.

De plus, l'étude de Bédard, Brodeur et al. (1982) met en évidence l'influence du conjoint à l'égard du choix du lieu de pratique des étudiants en dentisterie. Notons que cet élément avait également été cité par Shultz et Haber (1975) parmi les facteurs déterminants de la localisation des dentistes pratiquant en milieu rural. D'ailleurs, chez Bédard, Brodeur et al. l'attrait de la région pour le conjoint semblerait légèrement plus important dans le cas des étudiants originaires de régions autres que Montréal et Québec.

Certains auteurs se sont interrogés sur l'influence de la formation par rapport au choix du lieu de pratique des dentistes. Si l'on en juge d'après les conclusions auxquelles en sont arrivés certains auteurs québécois, les programmes de formation en médecine dentaire seraient peu efficaces du point de vue de la sensibilisation des étudiants vis-à-vis de leur rôle social de dentistes.

Au terme d'une enquête menée auprès d'étudiants de première, deuxième et troisième année de médecine dentaire de l'Université de Montréal, Pépin et Léveillé (1981) constatent pour leur part qu'il n'existe pas de " congruence " entre les valeurs sociales enseignées en dentisterie et les valeurs individuelles des étudiants. En fait, l'essentiel de la formation en dentisterie reposerait davantage sur l'aspect technique plutôt que sur l'aspect humain de la pratique.

Malgré le fait que la région ait été étudiée sous plusieurs aspects et dans le cadre de différentes disciplines, il semble qu'elle demeure encore actuellement un concept flou.

Toutefois, l'élément du pouvoir pourrait vraisemblablement constituer un aspect caractéristique de la région. Il semble en effet que le pouvoir ait été souvent par le passé un enjeu important dans le cadre de diverses questions régionales.

Au Québec, la centralisation versus la décentralisation demeure encore aujourd'hui une question fondamentale. Toutefois, on retrouve souvent dans les deux perspectives un objectif commun, soit celui de l'équité. Le secteur de la santé constitue très certainement un domaine où l'équité d'accès aux soins apparaît importante.

Comme il fut mentionné précédemment, une accessibilité comparable aux services de santé s'avère une condition primordiale à l'équité des soins. L'accessibilité aux soins comporte plusieurs aspects dont un facteur essentiel concerne bien sûr les professionnels de la santé, ceux-ci intervenant à la fois au niveau de la disponibilité, de l'accessibilité géographique et de l'accessibilité organisationnelle aux soins. Au chapitre des soins dentaires, l'organisation du système de soins que s'est donné le Québec conditionne le niveau d'équité auquel peut prétendre la population.

A partir de cette rescension de la documentation pertinente au sujet abordé ici, il est maintenant possible de formuler les objectifs de la recherche.

1.5 Objectifs de la recherche: l'objet de cette étude est de déterminer la nature du pouvoir dont dispose la micro-région Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires destinés à sa population, et de vérifier si les conditions d'une accessibilité équitable aux soins dentaires sont respectées.

Plus précisément, l'objectif général ci-haut mentionné implique les objectifs spécifiques suivants:

1) Déterminer le pouvoir d'offre de la Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires par le biais de son pouvoir de dotation et de conservation d'effectifs dentaires.

2) Déterminer le pouvoir de la demande de soins dentaires de la population de Gaspésie/Iles par le biais de son pouvoir de perception de ses besoins et de son pouvoir d'accès aux soins dentaires.

3) Vérifier si la population de Gaspésie/Iles jouit d'une accessibilité équitable aux soins dentaires dans la région.

1.6 Le cadre d'analyse: Tel que précisé dans l'introduction de ce mémoire, l'élément central de la problématique étudiée ici concerne le concept de pouvoir appliqué aux soins dentaires d'une micro-région. Compte tenu des objectifs de la recherche, il convient de distinguer le pouvoir de l'offre (les effectifs dentaires) du pouvoir de la demande (les ménages). Aussi, comme on le verra dans les pages qui suivent, ces deux aspects du pouvoir seront à leur tour subdivisés en d'autres types de pouvoirs plus spécifiques.

En ce qui concerne le pouvoir de l'offre, nous distinguons le pouvoir de dotation et le pouvoir de conservation. Quant au pouvoir de la demande, celui-ci fera intervenir le pouvoir de perception des besoins et le pouvoir d'accès aux soins. Shématiquement, l'approche utilisée dans le cadre de cette recherche pourrait se présenter comme suit:

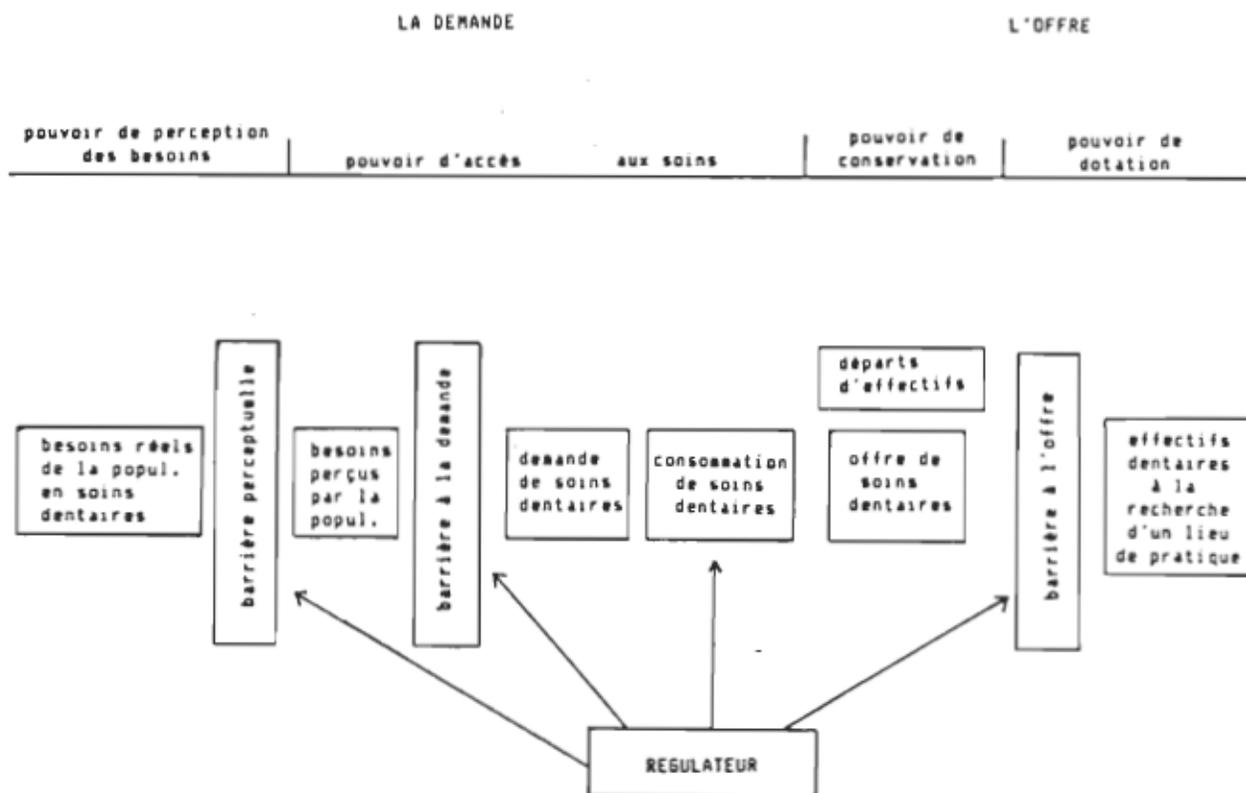


Figure 4. Le pouvoir micro-régional en matière de soins dentaires

On retrouve donc à la figure 4 les deux aspects fondamentaux du pouvoir de la micro-région Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires, soit le pouvoir de l'offre et celui de la demande.

- le pouvoir de l'offre: le pouvoir de la micro-région de se doter d'un certain niveau d'offre de soins et de le conserver;
- le pouvoir de la demande: le pouvoir de la micro-région de permettre à sa population un accès équitable aux soins dentaires.

1.6.1 Le pouvoir de l'offre: A l'origine de l'offre de soins dentaires d'une région se trouve un certain volume d'effectifs dentaires à la recherche d'un lieu de pratique. L'intérêt de ceux-ci envers diverses régions de pratique possibles est conditionné par un certain nombre de facteurs reliés à la fois aux besoins et attentes des effectifs dentaires, ainsi qu'aux conditions de pratique et de vie que l'on retrouve dans chaque région. Ces facteurs conditionnant l'offre de soins dentaires constituent en fait une barrière à l'offre entre l'ensemble des effectifs dentaires à la recherche d'un lieu de pratique, et leur établissement dans une région.

D'un point de vue plus fondamental, l'ampleur de cette barrière témoigne en fait de la nature du pouvoir qu'une région peut exercer sur les effectifs dentaires, afin de déterminer un certain niveau d'offre de soins dentaires sur son territoire. Ce type de pouvoir correspond ici au pouvoir de dotation. Dans le cadre de cette étude, les déterminantes de la barrière à l'offre des soins pourront être identifiées de façon indirecte en examinant les motifs de départ de la

micro-région Gaspésie/Iles.

Au départ, nous avons donc un certain niveau d'effectifs dentaires à la recherche d'un lieu de pratique. Après avoir enjambé la barrière à l'offre s'opposant au choix de la micro-région Gaspésie/Iles comme lieu de pratique, on obtient alors un certain volume d'effectifs dentaires qui déterminera l'offre de soins dentaires de la micro-région. Toutefois, ce processus n'est pas statique, en ce sens qu'une partie des effectifs dentaires en place peut décider à n'importe quel moment de quitter la micro-région alors que de nouveaux effectifs viendront éventuellement les remplacer. Dans le cas des départs d'effectifs dentaires, un autre aspect du pouvoir intervient ici, soit le pouvoir de conservation. Nous allons maintenant confronter cette offre de soins dentaires à la demande de soins correspondante.

1.6.2 Le pouvoir de la demande: Considérons d'abord pour la population de la micro-région Gaspésie/Iles un certain niveau de besoins réels en soins dentaires; ces besoins étant déterminés selon l'état de santé dentaire de la population. De ces besoins effectifs, seulement une portion sera perçue par la population, dépendamment de deux facteurs importants. D'une part, il y a la simple perception d'un mauvais état de la dentition ou d'une détérioration éventuelle de celle-ci. Par la suite, il y a également la perception de l'importance ou non d'intervenir face aux besoins perçus. En effet, on doit admettre la possibilité qu'un individu puisse percevoir

chez lui un mauvais état de sa dentition sans toutefois percevoir l'importance d'une intervention professionnelle en ce domaine. Ces deux éléments seraient donc déterminants de ce que nous appelons ici les besoins perçus.

Selon la figure 4, les besoins perçus correspondent en fait aux besoins réels ayant franchi la barrière perceptuelle. Bien sûr on pourrait imaginer que certains besoins perçus ne soient pas toujours des besoins réels que diagnostiqueraient des spécialistes, mais il apparaît vraisemblable que cette situation soit peu commune. D'ailleurs les résultats d'une étude de Brodeur et al. (1982) démontrent que chez leur groupe de répondants, toutes les personnes chez qui on a diagnostiqué des besoins en traitements dentaires ne perçoivent pas toujours ces besoins.

Selon la figure 4, on observe que les besoins perçus sont transformés en demande de soins dentaires après avoir franchi un nouvel obstacle, soit la barrière à la demande qui se décompose en trois éléments principaux:

- barrière financière;
- barrière physique;
- barrière psychologique.

Dans le cadre d'analyse, la barrière financière réfère à l'effet négatif du coût des honoraires dans le processus de transformation des besoins perçus en demande de soins dentaires. Il s'agit donc du concept d'accessibilité financière aux soins. La barrière physique quant à elle limite également la demande de soins dentaires, mais elle se rapporte particulièrement à la distance, et par conséquent aux déplacements devant être effectués pour se rendre jusqu'à un point de services dentaires. Selon l'hypothèse posée antérieurement, la distance séparant les effectifs dentaires du lieu de résidence des ménages de Gaspésie/Iles causerait un problème d'accessibilité physique aux soins dentaires chez cette population. Finalement, la barrière psychologique s'illustre par l'appréhension de la douleur en tant que facteur empêchant la demande de soins dentaires. Ainsi, après avoir franchi cette barrière à la demande, on obtient un certain niveau de demande de soins dentaires qui sera confronté au niveau d'offre de soins de la micro-région.

A partir de cette confrontation entre la demande et l'offre de soins dentaires, on peut mettre en évidence les problèmes particuliers se posant à la population lors de la consommation de soins dentaires. Il pourrait s'agir en fait d'éléments tels que la distance, les délais de rendez-vous, la qualité des soins, etc. Mais puisque ces problèmes n'empêchent pas comme tel l'accès aux soins dentaires, on ne peut les considérer en tant que barrières limitant la demande de soins. Néanmoins, il semble que ces éléments doivent tout

de même être pris en compte dans le cadre de cette étude, puisqu'ils viennent compliquer l'accès de la population aux services dentaires en place dans la région. Dans le schéma d'analyse, cette étape correspond à la consommation de soins dentaires.

Le dernier élément du schéma d'analyse concerne les mesures destinées à améliorer la situation de l'offre et de la demande de soins dentaires de Gaspésie/Iles en cas de besoin. Mais, avant d'examiner cet élément de plus près, il importe de préciser que le pouvoir de l'offre et celui de la demande doivent être considérés comme étant interdépendants l'un de l'autre. Ces deux aspects du pouvoir micro-régional seront analysés à tour de rôle à des fins opérationnelles, mais nous ne devons pas perdre de vue qu'ils interagissent l'un sur l'autre. Ainsi, le pouvoir d'accès aux soins dentaires peut bien sûr être entravé par différents obstacles tels que les barrières financière, physique et psychologique, mais il est également influencé par la quantité de soins offerts, soit le pouvoir d'offre de soins. Une micro-région dotée d'une offre de soins répondant adéquatement aux besoins de la population favorise l'accès des utilisateurs aux soins dentaires. De cette façon, le pouvoir de la demande de soins s'en trouve accru. Dans le même sens, une micro-région présentant une demande de soins dentaires élevée, fera en sorte de favoriser l'établissement d'effectifs dentaires sur son territoire. Le pouvoir de cette micro-région en fait d'offre de soins dentaires apparaît ainsi relié au pouvoir de la demande de soins de sa population.

Tel que suggéré par Antoine Bailly (1986), advenant une inadéquation entre le pouvoir d'offre et de demande de soins un régulateur devrait intervenir au niveau des aspects fondamentaux de ce pouvoir afin d'apporter les correctifs nécessaires. Plus précisément, le régulateur pourrait agir sur les barrières limitant la demande et l'offre de soins dentaires dans la micro-région, ainsi que sur les problèmes encourrus lors de la consommation des soins.

CHAPITRE II

ASPECTS METHODOLOGIQUES ET ORGANISATION

DU SYSTEME DE SOINS

Ce deuxième chapitre est constitué de deux sections principales. La première concerne la méthodologie de la recherche où sont présentés en détail les trois niveaux d'enquête réalisés. Le deuxième sous-chapitre traite de l'organisation du système de soins dentaires au Québec selon quatre aspects principaux.

Il est à noter que tous les tableaux auxquels le texte fait référence se retrouvent dans une section particulière soit à la suite du chapitre cinq.

2.1 Les aspects méthodologiques: Afin de répondre aux objectifs de la présente étude, trois enquêtes différentes ont dû être réalisées:

- 2.1.1 l'enquête auprès des ménages;
- 2.1.2 l'enquête auprès des effectifs dentaires;
- 2.1.3 l'enquête auprès des dentistes ayant quitté la région.

Mentionnons tout de suite que la première enquête (ménages) s'est réalisée à la fin de l'été 1985, alors que les deux autres enquêtes quant à elles se sont déroulées du printemps à la fin de l'été 1986. Toutefois, la stabilité des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles durant les années 1985/86 fait en sorte qu'aucun biais ne devrait influencer significativement les résultats de cette étude. En effet, en 1985, le territoire d'enquête comptait 24 dentistes, et 25 en 1986. De plus, la distribution de ces effectifs est demeurée inchangée de 1985 à 1986. En ce qui concerne les denturologistes, leur nombre en 1986 est identique à celui de 1985 (5) ainsi que leur localisation sur le territoire.

Dans les pages qui suivent, on décrit donc chacune des trois enquêtes à partir des principaux aspects de la méthodologie utilisées:

- l'échantillonnage;
- l'élaboration du questionnaire d'enquête;
- la pré-enquête;
- l'enquête;
- le traitement des données.

2.1.1 L'enquête auprès des ménages de Gaspésie/Iles:

Comme il fut présenté dans le cadre d'analyse de cette étude, la notion de pouvoir est analysée ici sous le double aspect de l'offre et de la demande de soins dentaires en Gaspésie/Iles.

L'enquête auprès des ménages concerne l'aspect de la demande de soins dentaires. Plus précisément, ce niveau d'enquête concerne deux objectifs spécifiques de la recherche. Dans un premier temps, l'enquête auprès des ménages devra permettre de déterminer le pouvoir de la demande de soins dentaires de la population par le biais de son pouvoir de perception de ses besoins et de son pouvoir d'accès aux soins. Par la suite, il s'agira de vérifier si la population jouit d'une accessibilité équitable aux soins dentaires dans la micro-région.

L'unité d'enquête "ménages" a été retenue pour les raisons suivantes. Tout d'abord, considérant que les soins dentaires sont consommés par les individus de tout âge, il fallait donc rejoindre par le biais de l'enquête des personnes de toutes catégories d'âges. Aussi, supposant que les coûts des honoraires en soins dentaires sont vraisemblablement assumés par le ménage, il apparaissait que l'unité d'enquête ménage devait nous permettre d'obtenir les informations les plus complètes concernant la consommation de soins dentaires en Gaspésie/Iles. Soulignons ici que seulement les membres financièrement dépendants du ménage devaient être pris en compte lors de l'enquête. Ainsi, un enfant financièrement indépendant qui demeurait chez ses parents était considéré alors comme un autre ménage distinct de celui de ses parents.

-L'échantillonnage: L'échantillonnage des ménages de Gaspésie/Iles a été réalisé par la méthode probabiliste à l'aide d'un modèle aléatoire stratifié et proportionnel. Pour ce faire, le territoire d'enquête fut stratifié selon le découpage des municipalités régionales de comté (M.R.C.) L'échantillon devait regrouper un certain nombre des ménages des MRC de Côte-de-Gaspé, Pabok, Bonaventure, Avignon et Iles-de-la-Madeleine, respectant la proportion réelle des ménages résidant dans chacune de ces M.R.C.. Toutefois, le nombre total de ménages devant constituer l'échantillon fut établi par rapport au volume de ménages de l'ensemble de la région d'enquête (cinq M.R.C.). Par conséquent, les résultats de l'enquête ne doivent être représentatifs que de l'ensemble de la région Gaspésie/Iles, et non pas de chacune des M.R.C. considérée séparément.

Salon les prévisions effectuées par le bureau de la statistique du Québec en 1984, notre territoire d'enquête compterait en 1986 un total de 30 381 ménages répartis à travers les cinq M.R.C. identifiées au tableau 2. D'autre part, les résultats du recensement de 1981 indiquent une population de 26 880 ménages sur notre territoire d'enquête en 1981. Par conséquent, on peut supposer qu'au moment de notre enquête (1985), la population visée devait se situer entre 26 880 ménages et 30 361 ménages. Ne disposant pas de données précises concernant le volume de ménages de Gaspésie/Iles en 1985, nous considérerons les données de 1986 afin de s'assurer un échantillon de taille adéquate. Mais, avant de déterminer la taille de l'échantillon désiré, il fallait d'abord décider de l'importance à accorder aux éléments que sont le niveau de confiance, la précision et le taux d'erreur.

A partir des données présentées au tableau 2 on constate qu'à un niveau de confiance de 95 %, avec un taux d'erreur de 5 %, la taille de l'échantillon d'une population située entre 30 000 et 32 000 doit s'élever au moins à 73. Ainsi, on accepte une erreur de l'ordre de 10 %. Mais pour augmenter le niveau de précision à plus ou moins 4 %, il aurait fallu constituer un échantillon comptant 41 ménages supplémentaires. Toutefois, compte tenu de considérations pratiques, il fut décidé de constituer plutôt l'échantillon à 73 ménages.

Prévoyant que dans le cadre de l'enquête auprès des ménages certaines données ne seraient pas valides pour cette étude, un volume de 105 ménages fut sélectionné aléatoirement parmi la population visée. Mais tout d'abord, il a fallu calculer le pourcentage de ménages habitant chacune des M.R.C. du territoire d'enquête afin de procéder à la stratification de l'échantillon.

Les résultats de cette procédure sont présentés au tableau 1. Ainsi, on constate que parmi les ménages que comptait la Gaspésie/Iles en 1986, 23,2 % provenaient de la Côte-de-Gaspé, 22,9 % de Bonaventure, 22,6 % de Pabok, 17,3 % d'Avignon et 14,9 % des Iles-de-la-Madeleine. Le tirage aléatoire quant à lui fut réalisé à l'aide des deux botins téléphoniques (1985) couvrant la région d'enquête.

Dans un premier temps, tous les abonnés autres que les particuliers furent rayés des botins téléphoniques. Par la suite, chaque personne inscrite aux botins s'est vue assigner

un numéro particulier détenant une chance d'être sélectionné aléatoirement. Cette procédure élimine bien sûr les ménages qui ne sont pas abonnés au téléphone, mais on peut vraisemblablement supposer qu'en 1985, une faible minorité des ménages de Gaspésie/Iles se trouvait dans cette situation. Par conséquent, ceci ne devrait pas poser de biais considérable aux informations recueillies lors de l'enquête. De plus, considérant que les ménages les plus susceptibles de ne pas être abonnés au téléphone sont probablement les moins bien nantis, nous pourrions vérifier leur représentativité dans l'échantillon une fois l'enquête réalisée.

Ainsi donc, un nombre total de 105 ménages abonnés au téléphone fut tiré aléatoirement. Afin de respecter la stratification des ménages par M.R.C., l'ensemble des 105 ménages sélectionnés devaient se répartir entre les cinq M.R.C., proportionnellement à leur volume de ménages réel. Le tableau 1 présente les résultats de l'échantillonnage stratifié proportionnel des ménages de Gaspésie/Iles.

- L'élaboration du questionnaire d'enquête: Le questionnaire destiné aux ménages comprend quatre blocs d'informations principaux:

- I. l'identification du répondant;
- II. l'offre de soins dentaires;
- III. la consommation de soins dentaires;
- IV. les programmes de soins dentaires.

Il s'agit d'un questionnaire de type fermé comprenant toutefois deux questions ouvertes. Soulignons qu'une version anglaise du questionnaire fut également rédigée. On retrouve en annexe B un exemplaire du questionnaire francophone destiné aux ménages.

Le premier bloc d'informations vise à recueillir des renseignements généraux concernant le profil socio-économique des ménages. Les variables retenues sont les suivantes:

- le nombre d'années passées en Gaspésie;
- la M.R.C. de résidence;
- la localité de résidence;
- le nombre de membres financièrement dépendants du ménage;
- l'identification des membres;
- l'âge des membres;
- l'occupation;
- le revenu;
- le nombre d'automobiles du ménage.

Le second bloc d'informations concerne quant à lui l'évaluation que les ménages font de l'offre de soins dentaires dans leur région. A ce chapitre, on s'intéressera principalement au volume et à la distribution des effectifs dentaires sur le territoire à l'étude. De plus, ce bloc d'informations vise également à évaluer d'autres aspects de l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles, soit les délais de rendez-vous ainsi que la qualité des soins.

A l'intérieur du bloc concernant la consommation de soins dentaires en Gaspésie/Iles (bloc III), on s'intéresse aux

soins dentaires consommés par le ménage selon certaines variables dont le type de soins reçus, le lieu de consommation de soins, etc. On retrouve également des questions concernant la privation de soins dentaires ainsi que les motifs de cette non consommation de soins. A cet égard, les ménages sont questionnés quant à leur propre consommation de soins dentaires et également par rapport à leur propre perception de la consommation de soins dentaires par l'ensemble de la population de Gaspésie/Iles.

Finalement, le quatrième bloc d'informations vise quant à lui à mesurer le niveau de satisfaction des ménages face à l'aide apportée par les divers programmes de soins dentaires du gouvernement provincial. Dans cette section du questionnaire d'enquête, on retrouve également un espace réservé aux commentaires additionnels que certains ménages pourraient vouloir ajouter au terme de l'entrevue.

- La pré-enquête: La première version du questionnaire d'enquête destiné aux ménages a été testée auprès de 10 ménages résidant à l'intérieur du territoire d'enquête, soit dans la ville de Gaspé. Suite à ce test, quelques corrections ont été apportées au questionnaire. La seconde version était maintenant prête pour la réalisation de l'enquête proprement dit.

- L'enquête: L'enquête auprès des ménages de Gaspésie/Iles s'est effectuée par entrevues personnelles au domicile de chaque ménage. Deux enquêteuses se sont chargées

de rejoindre ainsi les 105 ménages sélectionnés à travers les cinq M.R.C. de la région d'enquête. Mentionnons que cette étude s'est effectuée parallèlement à une autre recherche pour laquelle les mêmes ménages devaient être rencontrés en entrevue. Ainsi, après avoir répondu au questionnaire issu de la première recherche (voir Vermot-Desroches et al., 1986), chaque répondant représentant le ménage était appelé à participer à la seconde enquête en répondant à quelques questions supplémentaires.

L'enquête s'est déroulée à l'intérieur de la période allant du 10 au 29 septembre 1985. A cet égard, il apparaît important de souligner le très bon accueil de la population sollicitée dans le cadre de l'enquête. En effet, parmi les 105 ménages contactés, seulement quatre ont refusé de participer à l'étude, et une seule entrevue fut déclarée non valide pour la recherche. On peut d'ailleurs observer au tableau 1 la distribution des ménages dont l'entrevue s'est avérée valide pour la présente étude.

- Le traitement des données: En ce qui concerne les données recueillies au cours de l'enquête auprès des ménages, des calculs de fréquences ont été réalisés pour toutes les variables pertinentes à la recherche. Dans certains cas, des tableaux croisés ont également été construits.

2.1.2 L'enquête auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles: Après s'être intéressé à l'aspect demande de soins dentaires en Gaspésie/Iles, il s'agit maintenant de se

concentrer sur l'aspect offre de soins dentaires. Dans cette perspective, deux types d'enquête ont été élaborés, soit l'enquête auprès des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, et l'enquête auprès de ceux qui ont quitté la région après y avoir pratiqué pendant quelque temps. Les deux enquêtes visent à déterminer le pouvoir d'offre de la Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires, mais la première concerne plus spécifiquement le pouvoir de dotation d'effectifs dentaires, alors que la seconde se concentre plutôt sur le pouvoir de conservation d'effectifs dentaires de la micro-région.

Dans le cas du premier type d'enquête, il fut convenu de rejoindre à la fois les dentistes et denturologistes de la Gaspésie/Iles. Il est vrai que l'ensemble des soins pouvant être offerts par les denturologistes font également partie du champ de compétence des dentistes, et que de ce point de vue, la présente étude aurait dû ne s'adresser qu'aux dentistes. Toutefois, considérant le faible volume d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles, on peut supposer que les denturologistes de cette région assurent un volume non négligeable de soins dentaires à la population. D'ailleurs, cette opinion est également partagée par deux dentistes de Gaspésie/Iles ayant bien voulu agir en tant que personnes-ressources dans le cadre de cette étude. Par conséquent, il apparaît important d'inclure les denturologistes à cette étude puisqu'il est question ici de l'ensemble des soins dentaires de la Gaspésie/Iles du point de vue du pouvoir de la demande (les ménages) et de l'offre (les effectifs dentaires).

Contrairement à l'enquête auprès des ménages, l'enquête auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles n'a nécessité aucun échantillonnage. En effet, considérant les données du tableau 3 où l'on constate que l'ensemble des dentistes et denturologistes pratiquant en Gaspésie/Iles s'élevait à 30 en 1984, il apparaît évident qu'une enquête auprès de l'ensemble de la population visée était plus adéquate. Avant de décrire le questionnaire d'enquête utilisé, mentionnons que les effectifs dentaires itinérants inscrits ailleurs qu'en Gaspésie/Iles ne sont pas visés par l'enquête. D'une part, on ne pourrait les identifier facilement étant donné leur lieu de pratique officiel qui ne correspond pas à notre territoire d'enquête. D'autre part, tel que le fait remarquer le directeur de l'Ordre des dentistes du Québec, les dentistes itinérants ne peuvent être comparés aux dentistes installés en Gaspésie/Iles. Ceux-ci n'offrent pas le même genre de services et ne peuvent donc empêcher de nouveaux dentistes de venir pratiquer dans cette micro-région.

- L'élaboration du questionnaire d'enquête: En raison du peu de disponibilité que leur laisse leur pratique, il fut convenu que l'enquête auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles ne se réaliserait pas par entrevue comme dans le cas des ménages, mais plutôt par questionnaires postaux. Il a donc fallu réaliser un questionnaire qui se prêtait bien à ce genre d'enquête. Toutefois, la complexité du sujet étudié a nécessité un certain nombre de questions qui ne pouvaient être toutes de type fermé. Le questionnaire est constitué de six blocs d'informations principaux:

- I. l'identification;
- II. les antécédents;
- III. les facteurs de localisation;
- IV. le milieu de pratique et de vie;
- V. le niveau d'offre de soins dentaires;
- VI. le conjoint et le lieu de pratique.

Mentionnons que la référence principale ayant inspiré le présent questionnaire concerne l'étude de Bédard et al. (1982) traitant du choix du lieu de pratique des effectifs dentaires du Québec.

Dans le cadre du premier bloc d'informations, on vise à identifier chacun des répondants de l'enquête selon les variables suivantes:

- le sexe;
- l'âge;
- la-les langue-s parlée-s au travail et à la maison;
- la localité de résidence;
- le nombre d'années de pratique à cet endroit;
- le type de pratique;
- les soins spécialisés offerts.

Au niveau du second bloc d'informations, on effectue un survol général des antécédents de chaque répondant. A ce chapitre, on s'intéresse aux différents lieux de résidence

antérieurs des sujets, à leur institution de formation ainsi qu'à l'époque de leurs études en dentisterie ou art dentaire, et finalement à leurs différents lieux de pratique depuis leur graduation.

La troisième partie du questionnaire d'enquête concerne les facteurs de localisation en Gaspésie/Iles. La première question de ce bloc d'informations s'intéresse aux intentions qu'avait chaque répondant lors de sa localisation en Gaspésie/Iles. Plus précisément, on veut savoir si la localisation devait dès le départ être provisoire ou plutôt permanente. Puis, dans le cadre d'une question ouverte, chaque répondant est appelé à décrire les principales raisons ayant motivé sa localisation en Gaspésie/Iles. Plus de précisions sont ajoutées par la suite lorsque les répondants évaluent le niveau d'importance que différents facteurs ont représenté dans leur décision de pratiquer en Gaspésie/Iles.

Le bloc IV concerne quant à lui le milieu de pratique et de vie que l'on retrouve en Gaspésie/Iles. Cette section comprend plusieurs questions ouvertes. Ainsi, on demande aux répondants de mentionner les facteurs favorables et défavorables à la pratique de leur profession dans la région Gaspésie/Iles. De la même façon, chaque répondant est également appelé à se prononcer sur les aspects agréables ou non de leur lieu de résidence. Dans ce même bloc

d'informations, on compte aussi quelques questions concernant l'éventuel prochain lieu de pratique de chaque répondant. A cet égard, on s'intéresse au nombre d'années futures de pratique en Gaspésie/Iles, aux raisons du départ prochain de la région selon le cas, et finalement on demande aux répondants concernés d'identifier leurs choix de relocalisation future.

Tout comme dans le cas du bloc II du questionnaire destiné aux ménages, le bloc V du questionnaire des effectifs dentaires vise aussi à évaluer l'offre de soins dentaires de la région Gaspésie/Iles. Toutefois, étant donné la nature compétitive de la dentisterie ainsi que de la denturologie, il est difficile de demander aux effectifs dentaires de se prononcer sur la suffisance ou non du nombre de dentistes et denturologistes de la région. En effet, on doit considérer que certains répondants pourraient hésiter à identifier une carence d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles de crainte d'encourager la venue de nouveaux concurrents dans la région. C'est pourquoi la question du volume d'effectifs dentaires de Gaspésie/Iles a été abordée de deux façons.

En premier lieu, on a demandé aux répondants d'évaluer la suffisance ou non des effectifs dentaires du secteur environnant leur lieu de pratique. Par la suite, on leur a posé la même question, mais cette fois-ci au niveau des effectifs dentaires de l'ensemble de la région d'enquête. De cette manière, il leur était possible d'identifier un manque d'effectifs dentaires au niveau de la région, sans toutefois y inclure leur propre territoire de pratique. Par la suite on a interrogé les répondants quant à la distribution des effectifs dentaires à travers la région Gaspésie/Iles, et le cas

échéant, on leur demandait d'expliquer les raisons de la mauvaise distribution des effectifs sur le territoire.

La seconde partie du bloc V s'intéresse au profil de consommation de soins dentaires de la population de Gaspésie/Iles. Chaque répondant compare la consommation de soins curatifs et préventifs de la population à ses besoins. Aussi, on demande de mentionner la ou les raisons expliquant une sous consommation de soins dentaires.

Finalement, dans le cadre du dernier bloc d'informations on retrouve des questions visant à identifier les répondants vivant avec un conjoint et/ou avec des enfants. Egalement, on désire connaître l'opinion du conjoint quant aux aspects agréables et non agréables de son lieu de résidence. Ces informations pourraient nous aider à mieux comprendre le cas de certains répondants qui désirent quitter la région pour se relocaliser ailleurs. Dans cette dernière section du questionnaire d'enquête, on retrouve également un espace où chaque répondant peut ajouter des commentaires additionnels concernant le sujet à l'étude.

- La pré-enquête: Afin de tester le questionnaire destiné aux effectifs dentaires de Gaspésie/Iles, une pré-enquête a été effectuée auprès de dentistes et denturologistes de Trois-Rivières et des environs. Ce test s'est déroulé au cours des mois d'avril et mars 1986. Tout d'abord, un groupe de 10 dentistes et denturologistes (6 dentistes - 4 denturologistes) a été sélectionné au hasard à l'aide des annuaires dentaires de l'Ordre des dentistes et de l'Ordre des denturologistes du Québec.

Après un premier contact téléphonique ayant pour but de solliciter la participation de ces personnes au test du questionnaire (fin avril), les six dentistes et quatre denturologistes rejoints ont tous acceptés de prendre part à l'étude. Les questionnaires d'enquête ont été acheminés aux répondants au début du mois de mars 1986. A la fin de la semaine suivante, trois questionnaires avaient été retournés. A la mi-mars, une lettre de rappel fut alors envoyée aux sept personnes n'ayant pas donné suite au premier envoi du questionnaire d'enquête. Trois autres questionnaires s'étaient ajoutés à la fin du mois de mars, portant à six le nombre de répondants (cinq dentistes - un denturologiste) ayant participé au test du questionnaire d'enquête.

Parallèlement à cette pré-enquête, mentionnons qu'un exemplaire du questionnaire a également été soumis à l'Ordre des dentistes ainsi qu'à l'Ordre des denturologistes du Québec afin de poursuivre sous un autre aspect le test du questionnaire d'enquête. Suite aux commentaires judicieux de nos répondants et personnes-ressource, quelques corrections ont été apportées au questionnaire.

- L'enquête: Etant donné le faible nombre d'effectifs dentaires (dentistes et denturologistes) pratiquant en Gaspésie/Iles, il était important d'obtenir la collaboration d'une majorité d'entre eux à cette recherche. Pour ce faire, un premier contact postal fut réalisé au début du mois d'avril 1986 afin d'informer les éventuels répondants de l'étude entreprise, et de solliciter leur participation à l'enquête postale. La liste des personnes à contacter a été dressée à partir des annuaires dentaires de l'Ordre des dentistes et de celle des denturologistes du Québec.

Au cours de la seconde semaine d'avril, les effectifs dentaires ont été contactés cette fois-ci par téléphone afin d'obtenir la confirmation de leur participation à l'enquête. La semaine suivante, un questionnaire était envoyé aux sujets ayant accepté de collaborer à l'étude, c'est-à-dire l'ensemble de la population visée. Après quatre semaines soit à la troisième semaine de mai, 25 questionnaires dûment remplis avaient été retournés. Nous avons procédé alors à l'envoi d'une lettre de rappel suite à laquelle trois questionnaires supplémentaires devaient s'ajouter.

Au 15 juin 1986 date de la fin de l'enquête postale, 28 questionnaires (23 dentistes - 5 denturologistes) avaient été retournés sur un total de 30 envois postaux. Ces 28 dossiers étant tous valides, le taux de réponse enregistré devait donc s'élever à 93,3 %. Les données du tableau 10 permettent d'ailleurs de comparer le volume de répondants de l'enquête par rapport à la population visée. On constate donc que l'enquête a permis de rejoindre 92% des dentistes et 100% des denturologistes visés par l'étude.

- Le traitement des données: Tout comme dans le cas de l'enquête auprès des ménages, les données issues de l'enquête auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles ont fait l'objet des calculs de fréquences. De plus, dans certains cas, quelques précisions supplémentaires ont pu être ajoutées en procédant à la réalisation de tableaux croisés.

Finalement, mentionnons que dans la majorité des cas, les variables mesurées sont présentées de façon à différencier les répondants dentistes des répondants denturologistes.

2.1.3 L'enquête auprès des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles: En se référant au cadre d'analyse de cette étude, on constate que l'enquête auprès des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles concerne précisément le pouvoir de conservation de la région à l'égard de ses effectifs dentaires.

Dans le cadre de cette enquête, il fut convenu de ne prendre en compte que la mobilité des dentistes. Cette mobilité a pu être évaluée en comparant les listes de membres des annuaires dentaires d'une année à l'autre. En ce qui concerne les denturologistes, leur localisation en Gaspésie/Iles apparaît plutôt stable de 1980 à aujourd'hui. Il aurait été préférable de pouvoir consulter également les listes de denturologistes de 1976 à 1986 afin d'évaluer à plus long terme leur stabilité en Gaspésie/Iles, mais il fut impossible d'obtenir ce genre d'informations de la part de l'Ordre des denturologistes du Québec. Toutefois, l'Ordre a pu mettre à notre disposition les tableaux de ses membres pour les années 1980-81-82-85 et 1986.

La comparaison des tableaux démontre que parmi les cinq denturologistes qui se trouvaient en Gaspésie/Iles en 1980, quatre d'entre eux y pratiquaient encore en 1986. Aussi, durant cette période, soit précisément en 1982, une nouvelle denturologiste se serait localisée en Gaspésie/Iles, et celle-ci s'y trouve toujours en 1986.

Bien sûr, ne détenant pas les listes de membres de 1983 et 1984, on ne peut évaluer avec précision la stabilité des denturologistes pratiquant en Gaspésie/Iles. Toutefois, il semble peu probable qu'un grand nombre de denturologistes se

soient localisés en Gaspésie/Iles en 1983 pour quitter la région dès l'année suivante. Par conséquent, il a donc fallu se concentrer plutôt sur les données concernant la mobilité des dentistes de Gaspésie/Iles.

Afin d'évaluer le nombre de dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles depuis les dernières années, il s'agissait tout comme dans le cas des denturologistes, de comparer entre eux les annuaires de l'Ordre des dentistes du Québec.

Pour ce faire, l'Ordre des dentistes a pu mettre à notre disposition plusieurs annuaires, mais malheureusement il fut impossible de rassembler tous les annuaires désirés, soit de 1976 à 1987 (comprenant les listes des membres de 1975 à 1986). En fait, les annuaires qui furent comparés entre eux sont datés des années suivantes: 1976-78-80-81-83-84-85-86-87. Afin de compléter le nombre d'annuaires déjà fournis par l'Ordre des dentistes du Québec, plusieurs personnes ressources ont été contactées. Ceci a permis d'ajouter un annuaire manquant, soit celui de 1985.

A partir de la comparaison des annuaires disponibles, il ressort que 16 dentistes auraient quitté la région Gaspésie/Iles après y avoir pratiqué quelque temps pendant la période allant de 75 à 86 (tableau 4). Toutefois, le manque de certains annuaires (1977-79-82) pourrait cacher des départs supplémentaires. Mais ne disposant pas de ces annuaires, une moyenne de départs par année fut calculée pour la période allant de 1975 à 1986, étant donné l'impossibilité d'identifier une tendance des départs observés à partir des annuaires disponibles. Selon cette évaluation, on obtient une moyenne de 1,6 départs de dentiste par année. Si l'on

applique cette donnée aux années des annuaires manquants, on évalue alors à 26 le nombre de dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles entre 1975 et 1986.

Etant donné le faible volume de répondants potentiels, l'enquête auprès des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles devait s'effectuer auprès de l'ensemble de la population plutôt qu'à partir d'un échantillon. Mais encore une fois, ne disposant pas de tous les annuaires dentaires requis, il était donc impossible de rejoindre l'ensemble des dentistes qui auraient théoriquement quitté la Gaspésie/Iles entre 1975 et 1986. Une liste de seize dentistes fut donc dressée à partir des annuaires disponibles.

- L'élaboration du questionnaire d'enquête: Le questionnaire d'enquête destiné aux dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles est presque identique à celui qui fut utilisé dans le cadre de l'enquête auprès des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles. Il comporte lui aussi six blocs d'informations dont cinq sont identiques au premier questionnaire. Ces cinq blocs sont les suivants:

- I. l'identification;
- II. les antécédents;
- III. les facteurs de localisation;
- IV. le milieu de pratique et de vie;
- V. le conjoint et le lieu de pratique.

Le bloc d'informations qui différencie ce questionnaire d'enquête par rapport au précédent est celui qui concerne précisément le départ de la région Gaspésie/Iles. Cette partie du questionnaire se compose de deux questions. En

premier lieu, on retrouve une question ouverte qui vise à identifier les principales raisons ayant motivé le départ de la région Gaspésie/Iles pour un nouveau lieu de pratique. Dans le cadre de la question suivante, les répondants sont appelés à mentionner le niveau d'importance accordé à différents facteurs ayant pu motiver leurs délocalisation de Gaspésie/Iles.

- La pré-enquête: Tout comme dans le cas de l'enquête auprès des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, l'enquête auprès des dentistes ayant quitté cette micro-région s'est également effectuée à la suite d'une pré-enquête ayant pour but de tester le questionnaire. Dans le cas présent, il fallait rejoindre des dentistes qui avaient déjà pratiqué dans une région périphérique du Québec et qui l'avait quitté par la suite pour se relocaliser ailleurs. La région du Nord-Ouest québécois fut choisie comme région de pratique antérieure. Mentionnons ici que toute autre région périphérique aurait pu en soi convenir à la pré-enquête. Toutefois, il fallait que l'on puisse retrouver à l'endroit choisi un volume suffisant de dentistes ayant quitté la région après y avoir pratiqué quelques années. A l'aide des annuaires dentaires de l'Ordre des dentistes du Québec, nous avons pu sélectionner neuf dentistes qui avaient quitté la région du Nord-Ouest québécois pendant la période allant de 1975 à 1986. Les annuaires ont également permis de situer le lieu actuel de pratique de chacun des dentistes concernés.

Au début du mois de juin 1986, un questionnaire d'enquête fut adressé aux neuf dentistes sélectionnés. Au bout de deux semaines, deux questionnaires avaient été retournés dûment remplis. Une lettre de rappel a alors été envoyée aux sept

autres répondants. A la fin du mois de juin, on comptait un total de quatre questionnaires retournés sur neuf envois postaux. Etant donné la difficulté de rejoindre davantage de répondants pendant la période estivale (en raison des vacances), il fut décidé de ne pas poursuivre plus loin la période de pré-enquête .

En ce qui concerne les résultats du test du questionnaire, mentionnons que les répondants n'ont semblé éprouver aucune difficulté notable par rapport au questionnaire. Ceci était toutefois prévisible puisque le questionnaire avait été fortement inspiré d'un questionnaire testé lui-même auprès de dentistes (soit le questionnaire destiné aux effectifs dentaires de Gaspésie/Iles). Ainsi donc, à part quelques détails destinés à améliorer la compréhension des répondants, le questionnaire d'enquête n'a pas fait l'objet de modifications importantes.

- L'enquête: La première étape de la réalisation de l'enquête a consisté à établir un contact téléphonique auprès des 16 dentistes sélectionnés préalablement à partir de la comparaison d'annuaires dentaires de 1976 à 1987. Cette phase de l'enquête s'est déroulée à la fin du mois de juillet 1986. La majorité des 16 dentistes concernés ont pu ainsi être rejoint par téléphone. Toutefois, il fut impossible d'obtenir de retour de rappel chez deux d'entre eux. Mentionnons également le cas de deux dentistes qui ont affirmé ne pouvoir répondre au questionnaire étant donné leur période de vacance qui coïncidait avec la phase de l'enquête. En ce qui concerne les dentistes rejoints par téléphone, ceux-ci ont tous accepté de participer à l'étude (12).

La seconde étape de la réalisation de l'enquête fut d'envoyer le questionnaire d'enquête aux dentistes sélectionnés. L'envoi postal s'est effectué au début du mois d'août 1986. A la mi-août, trois questionnaires avaient été retournés. Une lettre de rappel fut envoyée aux 11 autres dentistes. Durant les quatre semaines suivantes, six autres questionnaires dûment remplis se sont ajoutés pour totaliser un nombre de neuf dossiers valides sur 16 envois postaux. Ceci devait donc déterminer un taux de réponse de 56,3 %. Par contre, si l'on tient compte de la population théorique de 26 dentistes, le taux de réponse obtenu serait alors de 34,6 %. Notons que ces informations sont résumées au tableau 5.

- Le traitement des données: Contrairement aux deux enquêtes précédentes, les données issues de la troisième enquête n'ont pas fait l'objet de tableaux croisés. En fait, le traitement des données s'est plutôt limité à des calculs de fréquences.

2.2 L'organisation du système de soins dentaires: Dans cette section, l'organisation du système de soins dentaires du Québec sera analysée selon quatre aspects principaux, soit les effectifs en soins dentaires, les regroupements de professionnels, les modes de rémunération et les mesures incitatives, puis les programmes de soins dentaires.

Dans un premier temps, nous verrons de quels types de professionnels sont constitués les effectifs dentaires du Québec. Par la suite, il sera question du regroupement des professionnels en corporation, ainsi que de la structure et de l'étendue de leurs pouvoirs. En troisième lieu, les différents modes de rémunération des dentistes et denturologistes seront abordés, après quoi nous nous concentrerons sur les programmes de soins dentaires du Québec. Cette dernière partie sera consacrée plus précisément aux différents champs d'application des programmes de soins dentaires et au coût des programmes administrés par la R.A.M.Q.

2.2.1 Les effectifs en soins dentaires: Parmi les effectifs oeuvrant dans le domaine dentaire, on retrouve des dentistes, denturologistes, assistants-es dentaires, hygiénistes dentaires et techniciens-nes dentaires. En dentisterie particulièrement, notons que l'on compte différentes spécialités telles que la chirurgie buccale, l'orthodontie, l'endodontie, la prostodontie et la périodontie.

Tel que le démontre le tableau 5, l'Ordre des dentistes du Québec comptait en 1985 2 782 membres pratiquant au Québec, alors que l'Ordre des denturologistes du Québec regroupait pour sa part 845 membres pratiquant également au Québec. Jusqu'en 1973 où le Québec inclut la denturologie au code des professions, la pratique de la denturologie n'était pas reconnue et tel que le souligne Gilles Dussault (1983) dans son étude concernant les effectifs sanitaires au Québec, le collège des dentistes fit tout en son pouvoir pour éliminer cette pratique illégale. Actuellement, les denturologistes doivent tous détenir une formation de base reconnue afin de pouvoir pratiquer légalement. En théorie, les denturologistes devraient travailler à partir d'ordonnances de dentistes. Toutefois, comme le fait remarquer Dussault:

(...) il est parfaitement douteux que les denturologistes Québécois parviennent à vivre de leur profession sans interpréter libéralement la section de la loi sur la denturologie (L.Q. 1973 C. 50 m sec. IV) qui leur permet de "réparer" une prothèse amovible sans nouvelle ordonnance.

(Dusseault, G. 1983)

Le secteur dentaire compte également d'autres effectifs qui sont responsables pour leur part d'occupations sanitaires subordonnées. Il s'agit des assistants-es dentaires, hygiénistes dentaires et techniciens-nes dentaires. Parmi ceux-ci, l'assistant-e dentaire constitue le type de personnel subordonné le plus employé dans le secteur dentaire. D'après le tableau 5, on peut observer que le nombre d'assistants-es dentaires du Québec va en augmentant. En 1971 on en comptait 1 059 au Québec et en 1985 on estime leur nombre à environ 4 000. Leur formation s'effectue habituellement en cours d'emploi, et en plus de leurs fonctions d'assistance auprès des dentistes, les assistants-es dentaires se voient parfois confié certaines fonctions administratives.

La corporation professionnelle des hygiénistes dentaires a pour sa part connu une forte augmentation de ses membres entre 1975 et 1982 (la corporation existe depuis 1975). De 29 qu'ils-elles étaient en 1975, leur nombre s'élevait à 765 en 1982, et on en comptait par ailleurs 1 185 au Québec en 1985. Cette évolution appréciable du volume d'hygiénistes dentaires au Québec s'est effectuée parallèlement à la création d'un programme de soins dentaires gratuits pour les enfants en 1974. Aussi, l'essentiel de leurs fonctions concerne la prévention. Actuellement, la formation d'hygiéniste dentaire s'acquiert dans le cadre d'un programme de niveau collégial.

Au niveau des techniciens-nes dentaires, les données du tableau 5 laissent entrevoir une diminution appréciable de leur nombre depuis 1975. Ce déclin est associé à la reconnaissance en 1973 de la denturologie en tant que profession d'exercice exclusif. La nature des fonctions des techniciens-nes dentaires étant semblable à celle des

denturologistes, plusieurs techniciens-nes ont donc préféré adhérer à la nouvelle corporation professionnelle des denturologistes, de manière à profiter des avantages que leur conférait ce nouveau titre.

2.2.2 Le regroupement des professionnels: Dans le domaine des soins dentaires au Québec, les professionnels se sont regroupés principalement sous forme de corporation. On retrouve donc la Corporation professionnelle des dentistes du Québec (l'Ordre des dentistes du Québec), la Corporation professionnelle des denturologistes du Québec (l'Ordre des denturologistes du Québec), la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires du Québec, et la Corporation professionnelle des techniciens dentaires du Québec. En fait, seulement les assistants-es dentaires ne sont pas regroupés-es en corporation. Toutefois, il existe au Québec une Association des assistants dentaires qui, comme il fut souligné au tableau 5, ne regroupe environ que 10 % des effectifs pratiquant. N'étant pas constitués-es en corporation, les assistants-es dentaires du Québec peuvent donc pratiquer en toute légalité sans être membres de leur association.

La constitution d'une corporation professionnelle s'effectue par le biais d'une loi adoptée par l'Assemblée Nationale. Les fonctions principales des corporations consistent à contrôler l'exercice des professions afin d'assurer la protection du public.

2.2.3 Les modes de rémunération et mesures incitatives:

En ce qui concerne principalement les dentistes et denturologistes oeuvrant au Québec, divers modes de rémunération sont actuellement en vigueur, soit la rémunération à l'acte, le salaire et la vacation.

Dans le cas des services dentaires rendus par les dentistes et denturologistes, la rémunération à l'acte est très présente. Tel que le démontre le tableau 6, les spécialistes de la chirurgie buccale sont rémunérés à l'acte ainsi que l'ensemble des denturologistes, et une partie des dentistes. En effet, certains dentistes pratiquant en Centre Local de santé Communautaire (C.L.S.C.) ou Département de Santé Communautaire (D.S.C.) sont rémunérés pour leur part selon un salaire fixe correspondant à un certain nombre d'heures de travail hebdomadaire. D'autres peuvent être rémunérés à la vacation, c'est-à-dire recevoir un certain tarif fixe pour une période de services donnée.

Lorsque les soins dentaires font partie de l'un des programmes dentaires du gouvernement provincial, la tarification à l'acte et le niveau des honoraires fixés dans le cas de la rémunération à salaire ou à vacation découlent tous d'ententes entre les associations de professionnels (l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec) et le ministre de la santé et des services sociaux.

En ce qui concerne particulièrement la rémunération des denturologistes, notons que les tarifs des services assurés dans le cadre de programmes dentaires sont déterminés par un règlement concernant l'aide sociale.

Au niveau des services non assurés par les programmes dentaires du Québec, la tarification est déterminée librement par chaque dentiste et denturologiste. Leur association dentaire propose toutefois une certaine tarification à titre d'exemple, mais le prix des services rendus est finalement déterminé par chacun des pourvoyeurs de services selon le marché dans lequel ils-elles évoluent. En marge des politiques de rémunération destinées aux effectifs dentaires du Québec, il existe diverses mesures incitatives dont le but est de favoriser une bonne distribution des dentistes sur le territoire. Ces mesures consistent en des versements de primes d'éloignement, remboursement de frais de déménagement, ressourcement et sorties accompagnées de la famille.

Tel qu'on peut le constater au tableau 7, en 1985/86, 447 dentistes ont pu bénéficier de mesures incitatives pour une somme totale de 475 232 dollars. Pour la majorité d'entre eux, les incitatifs accordés visaient le ressourcement (soit pour 82.6 % des dentistes concernés).

Toujours dans le but d'améliorer la répartition des effectifs médicaux sur le territoire du Québec, la loi sur l'assurance-maladie a mis sur pied un programme de bourses d'études administré par la Régie de l'assurance-maladie (RAMQ). Dans le cadre de ce programme, des étudiants-es en médecine dentaire pouvaient se voir décerner par le ministre de la Santé et des services sociaux (MSSS) des bourses d'étude payées par la RAMQ. Les récipiendaires devaient en échange s'engager à pratiquer à l'intérieur de territoires désignés pendant une période fixée par le ministre. Actuellement, de telles bourses ne sont plus décernés qu'aux étudiants-es en médecine. Tel que le précise le docteur Jacques Dufour de la direction des services professionnels du MSSS, les bourses ont cessé d'être accordées aux dentistes en raison du peu d'efficacité du programme (taux de roulement élevé des dentistes boursiers) et de la difficulté grandissante de trouver des marchés pour les dentistes boursiers.

2.2.4 Les programmes de soins dentaires: Parmi les programmes dentaires destinés à la population du Québec on compte trois programmes principaux administrés par la RAMQ et un certain nombre d'autres programmes administrés directement par le MSSS ou plus particulièrement par la Commission de la Santé et Sécurité au Travail (CSST) et la Régie de l'Assurance Automobile du Québec (RAAQ). Les programmes de soins dentaires du Québec peuvent également être analysés en terme d'évolution des dépenses publiques qu'ils ont encourus au Québec depuis les années 1970.

Dans les pages qui suivent, ces différents aspects des programmes dentaires sont abordés à travers les points suivants:

- a) le champ d'application des programmes dentaires
- b) le coût des programmes dentaires administrés par la R.A.M.Q.

a) Le champ d'application des programmes dentaires:

Quatre entités différentes sont responsables de l'ensemble des programmes dentaires du Québec, soit la RAMQ, le MSSS, la RAAQ et la CSST. Parmi les programmes administrés par la RAMQ on retrouve le programme de chirurgie buccale destiné à l'ensemble de la population du Québec, le programme de soins s'adressant aux enfants de moins de 16 ans et le programme spécifique aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Tel que l'on peut le constater en observant le tableau 8, à la fois la catégorie de bénéficiaire et le lieu de réception des soins dentaires varient selon le type de programme concerné. Les programmes dont le MSSS est responsable sont au nombre de quatre. Le premier s'adresse aux enfants de moins de 12 ans et a pour but principal de promouvoir la prévention en santé dentaire. Deux autres programmes concernent quant à eux les personnes présentant des pathologies cancéreuses ou des fissures labio-palatine congénitales. Le dernier programme s'adresse quant à lui aux autochtones inscrits à la convention de la Baie-James et du Nord québécois et offre une large gamme de soins.

La CSST quant à elle administre un seul programme soit celui des services dentaires aux accidentés. Notons toutefois que les services assurés dans le cadre de ce programme ne concernent que les prothèses dentaires.

Finalement, un dernier programme dentaire vise au remboursement des frais " raisonnables " encourus par des soins dentaires occasionnés par un accident d'automobile et non couverts par le régime de sécurité sociale du Québec.

b) Le coût des programmes dentaires administrés par la

RAMQ: L'ampleur du coût des programmes dentaires administrés par la RAMQ sera évaluée ici selon chaque type de programme depuis 1971 jusqu'à 1985. Mais tout d'abord, voyons quelle fut l'évolution de la part des programmes dentaires parmi les dépenses allouées à tous les programmes de santé gérés par la RAMQ durant la période allant de 1975 à 1986. Pour ce faire, nous devons nous reporter aux données du tableau 9 où l'on peut observer la répartition en pourcentage des dépenses allouées aux différents programmes de santé compris dans les services médicaux, pharmaceutiques, dentaires et optométriques, ainsi que les autres services et l'administration de ces programmes par la RAMQ.

En ce qui concerne les programmes dentaires, on constate que parmi les dépenses allouées à tous les programmes de santé de la RAMQ, leur part en terme de pourcentage des dépenses a augmenté jusqu'en 1981/82. En effet, il semble que depuis 1982/83 l'importance des dépenses en services dentaires tend à diminuer par rapport à l'ensemble des services de santé administrés par la régie. Ainsi, la part des dépenses en soins dentaires représentait en 1981/82 un pourcentage de 9,4 %, alors qu'en 1985/86 ce pourcentage se trouvait plutôt à 6,2

%. De plus, tel que le démontre la figure 5, il apparaît que le coût total des programmes de soins dentaires de la RAMQ tend à se stabiliser depuis 1983, si l'on exclu les dépenses allouées à différents types de rémunération.

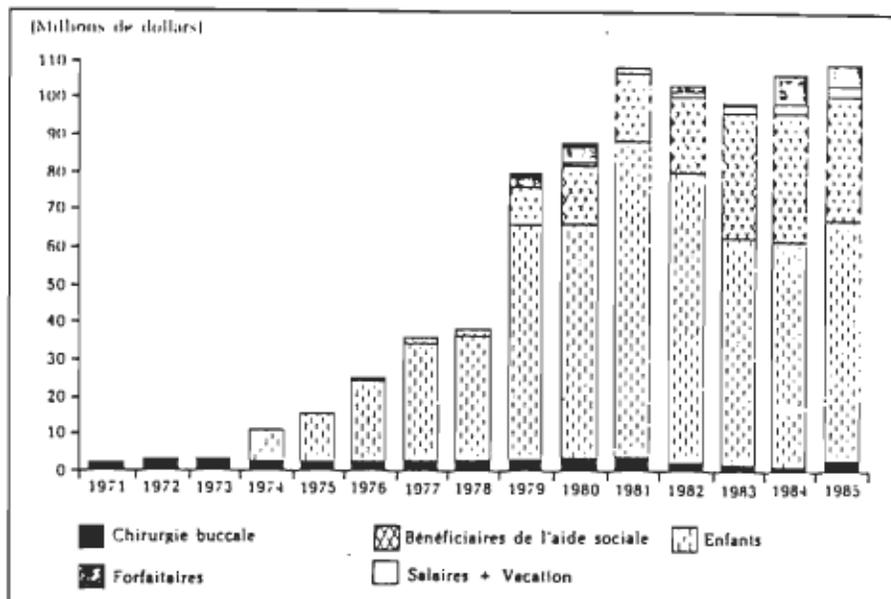


Figure 5. Coût des programmes de services dentaires, Québec 1971-85

Source: Statistiques annuelles, RAMQ, 1985.

Néanmoins, toute chose étant égale par ailleurs, on peut s'attendre à une diminution future du coût des programmes dentaires administrés par la RAMQ, compte tenu des nouvelles dispositions du programme de soins dentaires destiné aux enfants. En effet, la coupure récente d'un examen annuel de prévention dentaire gratuit pour les enfants de moins de 16 ans (comparativement aux deux examens annuels auxquels ils avaient droit jusqu'en 1986) aura vraisemblablement pour effet d'occasionner des économies au niveau du programme de soins dentaires destiné aux enfants. Mentionnons d'ailleurs que le MSSS estime à environ 6 millions de dollars l'économie devant être réalisée grâce à cette coupure.

Les effectifs du secteur des soins dentaires au Québec regroupent un nombre considérable de personnes oeuvrant dans des champs d'activité divers. Aussi, on constate qu'une bonne partie de ces effectifs s'est dotée d'instruments de contrôle de leur profession.

Toutefois, la présence du gouvernement provincial dans le système des soins dentaires assure également à l'Etat un certain pouvoir de contrôle à l'égard des soins rendus à la population. Cette intervention qui s'effectue à travers divers programmes de soins ainsi qu'une politique de rémunération des effectifs vise principalement à favoriser un accès équitable de la population aux soins dentaires tout en s'assurant le respect des libertés individuelles des effectifs.

C'est donc dans un contexte où le marché et l'Etat sont à la fois présents que se rencontrent l'offre et la demande de soins dentaires au Québec.

Mais quels sont exactement les éléments qui entrent en jeu au niveau de l'offre et de la demande de soins dentaires dans la micro-région Gaspésie/Iles ? Cette question fait précisément l'objet de la prochaine partie du document où l'on tente de décrire et analyser les principaux facteurs intervenant dans la problématique à l'étude.

PARTIE II

LES CONDITIONS D'OFFRE ET DE DEMANDE DE SOINS DENTAIRE EN GASPÉSIE/ILES

La première partie de l'étude a été consacrée principalement aux aspects théoriques se rapportant à la problématique.

Dans cette seconde partie on présente les résultats tirés des enquêtes auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles, des dentistes ayant quitté la micro-région ainsi que des ménages de Gaspésie/Iles. Ces résultats sont regroupés en deux chapitres distincts soit l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles et la demande de soins dentaires en Gaspésie/Iles.

CHAPITRE III

L'OFFRE DE SOINS DENTAIRES EN GASPÉSIE/ILES

Tel que précisé par le schéma d'analyse de cette étude, l'offre de soins dentaires fait intervenir divers éléments concernant la dotation et la conservation des effectifs. Ces éléments furent d'ailleurs abordés dans le cadre des enquêtes auprès des effectifs dentaires. Les résultats de ces enquêtes sont présentés à travers les quatre points suivants; soit les caractéristiques générales des effectifs de Gaspésie/Iles, le choix de la localisation en Gaspésie/Iles, les conditions de pratique et de vie en Gaspésie/Iles et la stabilité du lieu de pratique.

En guise d'introduction à ce chapitre, on présente brièvement la situation de l'offre de soins dentaires au Québec, de façon à mieux situer l'offre de soins dentaires de la Gaspésie/Iles par rapport au reste du territoire québécois. Les quatre autres divisions qui suivent concernent quant à elles les effectifs dentaires visés par les enquêtes. A ce niveau, on identifie dans un premier temps les caractéristiques générales des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles. Par la suite, on s'intéresse aux principaux facteurs de localisation en Gaspésie/Iles, après quoi il s'agit de décrire les conditions de pratique et de vie dans cette micro-région. Finalement, on aborde la question de la stabilité des effectifs sur le territoire d'enquête.

3.1 La situation générale de l'offre de soins dentaires: Dans cette première section, on effectue un bref survol de la situation des effectifs dentaires au niveau de leur distribution sur le territoire québécois. Plus précisément, cette information est livrée à travers les points suivants:

- 3.1.1 La distribution des effectifs dentaires au Québec
- 3.1.2 La distribution des effectifs dentaires du Bas St-Laurent/Gaspésie
- 3.1.3 La distance séparant la population des ressources dentaires.

3.1.1 La distribution des effectifs dentaires au Québec:

Tout comme il en est des effectifs médicaux en général, la distribution des effectifs dentaires au Québec se traduit par un déséquilibre entre les régions socio-sanitaires. Les données du tableau 10 illustrent d'ailleurs la situation qui prévalait au Québec en 1986. Tel qu'on peut l'observer, le volume d'effectifs dentaires (dentistes et denturologistes) dont dispose chaque région socio-sanitaire diffère considérablement selon les régions, à l'avantage des régions centrales.

Toutefois, c'est le calcul du ratio effectifs/population qui permet d'apprécier réellement le volume d'effectifs disponibles dans chaque région compte tenu du volume de la population à déservir. Dans le cas présent, on se concentrera sur le ratio dentiste/population étant donné qu'il n'existe pas actuellement de norme suggérée pour les denturologistes. Chez les dentistes par contre, la norme proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé se situe à un dentiste par 2 000 habitants. Le tableau 10 présente tout de même le

volume de denturologistes de chaque région socio-sanitaire à titre indicatif.

Ainsi, il apparaît qu'en 1986, seulement la région du Montréal métropolitain excédait la norme proposée avec un ratio de 1,42 dentiste par 2 000 habitants. La moyenne provinciale quant à elle s'approchait tout de même de la norme avec un ratio de 0,85 dentiste par 2 000 habitants.

Toutefois, comme on peut l'observer, les ratios dentiste/population s'éloignent considérablement de la moyenne québécoise dans certaines régions. La première colonne à la droite du tableau 10 présente le rang qu'occupe chaque région en terme de ratio dentiste/population. Parmi toutes les régions, trois d'entre elles affichent un ratio dentiste/population qui n'atteint pas la moitié de la norme établie. Il s'agit de l'Abitibi/Témiscamingue (10^e rang avec 0,44) du Bas St-Laurent/Gaspésie (9^e rang avec 0,47) et du Nouveau-Québec/Côte-Nord (8^e rang avec 0,48).

Un autre groupe de régions occupe pour sa part les septième, sixième et cinquième rangs. On peut en effet rassembler ces régions en un groupe particulier lorsque l'on considère le faible écart séparant leur ratio dentiste/population qui va de 0,57 à 0,59. Il s'agit des régions Laurentides/Lanaudière (7^e rang avec 0,57), Outaouais (6^e rang avec 0,58), Montérégie (5^e rang avec 0,59) et la Mauricie (5^e rang avec 0,59).

Enfin, les quatre régions qui apparaissent les plus favorisées au niveau du ratio dentiste/population sont dans l'ordre décroissant la région du Montréal métropolitain (1^e

rang avec 0,42), l'Estrie (2^e rang avec 0,72), Québec (3^e rang avec 0,69) et le Saguenay/Lac St-Jean (4^e rang avec 0,63). Toutefois, rappelons que parmi ces quatre régions, seulement le Montréal métropolitain surpasse la moyenne provinciale du ratio dentiste/population.

Si l'on élimine la région Saguenay/Lac St-Jean qui occupe le quatrième rang en fait de ratio dentiste/population, on peut considérer que le profil de la distribution des dentistes du Québec se fait généralement à l'avantage des régions centrales, alors que les régions intermédiaires apparaissent moins favorisées, et les régions périphériques encore moins.

3.1.2 La distribution des effectifs dentaires du Bas St-Laurent/Gaspésie: Une analyse plus fine de la distribution des dentistes sur le territoire montre que l'inégale distribution inter-régionale qui prévaut chez les dentistes du Québec existe également au niveau de la distribution intra-régionale de ces effectifs.

Compte tenu de la région étudiée dans le cadre de cette recherche, les calculs effectués au tableau 10 ont été transposés au tableau 11 à l'échelle des M.R.C. de la région Bas St-Laurent/Gaspésie. De plus, on présente à titre indicatif le nombre de denturologistes inscrits dans chacune de M.R.C. de la région.

Comparativement à la moyenne régionale de 0,46 dentiste par 2 000 habitants, on remarque que quatre M.R.C. sur 10 surpassent ce ratio. Il s'agit des M.R.C. d'Avignon (1^e rang avec 0,63), Bonaventure (2^e rang avec 0,53), Pabok (3^e rang avec 0,52) et Rimouski-Neigette (3^e rang avec 0,52). Par la

suite, on note trois M.R.C. dont le ratio dentiste/population s'approche sensiblement de la moyenne régionale. Il s'agit des M.R.C. de Matapédia (4^e rang avec 0,45), Matane (5^e rang avec 0,44) et Côte-de-Gaspé (6^e rang avec 0,41).

Finalement, les M.R.C. qui apparaissent les plus défavorisées en terme de ratio dentiste/population sont celles des Iles-de-la-Madeleine (7^e rang avec 0,38), puis la Mitis (8^e rang avec 0,36) et Denis-Riverin (9^e rang avec 0,25). Toutefois, l'évaluation de l'accessibilité de la population aux effectifs dentaires devrait faire intervenir un autre type de calcul qui tiendrait compte cette fois de la localisation des effectifs à l'intérieur de chaque niveau territorial étudié. C'est ce qui fait précisément l'objet du prochain point.

3.1.3 La distance séparant la population des ressources dentaires: Mis à part le ratio dentiste/population, l'état de distribution des effectifs dentaires peut également être mesuré par la distance moyenne séparant la population de la ressource dentaire (cabinet dentaire) la plus proche du domicile.

Le tableau 12 est tiré d'une étude de la direction générale des programmes de services sociaux du gouvernement québécois (1980) concernant la répartition territoriale des effectifs médicaux au Québec. Les données ayant trait aux effectifs dentaires datent de 1979, alors que celles qui se rapportent à la population sont tirées du recensement de 1976. On peut y observer des fluctuations de la distance moyenne qui sépare la population de chaque région socio-sanitaire par rapport au cabinet dentaire le plus près du lieu de résidence.

Ainsi, mise à part la région du Nouveau-Québec qui fut éliminée des calculs (en raison des abérations qu'elle aurait causé à la moyenne québécoise), on constate que la région Bas St-Laurent/Gaspésie apparaît au deuxième rang juste derrière la Côte-Nord où la distance moyenne à parcourir pour rejoindre le cabinet dentaire le plus près du domicile est plus élevée que partout au Québec.

Par rapport à la moyenne québécoise, la distance calculée pour la région Bas St-Laurent/Gaspésie en représente plus du double. Parmi toutes les régions socio-sanitaires du Québec, on compte en fait quatre régions qui s'éloignent passablement de la distance moyenne calculée pour l'ensemble de la province. Comme il fut souligné précédemment, si l'on ne tient pas compte du Nouveau-Québec, la Côte-Nord est la région où la distance calculée est à son maximum. La région Bas St-Laurent/Gaspésie occupe le second rang, suivie de l'Abitibi/Témiscamisque et de l'Outaouais. Notons qu'il s'agit là de régions de la périphérie du Québec, sauf dans le cas de l'Outaouais qui compte parmi les régions intermédiaires. Ainsi, du point de vue de la distance séparant la population des ressources dentaires les plus près du domicile, les régions centrales apparaissent les plus favorisées.

L'étude présentée ici offre également le même genre de calculs de distances, mais cette fois en désagrégeant la population totale selon les personnes occupées (occupant un poste rémunéré) et les personnes les plus instruites (détenant un certificat d'études secondaires et/ou ayant fait des études post-secondaires).

D'après les données du tableau, on constate non seulement une inégalité de l'accès physique de la population des diverses régions par rapport aux dentistes, mais on observe de plus qu'à l'intérieur de chaque région, la distance séparant la population des effectifs dentaires varie selon les catégories de la population. Ainsi, il apparaît que les personnes les plus instruites sont localisées moins loin des ressources dentaires que les personnes occupées, qui elles-mêmes semblent avantagées par rapport au reste de la population.

Concrètement, dans la région du Bas St-Laurent/Gaspésie, la distance moyenne séparant la population totale de la ressource dentaire la plus près du lieu de résidence serait de 10,15 kilomètres (km.). Pour les personnes occupées, la distance moyenne se situerait plutôt à 8,94 km. et à 7,82 km. pour les personnes plus instruites. Tel que le soulignent les auteurs du document, les dentistes auraient tendance à se localiser plus près des populations occupées et encore plus près des populations instruites, que des autres catégories de gens.

3.2 Les caractéristiques générales des effectifs: Grâce aux informations générales recueillies à partir de trois des sept blocs d'information du questionnaire destiné aux effectifs dentaires de Gaspésie/Iles, on peut identifier certaines caractéristiques des dentistes et denturologistes du territoire d'enquête. Les trois blocs d'information concernés sont les suivants: l'identification du répondant, les antécédents, le conjoint et le lieu de pratique.

L'enquête auprès des effectifs dentaires a permis de révéler une foule d'informations de plusieurs natures. Toutefois, nous nous en tiendrons ici aux renseignements qui pourraient être utiles à l'atteinte des objectifs spécifiques visés par l'enquête. Les résultats obtenus concernent donc spécifiquement le lieu de pratique, la distribution et le volume de dentistes, puis les antécédents.

a) Le lieu de pratique: En observant la distribution des effectifs dentaires à la page 228, on peut remarquer que plusieurs parties du territoire d'enquête ne comptent aucun cabinet de soins dentaires. Dans les lignes qui suivent, nous allons présenter l'état de la distribution des dentistes de préférence aux denturologistes étant donné que les premiers sont en mesure d'offrir une gamme de soins dentaires plus élaborée.

Dans la M.R.C. d'Avignon par exemple, trois des cinq dentistes qui y pratiquent sont localisés à l'extrême droite de la M.R.C., soit dans la municipalité de Carleton. Quant aux deux autres dentistes, leur cabinet se trouve à l'extrême gauche de la M.R.C., soit à Matapédia. Ainsi, pour les gens résidant au centre de la M.R.C. (Pointe à la Garde), une distance moyenne de 38,6 kilomètres (km.) doit être parcourue afin d'atteindre le cabinet dentaire (dentiste) le plus près (Carleton) dans la M.R.C.

En ce qui concerne maintenant la M.R.C. de Côte-de-Gaspé, soulignons le cas de Murdochville qui ne compte aucun dentiste y pratiquant de façon permanente et qui apparaît comme la municipalité la plus isolée de la M.R.C. En réalité, nous savons que la population de cette municipalité bénéficie néanmoins de services dentaires assurés par la présence non permanente mais régulière d'un dentiste de Rimouski. Ainsi, mis à part Murdochville, la partie de la M.R.C. qui se trouve la plus éloignée d'un cabinet de dentiste serait la municipalité de l'Anse-à-Valleau distante de 48,5 km. de Grande-Vallée où se trouve le cabinet dentaire le plus près.

Dans la M.R.C. de Pabok, la distance maximale à parcourir pour recevoir des soins d'un dentiste s'évalue à environ 62,1 km. à l'intérieur de la M.R.C. (soit de St-Georges-de-Malbaie à Grande-Rivière). Pour les résidents de St-Georges-de-Malbaie, la distance à franchir pour rejoindre le dentiste le plus près dans la M.R.C. de Côte-de-Gaspé serait alors de 51,8 km. (soit de St-Georges-de-Malbaie à Gaspé).

Tel qu'on peut le constater en observant cette fois les données cartographiées des Iles-de-la-Madeleine, les dentistes y sont fortement concentrés. Par conséquent, pour les habitants de Grande-Entrée où la distance par rapport au cabinet dentaire le plus près (Cap-aux-Meules) est à son maximum, un trajet moyen de 59,5 km. doit être parcouru afin de recevoir des soins d'un dentiste.

En ce qui concerne la M.R.C. de Bonaventure finalement, on constate que la distribution des effectifs dentaires est telle que la distance à parcourir pour rejoindre un dentiste de ce territoire est inférieure à celle qui s'impose aux résidents des quatre autres M.R.C. En effet, pour la municipalité la plus éloignée d'un cabinet de dentiste dans Bonaventure, on évalue à environ 27 km. la distance à parcourir pour atteindre le point de services dentaires le plus près (soit de St-Alphonse à Bonaventure).

b) La distribution et le volume de dentistes: Du point de vue de la distribution intra M.R.C. des dentistes de Gaspésie/Iles, les données de la carte 1 nous permettent de constater que la M.R.C. de Bonaventure est favorisée par rapport aux autres M.R.C. à l'étude. Toutefois, si la distance à parcourir pour recevoir des soins dentaires est inférieure à l'intérieur de la M.R.C. de Bonaventure, on peut se demander si cette même M.R.C. est également avantagée du point de vue du ratio dentiste/population.

On peut observer au tableau 11 le rang qu'occupe chaque M.R.C. selon le ratio dentiste/population. On constate que la M.R.C. la plus avantagée du point de vue du ratio dentiste/population est celle d'Avignon. Au deuxième rang, on retrouve la M.R.C. de Bonaventure, suivie de Pabok, Côte-de-Gaspé et Iles-de-la-Madeleine.

c) Les antédédents: Afin de connaître le mieux possible les effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, il fallait pouvoir disposer de certaines informations concernant la période précédant leur localisation dans cette

région. Dans cette optique, nous avons recueilli des informations concernant leur principal lieu de résidence avant leurs études en dentisterie ou en art dentaire, leur institution de formation, ainsi que leurs différents lieux de pratique depuis l'obtention de leur permis de pratique.

- Le principal lieu de résidence avant la formation:

Au niveau du principal lieu de résidence avant les études en dentisterie ou en art dentaire, les données inscrites au tableau 13 nous permettent de constater que pour la majorité des répondants (35,7 %), la région où ils ont résidé le plus longtemps avant leurs études dentaires est le Bas St-Laurent/Gaspésie. Plus précisément, 80 % de ces répondants ont résidé à l'intérieur même du territoire où ils pratiquent actuellement, c'est-à-dire le territoire d'enquête.

Quant aux autres répondants, leur principal lieu de résidence avant leur formation dentaire réfère à la région du Montréal métropolitain (32,2 %), au VietNam (10,7 %), à la région de Québec (7,1 %), au Saguenay/Lac St-Jean (7,1%), à la Mauricie (3,6 %) et au Nouveau-Brunswick (3,6 %).

En ce qui concerne particulièrement les dentistes, on retrouve sensiblement le même nombre de répondants provenant de la région du Bas St-Laurent/Gaspésie (8 dont 6 provenant de notre territoire d'enquête) et de répondants provenant de la région de Montréal (7).

Chez les denturologistes, on retrouve exactement le même nombre de répondants provenant du Bas St-Laurent/Gaspésie

(tous de notre territoire d'enquête) et de répondants provenant de la région de Montréal. Quant au dernier denturologiste du groupe de répondants, il provient de la région de Saguenay/Lac St-Jean.

- L'institution de formation: En ce qui concerne l'institution de formation, il apparaît d'après le tableau 13 que les effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles ont été en majorité formés dans des institutions de la région montréalaise.

Chez les dentistes, 43,5 % d'entre-eux ont étudié la dentisterie à l'Université de Montréal, tandis que 80 % des denturologistes ont complété leur formation en art dentaire au Collège Edouard Montpetit de Longueuil. Notons qu'il s'agit là de la seule institution de formation en denturologie au Québec. Pour les dentistes, la deuxième institution de formation en importance est l'Université Laval où 34,8 % d'entre-eux ont été formés. Mentionnons finalement que les autres institutions de formation où ont étudiés certains dentistes pratiquant actuellement en Gaspésie/Iles sont l'université de Saïgon (et l'Université de Montréal pour recyclage) (13,1 %) l'Université McGill (4,3 %) et finalement l'Université du Nouveau-Brunswick (4,3 %).

Après avoir examiné séparément les variables " principal lieu de résidence avant la formation " et " institution de formation ", il serait intéressant de confronter ces deux éléments afin de déterminer une relation possible entre ceux-ci.

- Région de provenance et institution de formation:
Tel qu'en témoignent les données inscrites au tableau 13, la majorité des effectifs dentaires ayant participé à notre enquête (10 dont 8 dentistes et 2 denturologistes) ont résidé principalement dans la région du Bas St-Laurent/Gaspésie avant leur formation, et les dentistes concernés ont surtout été formés à l'Université Laval (5 à Laval/3 à l'U. de M.). Les deux denturologistes originaires du Bas St-Laurent/Gaspésie ont reçu leur formation quant à eux, dans la région de Montréal. Toutefois, sur l'ensemble des effectifs dentaires compris dans notre groupe de répondants, on constate tout de même que les dentistes et denturologistes ont davantage été formés dans la région de Montréal.

Dans le cadre d'une étude réalisée au cours de l'année académique 1980-1981 auprès d'étudiants en dentisterie des universités du Québec, Bédard et al. (1982) se sont intéressés à l'influence du principal lieu de résidence avant la formation sur le choix du lieu de pratique des futurs dentistes. Si l'on compare leurs résultats à ceux de la présente étude, on remarque que chez nos dentistes répondants provenant de la région Bas St-Laurent/Gaspésie (8/23), la majorité d'entre-eux (62,5 %) ont été formés à l'Université Laval. Au moment de leur étude, Bédard et al. (1982) observaient également que les étudiants originaires du Bas St-Laurent/Gaspésie avaient davantage tendance à étudier la dentisterie à l'Université Laval (84,6%). Parmi nos dentistes répondants originaires de la région de Montréal (7), le plus

grand nombre d'entre-eux ont été formés surtout à l'Université de Montréal (65,3 %) par rapport aux Universités McGill (16,8 %) et Laval (0). Également dans l'étude de Bédard et al (1982), davantage d'étudiants provenant de la région de Montréal se retrouvaient à l'Université de Montréal (52,1 %) par rapport aux Universités McGill (45,2 %) et Laval (2,7 %).

Là où nos résultats semblent s'éloigner de ceux qu'ont obtenu Bédard et al. (1982), c'est en ce qui concerne la relation existant entre le lieu de formation et le choix du lieu de pratique. Tel que nous pouvons l'observer en Gaspésie/Iles, les dentistes ayant été formés à l'Université Laval ne sont pas plus nombreux que ceux qui proviennent de l'Université de Montréal. Au contraire, la proportion des dentistes ayant été formé à cette dernière université est de 56,5 % , alors que les dentistes provenant de l'Université Laval représentent 34,8 % des dentistes de notre groupe de répondants. De plus, si l'on considère les deux dentistes qui n'ont pas répondu à notre questionnaire d'enquête, la proportion des dentistes pratiquant en Gaspésie/Iles qui ont été formés à l'Université de Montréal se chiffre à 60 %. Au cours de l'année académique 1980-1981 où Bédard et al. (1982) ont réalisé leur étude, il semble que davantage d'étudiants de l'Université Laval manifestaient le désir de pratiquer dans une des régions périphériques du Québec (18,7 %) par rapport aux étudiants de l'Université de Montréal (7,8 %) et McGill (0). Compte tenu de leurs résultats, Bédard et al. (1982) mentionnaient en conclusion de leur étude:

notre analyse supporte la suggestion (...) déjà formulée dans l'étude des effectifs dentaires du Québec en 1979 (...) d'examiner la possibilité de former plus de dentistes à Québec et moins à Montréal, vue la situation géographique de

l'Université Laval qui favorise un recrutement de candidats des régions éloignées.

(Bédard et al., 1982)

Si l'on regarde de plus près les résultats de notre enquête, on constate que ceux-ci ne vont pas à l'encontre de ceux qu'ont obtenu Bédard et al. (1982). En effet, les auteurs ont évalué qu'environ 2,4 fois plus d'étudiants en dentisterie de l'Université Laval manifestent le désir de pratiquer en périphérie du Québec, par rapport aux étudiants de l'Université de Montréal. Toutefois, si l'on considère que l'Université de Montréal formait au moment de leur enquête trois fois plus de dentistes que l'Université Laval (soit 326 contre 97), il s'en suit qu'une micro-région telle la Gaspésie/Iles peut très bien avoir été choisie comme lieu de pratique par autant de dentistes formés à l'Université de Montréal qu'à Laval.

- Lieux de pratique précédant la localisation en Gaspésie/Iles: Avant de se localiser à l'intérieur de notre territoire d'enquête, certains dentistes et denturologistes pratiquant aujourd'hui en Gaspésie/Iles avaient déjà pratiqué ailleurs. Au tableau 14, nous avons identifié les différents lieux de pratique antécédant à la localisation en Gaspésie/Iles.

Pour l'ensemble de nos répondants, on constate qu'une bonne partie d'entre-eux (46,4 %) n'avaient jamais pratiqué en d'autres lieux avant de se localiser en Gaspésie/Iles. Toutefois, une proportion appréciable de dentistes et denturologistes avaient pratiqué auparavant dans l'une ou l'autre des régions de la périphérie du Québec (Bas

St-Laurent/Gaspésie, Nouveau-Québec, Côte-Nord, Saguenay/Lac St-Jean). Parmi tous les répondants, 21,7 % avaient déjà pratiqué à l'intérieur même du territoire d'enquête. Par la suite, on compte une proportion de quatre répondants sur 28 ayant pratiqué auparavant dans la région de Québec, deux sur 28 dans la région de Montréal, également deux sur 28 cette fois au VietNam, et finalement, un des 28 répondants aurait pratiqué auparavant en Estrie.

Chez le sous-groupe des dentistes, le seul élément particulier digne de mention concerne la présence d'effectifs provenant de l'extérieur du Québec et même du Canada (soit du VietNam). Chez les denturologistes, on note une même proportion de ceux qui ont pratiqué autrefois en périphérie du Québec et de ceux qui ont débuté leur pratique en Gaspésie/Iles.

3.3 Le choix de la localisation en Gaspésie/Iles: Le processus du choix d'un lieu de pratique fait intervenir un certain nombre d'éléments dont la nature et l'importance diffèrent selon la personne concernée.

Afin de mieux connaître le processus ayant conduit à la localisation des effectifs pratiquant actuellement en Gaspésie/Iles, il faut connaître les facteurs ayant présidé à leur localisation dans cette micro-région, ainsi que leurs intentions professionnelles au moment même de cette localisation. Notons que ces interrogations correspondent aux blocs I et III du questionnaire d'enquête destiné aux effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles.

Dans les pages qui suivent, les informations ainsi recueillies seront présentées à travers les points suivants:

- a) les facteurs de localisation en Gaspésie/Iles;
- b) les intentions lors de la localisation en Gaspésie/Iles.

a) Les facteurs de localisation en Gaspésie/Iles:

Dans le questionnaire d'enquête préparé à l'intention des dentistes et denturologistes de la Gaspésie/Iles, nous demandions aux répondants d'identifier les facteurs ayant présidé à leur localisation en Gaspésie/Iles. Aussi, on retrouve dans le questionnaire une liste de différents facteurs auxquels correspond une échelle de valeur allant du " très important " au " pas du tout important ".

Au tableau 15, on retrouve les facteurs de localisation jugés " très importants " pour le choix de la Gaspésie/Iles comme lieu de pratique.

On constate que pour l'ensemble des répondants, les facteurs de localisation mentionnés concernent davantage les conditions de pratique de la micro-région Gaspésie/Iles. On doit néanmoins spécifier les résultats obtenus selon les deux sous-groupes que constituent les dentistes et denturologistes du territoire d'enquête.

Chez les dentistes, les deux premiers facteurs de localisation mentionnés par 65,2 % et 60,7 % d'entre eux réfèrent à la micro-région comme milieu de pratique. Par la suite, les trois autres facteurs mentionnés par plus de 30 %

d'entre eux se rattachent plutôt au milieu de vie qu'offre la Gaspésie/Iles.

Dans le cas des denturologistes par contre, on note que parmi les facteurs qui furent mentionnés chacun par trois d'entre eux, un seul se rapporte aux conditions de pratique de la micro-région, alors que les trois autres facteurs concernent le milieu de vie de la Gaspésie/Iles. Par la suite, deux autres facteurs ont été identifiés dans les deux cas par deux des cinq denturologistes. L'un d'eux réfère au milieu de pratique et l'autre au milieu de vie de la micro-région.

Suite à cette compilation des résultats obtenus, il demeure néanmoins difficile de départager entre-eux les facteurs qui ont été tous identifiés comme " très importants " lors de la localisation en Gaspésie/Iles. Ayant prévu ce genre de problème, une question ouverte fut inclus au questionnaire d'enquête afin d'identifier les principaux motifs expliquant la décision de nos répondants de se localiser en Gaspésie/Iles. On retrouve donc au tableau 15 les informations ainsi obtenues sous la rubrique "Principal facteur de localisation".

Lors de la présentation des résultats concernant les facteurs que les dentistes ont jugés " très importants " lors de leur localisation en Gaspésie/Iles, il fut noté que pour une majorité d'entre eux, les conditions de pratique semblaient très importantes dans leur choix de la micro-région Gaspésie/Iles. Toutefois, les informations découlant de la question ouverte indiquent que lors de la localisation dans

notre région d'enquête, un peu plus de la moitié des dentistes (52,2 %) auraient attaché autant d'importance aux conditions de pratique et de vie dans la micro-région. Par ailleurs, 39,1 % affirmaient s'être localisés en Gaspésie/Iles principalement en raison des conditions de pratique offertes par cette micro-région, tandis que 8,7 % motivaient leur choix principalement par les conditions de vie que l'on retrouve dans la micro-région.

Dans le cas des denturologistes, il fut mentionné précédemment que les facteurs de localisation identifiés comme " très importants " étaient reliés au milieu de vie pour le plus grand nombre d'entre-eux. Les réponses fournies à la question ouverte confirment cette observation. En effet, trois des cinq denturologistes répondants ont affirmé s'être localisés en Gaspésie/Iles principalement en raison du milieu de vie de cette micro-région. Notons que parmi les trois répondants concernés, deux ont vécu pendant un certain nombre d'années en Gaspésie/Iles avant de venir y pratiquer.

En résumé, il semblerait que les dentistes pratiquant actuellement en Gaspésie/Iles se soient localisés dans cette micro-région à la fois pour son milieu de pratique et de vie, avec une légère prédominance pour les facteurs reliés à la pratique. Dans le cas des denturologistes par ailleurs, il apparaît clairement que leur choix de la Gaspésie/Iles comme lieu de pratique ait été motivé principalement par le milieu de vie propre à cette micro-région.

b) Les intentions lors de la localisation en Gaspésie/Iles: A la lueur des données présentées au tableau 16, on constate que la majorité des effectifs dentaires ayant

participé à l'enquête (78,6 %) avaient l'intention de demeurer indéfiniment en Gaspésie/Iles lors de leur localisation dans cette micro-région. Si l'on compare les deux sous-groupes dentistes et denturologistes, on remarque que cette intention de demeurer en Gaspésie/Iles de façon permanente était partagée par la totalité (100 %) des denturologistes, alors que chez les dentistes, 26,1 % d'entre eux avaient plutôt l'intention de se localiser provisoirement dans cette région. Des données complémentaires concernant le nombre d'années de pratique complétées en Gaspésie/Iles montrent que sur les six dentistes ayant eu l'intention de se localiser provisoirement dans la micro-région, trois y pratiquent depuis une à deux années, un y pratique depuis trois ans et demi, et deux depuis cinq ans. Dans une prochaine section de cet ouvrage, nous verrons combien d'années les dentistes ont l'intention de pratiquer en Gaspésie/Iles.

Parmi les raisons motivant une localisation provisoire des six dentistes concernés, on note chez trois d'entre eux le désir de profiter momentanément d'avantages monétaires à la pratique en région éloignée. Pour deux autres dentistes, c'est le fait de disposer d'une bourse pour la pratique en région éloignée qui explique la localisation provisoire en Gaspésie/Iles. Finalement, chez le dernier dentiste concerné, c'est l'influence du conjoint qui explique que la localisation en Gaspésie/Iles ne devait pas s'avérer permanente.

Avant de terminer, soulignons que pour les deux dentistes ayant bénéficié de bourses pour la pratique en région éloignée, ceux-ci avaient auparavant sélectionné la Gaspésie/Iles parmi les choix de lieux de pratique possibles que leur permettait le programme de bourse.

3.4 Les conditions de pratique et de vie en Gaspésie/Iles:

Dans la présente étude, les conditions de pratique et de vie des effectifs dentaires localisés en Gaspésie/Iles sont analysées selon quatre éléments:

- a) les facteurs favorables à la pratique en Gaspésie/Iles;
- b) les facteurs défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles;
- c) les facteurs favorables à la résidence en Gaspésie/Iles;
- d) les facteurs défavorables à la résidence en Gaspésie/Iles.

Au niveau du questionnaire d'enquête, ces informations concernent le bloc IV.

a) Les facteurs favorables à la pratique en Gaspésie/Iles: Dans le questionnaire d'enquête destiné aux effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles, les facteurs favorables à la pratique dans cette micro-région ont fait l'objet d'une question ouverte. Les informations recueillies ont donné lieu au tableau 17.

Ainsi que nous pouvons le constater, les facteurs mentionnés par les répondants touchent plusieurs aspects de la pratique dentaire. C'est pourquoi on ne peut identifier que deux facteurs qui semblent ressortir davantage parmi les facteurs favorables à la pratique dentaire en Gaspésie/Iles. Dans le premier cas (57,1 %), il s'agit de la forte demande de soins dentaires présente dans le milieu. En second lieu, on note (32,1 %) la facilité d'établir des contacts amicaux avec la clientèle.

Chez les dentistes en particulier, la forte demande de soins dentaires comme facteur favorable à la pratique en Gaspésie/Iles a été mentionné dans une plus grande proportion (65,2 %) que chez les denturologistes (un sur cinq). Par contre, un plus grand nombre de denturologistes (quatre sur cinq) sont d'avis que la facilité d'établir des contacts amicaux de la clientèle constitue un facteur favorable à la pratique en Gaspésie/Iles. Chez les dentistes la proportion se situe plutôt à cinq sur 23. Notons finalement que la possibilité d'une pratique diversifiée a été mentionnée par les dentistes dans une proportion de 17,4 %. On comprendra qu'aucun denturologiste n'ait identifié ce facteur, étant donné le domaine d'intervention restreint que permet la denturologie auprès de ses patients.

b) Les facteurs défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles: Au niveau des facteurs défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles, les résultats de l'enquête nous fournissent une longue liste de facteurs dont nous ne commenterons que les principaux. Comme en témoignent les résultats présentés au tableau 18, le facteur mentionné le plus grand nombre de fois réfère aux difficultés d'accès au ressourcement; soit 30,4 % des dentistes et deux des cinq denturologistes.

En ce qui touche particulièrement le sous-groupe des dentistes, trois autres facteurs sont considérés défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles par 17,4 % d'entre-eux. Il s'agit de la difficulté d'accès aux spécialistes de la dentisterie et de la difficulté d'accès aux laboratoires et compagnies d'équipements dentaires. Dans ces deux premiers

cas, c'est l'éloignement géographique qui explique les problèmes d'accessibilité aux ressources. En troisième lieu, on mentionne le faible niveau de sensibilisation de la population à l'importance d'une bonne santé dentaire. Pour les dentistes concernés (17,4 %), ce facteur serait défavorable à la pratique en ce sens qu'il entrave la motivation du professionnel.

Chez les denturologistes finalement, on remarque que peu de facteurs ont été identifiés comme étant défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles. Mis à part le problème du ressourcement, seulement deux autres facteurs ont été signalés chacun par un répondant différent. Il s'agit de la difficulté d'entente avec certains dentistes. Dans une prochaine partie de cet ouvrage, nous verrons comment les dentistes de la Gaspésie/Iles perçoivent la présence de denturologistes dans cette micro-région. Au sujet des denturologistes finalement, mentionnons qu'un répondant a indiqué qu'il n'entrevoit aucun facteur défavorable à la pratique de la denturologie en Gaspésie/Iles.

c) Les facteurs favorables à la résidence en Gaspésie /Iles: Parmi tous les facteurs notés au tableau 19, on constate que chez la majorité des répondants (71,4 %), la qualité de l'environnement constitue un facteur favorable à la résidence en Gaspésie/Iles. Par la suite, plusieurs autres

facteurs ont été mentionnés dans des proportions différentes, selon qu'il s'agit des dentistes ou des denturologistes. Ainsi, on remarque que pour les dentistes ayant participé à l'enquête, le second facteur favorable à la résidence en Gaspésie/Iles est associé à la tranquillité du milieu de vie (26,1 %) (ce milieu étant exempt de la turbulence des grandes villes occasionnée par la circulation dense, le bruit excessif, etc.). Comme troisième et quatrième facteurs, 21,7 % des dentistes répondant mentionnent les grandes possibilités de loisirs et d'activités de plein-air en Gaspésie/Iles, ainsi que la facilité d'établir des liens amicaux avec la population. Chez le sous-groupe des denturologistes, ce dernier facteur fut mentionné par un seul répondant. Également identifié par un denturologiste, le troisième facteur noté réfère quant à lui à la qualité des services municipaux.

Enfin, on peut considérer que dans l'ensemble, les principaux facteurs jugés favorables à la résidence en Gaspésie/Iles constituent le plus souvent des éléments propres aux villes ou régions de petite dimension par rapport aux grands centres urbains. D'ailleurs cet aspect de la petite dimension apparaît favorisé tout particulièrement par les dentistes (17,4 %) qui mentionnent la proximité du lieu de travail et des services comme facteur favorable à la résidence en Gaspésie/Iles.

d) Les facteurs défavorables à la résidence en Gaspésie/Iles: Par opposition au tableau précédent, nous retrouvons au tableau 20 les facteurs que les répondants jugent défavorables à la résidence en

Gaspésie/Iles. Suite à l'observation des résultats, on remarque certaines divergences d'opinion entre les dentistes et denturologistes concernés par l'enquête.

Contrairement au sous-groupe des dentistes, les denturologistes n'identifient aucun facteur comme étant plus défavorable par rapport à d'autres. Ainsi, les quatre facteurs indiqués par les denturologistes ont tous été mentionnés dans une même proportion, c'est-à-dire par un répondant dans chacun des cas. Ces facteurs réfèrent à un sentiment d'isolement par rapport aux grands centres (qui apparaissent très éloignés), à un manque d'établissements commerciaux et à un niveau élevé du prix des marchandises, à la difficulté de faire respecter son intimité, et finalement, à un certain manque de civisme de la part de la population. Notons également le cinquième denturologiste pour qui il ne semble exister aucun facteur défavorable à la résidence en Gaspésie/Iles.

Chez les dentistes par contre, on peut discerner certains facteurs qui furent mentionnés dans des proportions plus importantes. C'est ainsi que l'on constate que le facteur noté par le plus grand nombre de dentistes (47,8 %) réfère au sous-développement de la vie socio-culturelle de la région. Par la suite, on déplore également (26,1 %) comme chez l'un des denturologistes un certain sentiment d'isolement par rapport aux grands centres urbains. On peut vraisemblablement établir une relation entre ce sentiment d'isolement et les difficultés d'accès au ressourcement déjà mentionnées par certains répondants au niveau des facteurs défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles. En troisième lieu, 21,7 % des dentistes répondants que les rigueurs du climat constituent

également un aspect défavorable à la résidence en Gaspésie/Iles. D'ailleurs, le quatrième facteur mentionné découle dans une certaine mesure du climat peu clément de la micro-région à l'égard du transport. En effet, en plus de devoir se contenter d'un système de transport aérien peu développé et coûteux, on déplore également (17,4 %) l'état de dépendance dans lequel la population de Gaspésie/Iles se trouve à l'égard des transports et du climat.

3.5 La stabilité du lieu de pratique: Les conditions de pratique et de vie des effectifs dentaires en Gaspésie/Iles influencent dans une certaine mesure leur stabilité dans cette micro-région. Dans le cadre de cette étude, l'évaluation de la stabilité du lieu de pratique s'est réalisé de deux façons. Dans le premier cas, une enquête fut menée auprès des dentistes et denturologistes pratiquant actuellement en Gaspésie/Iles, et parallèlement à cela, certains dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles ont également été contactés dans le cadre d'une autre enquête. Dans ces questionnaires d'enquête, la question de la stabilité du lieu de pratique fut abordée à travers sept éléments différents que nous allons examiner à tour de rôle.

Dans le questionnaire d'enquête destiné aux effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, la stabilité du lieu de pratique concerne les blocs I et IV, puis le bloc IV du questionnaire destiné particulièrement aux dentistes ayant quitté la région.

3.5.1 Les années de pratique en Gaspésie/Iles: Tel que le présentent les données du tableau 21, parmi les effectifs dentaires du territoire d'enquête, on remarque que la plus forte proportion d'entre-eux (35,7 %) y pratiquent depuis deux à quatre ans. Par la suite, ce sont ceux qui y pratiquent depuis sept ans et plus qui constituent le second groupe important (32,1 %). Finalement, si l'on considère les périodes de pratique inférieures à cinq ans, on y retrouve 53,5 % des répondants; ce qui signifie que 46,5 % des effectifs dentaires ayant participé à l'enquête comptent cinq années et plus de pratique en Gaspésie/Iles.

Chez le sous-groupe des dentistes, on remarque que la plus forte proportion d'entre-eux (60,9 %) pratiquent en Gaspésie/Iles depuis moins de cinq ans. Dans le cas des denturologistes par contre, ce sont ceux qui comptent sept ans et plus de pratique dans notre région d'enquête qui sont les plus nombreux .

3.5.2 Le temps de pratique prévu en Gaspésie/Iles: Comme le démontrent les données inscrites au tableau 21, une importante proportion (42,9 %) des effectifs dentaires ayant participé à l'étude envisagent de conserver le même lieu de pratique jusqu'à leur retraite. Cette stabilité du lieu de pratique apparaît encore plus clairement chez les

denturologistes lorsque l'on considère que 100 % de ceux-ci prévoient pratiquer au même endroit jusqu'à leur retraite, alors que dans le cas des dentistes répondants, la proportion est plutôt de 30,4 %. Toutefois, selon les informations recueillies au cours de l'enquête, il semblerait que les dentistes pratiquant en Gaspésie/Iles aient davantage tendance à prévoir pratiquer à ce même endroit pendant plusieurs années que pour une courte période de temps.

En effet, on remarque que seulement 8,7 % des dentistes répondants envisagent de pratiquer en Gaspésie/Iles pendant moins de cinq ans, alors que 17,4 % prévoient pratiquer dans la région pendant encore 5 à 10 ans. Soulignons ici que les six dentistes qui prévoient pratiquer en Gaspésie/Iles pendant 10 ans et moins sont également ceux qui déclarent s'être localisés en Gaspésie/Iles de façon provisoire. Pour ce qui est de ceux qui désirent conserver le même lieu de pratique jusqu'à leur retraite, la proportion est encore plus élevée (30,4 %). Toujours en ce qui concerne le sous groupe des dentistes, mentionnons qu'au moment de l'enquête, 17,4 % de ces derniers n'étaient pas en mesure de prévoir l'étendue de leur période de pratique en Gaspésie/Iles, alors que 26,1 % ne fournissaient pour leur part aucune réponse à cette question. Considérant la portée d'une telle question pour un professionnel oeuvrant dans un milieu compétitif, on peut comprendre qu'une proportion importante (43,5 %) des dentistes répondants évitent de se prononcer sur la période de temps pendant laquelle ils prévoient pratiquer en Gaspésie/Iles, afin de ne pas laisser croire à un manque d'effectif dentaires

futur dans la région. Pour cette même raison, nous devons interpréter avec prudence les opinions de nos répondants quant à la suffisance du volume d'effectifs dentaires disponible en Gaspésie/Iles.

3.5.3 Les motifs de départ éventuel de la Gaspésie/Iles:

Comme nous venons de le constater, certains dentistes ayant participé à cette enquête prévoient quitter éventuellement la région Gaspésie/Iles dans le but de poursuivre ailleurs la pratique de la dentisterie. Les dentistes nous ayant confié les raisons motivant leur départ éventuel de la Gaspésie/Iles se comptent au nombre de 10. Parmi ces dentistes, soulignons que cinq proviennent de régions centrales du Québec, alors que trois proviennent du Bas St-Laurent/Gaspésie (dont deux de la Gaspésie/Iles), puis les derniers sont immigrants du VietNam.

Chez ces derniers, on remarque que le principal motif apparaissant au tableau 22 (60 % des 10 dentistes) vise à favoriser les études des enfants (accès aux collèges et universités) ainsi qu'à profiter des avantages qu'offre la vie dans un grand centre urbain. Pour d'autres dentistes (40 %) il serait souhaitable de quitter la région Gaspésie/Iles pour réorienter leur carrière, c'est-à-dire se spécialiser ou se ressourcer afin d'éviter le plafonnement professionnel. Par la suite, on note deux autres motifs mentionnés cette fois par 20 % des dentistes concernés. Il s'agirait dans le premier cas de se rapprocher du milieu d'origine du dentiste, alors que dans le second cas on reproche à la région sa carence en ressources médicales (effectifs médicaux et hôpitaux). Finalement, mentionnons le cas d'un dernier répondant qui désire relocaliser son cabinet de pratique à l'extérieur de la

micro-région Gaspésie/Iles, où il considère pouvoir bénéficier d'une rémunération supérieure.

Finalement, si l'on compare les différents motifs évoqués, on constate qu'en fait la majorité des répondants qui fournissent des motifs de départ de leur lieu de pratique actuel attachent davantage d'importance à des aspects de la micro-région Gaspésie/Iles en tant que milieu de vie. Ainsi, on remarque que les motifs de départ éventuel concernant l'aspect milieu de vie de la Gaspésie/Iles sont mentionnés par 10 dentistes, alors que les motifs reliés strictement au milieu de pratique de la micro-région ont été cités plutôt par cinq répondants. Toutefois, on ne connaît pas le poids de chacun de ces facteurs dans la décision de quitter éventuellement la Gaspésie/Iles.

3.5.4 Les lieux de relocalisation éventuels Après nous avoir fourni les principaux motifs de leur départ éventuel de la région Gaspésie/Iles, les 10 dentistes concernés ont indiqué leurs lieux de relocalisation privilégiés.

Au tableau 23, nous avons inscrit par ordre d'importance les différents lieux de relocalisation choisis, selon la région à laquelle ils appartiennent. Ainsi, on constate que le premier choix de 40 % des dentistes concernés se porte sur la région de Québec. Précisons que dans ce premier cas, les répondants ne considèrent uniquement que la ville de Québec comme éventuel lieu de pratique. Toujours au niveau du premier choix de relocalisation, c'est la région montréalaise et plus précisément la ville de Montréal qui est choisie cette fois par 20 % des dentistes concernés. Finalement, pour un

dernier répondant, c'est la région Mauricie/Bois-Francs qui s'impose comme premier choix de relocalisation.

Si l'on considère l'ensemble des données présentées au tableau 23, on constate que la région de Québec semble le lieu de relocalisation le plus favorable aux dentistes prévoyant quitter éventuellement la région Gaspésie/Iles. Par la suite, c'est la région montréalaise que l'on privilégie. Aussi, on remarque que dans les deux cas, ce sont les grands centres urbains qui sont visés par les répondants. En ce qui concerne les autres régions identifiées comme éventuels lieux de pratique, mentionnons que les régions autres que centrales sont peu souvent mentionnées et habituellement elles apparaissent comme deuxième et troisième choix.

3.5.5 La mobilité des effectifs dentaires en

Gaspésie/Iles: Comme il le fut mentionné précédemment, la stabilité du lieu de pratique des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles a fait l'objet d'une enquête particulière auprès des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles après y avoir pratiqué quelque temps. Plusieurs types de données ont pu être tirées de cette enquête, mais ce sont de préférence les facteurs de localisation en Gaspésie/Iles et les motifs de départ de cette région qui seront présentés dans les pages qui suivent.

La section méthodologique de cette étude a fait mention précédemment du nombre de répondants contactés dans le cadre de cette enquête par rapport à une population théoriquement visée. Toutefois, avant de procéder à la présentation des résultats ci-haut mentionnés, référons nous au tableau 24 qui fournit quelques informations générales concernant l'année du

départ de Gaspésie/Iles de chacun des répondants, la région où ils ont résidé le plus longtemps avant leur formation en dentisterie, et leur lieu de pratique au moment de l'enquête.

En ce qui concerne d'abord l'année du départ de Gaspésie/Iles, on constate que parmi les neuf répondants, une majorité (six) ont quitté pendant les années 1980. Ceci constitue un élément avantageux pour cette enquête si l'on considère que plus on recule dans le temps, moins la situation de l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Iles en 1986 devient comparable à la situation qui prévalait plusieurs années auparavant.

Au niveau de la région dans laquelle chaque répondant a résidé le plus longtemps avant sa formation, on remarque que le plus grand nombre de répondants (six) proviennent de régions centrales. Toutefois, parmi les neuf dentistes concernés par l'enquête, on note que deux d'entre eux proviennent du Bas St-Laurent/Gaspésie. Soulignons néanmoins que ceux ci n'ont pas vécu dans la région d'enquête.

En ce qui concerne le lieu de pratique des répondants au moment de l'enquête, on note que la plupart d'entre eux pratiquaient alors dans des régions centrales (cinq). Trois répondants ont tout de même choisi de demeurer en périphérie du Québec après avoir quitté la Gaspésie/Iles. D'ailleurs on remarque que parmi ceux ci, deux se sont relocalisés au Bas St-Laurent/Gaspésie mais cette fois dans une ville plus importante, soit Rimouski. Avant de s'intéresser aux motifs de départ de la Gaspésie/Iles, notons en dernier lieu que le temps de pratique moyen des neuf dentistes répondants s'évalue à 5,3 ans (5 ans et moins: 7, plus de 5 ans: 2). Chez les

autres dentistes visés par l'enquête (7), les annuaires disponibles permettent d'évaluer à 2 ans le temps de pratique moyen en Gaspésie/Iles de cinq des sept dentistes concernés.

3.5.6 Les motifs de départ de la Gaspésie/Iles: Dans le cadre de l'enquête auprès des dentistes ayant quitté la région Gaspésie/Iles, nous avons voulu connaître les différents motifs expliquant ces départs. Dans le questionnaire d'enquête on retrouvait donc une liste de motifs possibles que chaque répondant devait identifier selon le niveau d'importance qu'ils avaient représentés dans leur décision de quitter. Les données inscrites au tableau 25 présentent les principaux motifs de départ des dentistes de la Gaspésie/Iles. Ces motifs ont été regroupés selon qu'ils concernent le milieu de vie ou de pratique du dentiste.

Si l'on considère les motifs qui ont été identifiés comme "très importants" dans la décision de quitter la région Gaspésie/Iles, on remarque que ceux-ci concernent aussi souvent le milieu de la pratique dentaire de la Gaspésie/Iles (33,3%) que son milieu de vie (33,3 %). Il semble donc d'après cette compilation que chez notre groupe de répondants, les départs de la région Gaspésie/Iles sont autant attribuables au milieu de la pratique dentaire de cette micro-région qu'à son milieu de vie.

Tout comme dans le cas des facteurs de localisation en Gaspésie/Iles, nous avons également inclus dans ce questionnaire d'enquête une question ouverte visant cette fois ci à identifier les principaux motifs de départ de Gaspésie/Iles. Ceci avait pour but de différencier entre eux divers facteurs ayant tous été qualifiés de "très importants"

dans la décision de quitter. Les réponses sont inscrites dans le bas du tableau 25.

Malheureusement, encore ici les résultats obtenus ne permettent pas de départager clairement les facteurs reliés à la pratique de ceux qui concernent plutôt le milieu de vie en Gaspésie/Iles. On constate donc que le plus grand nombre de nos répondants (44,4 %) auraient quitté l'endroit en raison d'une insatisfaction reliée à la fois au milieu de pratique et de vie de la Gaspésie/Iles. En ce qui concerne les conditions de pratique et de vie considérées séparément, on ne peut accorder davantage d'importance à l'un ou l'autre de ces aspects. En effet, on observe que deux dentistes ont motivé leur départ par l'insatisfaction reliée à leur milieu de pratique, alors que trois dentistes auraient quitté pour leur part en raison du milieu de vie qu'offre la région Gaspésie/Iles.

3.5.7 Les facteurs de localisation en Gaspésie/Iles:

Suite à ces informations concernant les motifs de départ des dentistes ayant pratiqué autrefois en Gaspésie/Iles, il serait intéressant de connaître les raisons pour lesquelles ceux-ci avaient choisi de se localiser auparavant dans cette micro-région. Mais avant de décrire les facteurs identifiés au tableau 25, mentionnons que parmi les neuf dentistes contactés, cinq d'entre eux s'étaient localisés en Gaspésie/Iles de façon provisoire, trois de façon permanente, et un n'avait pas d'intentions précises à cet égard.

Si l'on ne considère que les facteurs jugés " très importants " lors de la localisation en Gaspésie/Iles, on

constate que les conditions de pratique semblent expliquer une majorité de localisation de cabinets de pratique en Gaspésie/Iles. Par conséquent, il semblerait que chez les dentistes répondants, la plupart d'entre eux auraient choisi de se localiser en Gaspésie/Iles surtout en raison des conditions de pratique propres à l'endroit. Plus tard, ceux-ci auraient quitté ce même endroit pour cause d'insatisfaction reliée autant au milieu de vie qu'au milieu de pratique dentaire de la Gaspésie/Iles.

Les deux enquêtes réalisées auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles ainsi que des dentistes ayant quitté la micro-région ont permis de décrire la situation de l'offre des soins dentaires de Gaspésie/Iles suivant le cadre d'analyse élaboré à cette fin.

Le chapitre suivant présente quant à lui la situation de la demande de soins dentaires à partir des résultats des entrevues auprès des ménages de Gaspésie/Iles.

CHAPITRE IV

LA DEMANDE DE SOINS DENTAIRE EN GASPESIE/ILES

Dans le cadre de cette étude, la demande de soins dentaires concerne la population de Gaspésie/Iles et plus précisément, les ménages de cette micro-région. Les données recueillies au cours des entrevues constituent d'importantes informations concernant le profil de consommation de soins dentaires des ménages de la Gaspésie/Iles, et par conséquent, de leur pouvoir d'accès à ces soins.

Dans les pages qui suivent, nous verrons comment se traduit dans la réalité la barrière perceptuelle à la demande de soins dentaires, et il sera question également de la consommation et de la privation de soins dentaires curatifs et préventifs. Par la suite, il s'agira d'évaluer le niveau d'adéquation entre les ressources en soins dentaires et les attentes de la population à cet égard. Finalement, nous examinerons les différents problèmes se posant aux ménages de Gaspésie/Iles lors de la réception de soins dentaires.

Notons en dernier lieu que dans certaines parties de ce chapitre on présente une comparaison de l'opinion des ménages et des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles concernant certaines questions particulières. Les sujets traités dans ce chapitre se subdivise en cinq éléments principaux. On y

retrouve les caractéristiques générales des ménages de Gaspésie/Iles, la perception des ménages à l'égard de leurs besoins, la consommation de soins dentaires, l'adéquation offre de soins/attentes des ménages, puis les problèmes encourrus lors de la consommation de soins.

4.1 Les caractéristiques générales des ménages de Gaspésie/Iles: Cette première partie des résultats concernant les ménages de Gaspésie/Iles a pour but principal de valider l'échantillon. A partir de certaines caractéristiques propres aux ménages contactés dans le cadre de l'enquête, il s'agit de vérifier le niveau de similitude entre l'échantillon et la population visée. Les variables retenues sont les suivantes:

- a) la distribution des ménages par M.R.C.;
- b) la distribution des ménages selon le nombre de membres;
- c) la distribution des ménages selon le revenu.

Dans le questionnaire destiné aux ménages, les informations notées ci-haut se retrouvent toutes à l'intérieur du bloc Identification.

a) La distribution des ménages par M.R.C.: Au tableau 26, on présente la distribution des ménages rencontrés en entrevue (dossiers valides) ainsi que la distribution réelle de la population des cinq M.R.C. du territoire d'enquête selon les prévisions effectuées par le B.S.Q. en

1984 pour l'année 1986.

Tel que précisé dans la section consacrée à la méthodologie de la recherche, la distribution des ménages sélectionnés pour l'enquête provient d'une méthode d'échantillonnage proportionnel, c'est-à-dire sur la base du nombre de ménages privés de chaque M.R.C.. Au tableau 26, on peut observer dans la colonne de gauche la distribution réelle des ménages visés, et dans celle de droite la distribution des ménages pris en compte dans l'enquête.

Après avoir arrondi les pourcentages de ménages que contient chaque M.R.C., on remarque que la distribution des ménages de l'échantillon présente le même profil que celle des ménages du territoire d'enquête.

b) La distribution des ménages selon le nombre de membres: En plus de leur distribution par M.R.C., les ménages composant l'échantillon peuvent également être comparés à l'ensemble des ménages du territoire étudié par rapport au nombre de membres composant chaque ménage.

Au tableau 27, on peut observer la distribution des ménages du territoire d'enquête visé et la comparer à celle des ménages de l'échantillon, selon le nombre de membres de chaque ménage. On remarque que les deux distributions présentent de légères différences. En ce qui concerne le pourcentage des ménages composés d'une seule personne, l'échantillon et la population visée sont semblables (soit respectivement 9,0 % et 9,8 %). Par contre, chez les ménages comptant deux, trois et quatre membres, la proportion de ces derniers apparaît légèrement sur-estimée au niveau de

l'échantillon. Quant aux ménages composés de cinq et six membres, ceux-ci sont pour leur part légèrement sous-représentés dans l'échantillon par rapport à la population visée.

En ce qui concerne les ménages de sept membres et plus, on remarque que l'échantillon n'en contient aucun, alors que ceux-ci sont présents parmi la population visée. Cette déviation s'explique aisément. Afin d'en connaître la raison, il faut se rapporter à la section méthodologique de cet ouvrage. En effet, on se rappellera qu'il avait été mentionné précédemment que l'unité d'enquête retenue devait être le ménage. Aussi, sachant qu'un aspect important de la consommation de soins dentaires concerne le coût de ces soins, il apparaissait pertinent de ne considérer dans chaque ménage que les membres financièrement dépendants du ménage. Dans ces conditions, on comprend que dans le cas d'un ménage de sept membres, l'enfant le plus âgé a quelques chances de ne plus être dépendant financièrement du ménage, et de constituer à son tour un nouveau ménage, selon la définition que nous donnons ici au ménage.

En résumé, si l'on élimine les ménages de sept membres et plus, il semble que l'on puisse considérer que l'échantillon et la population visée observent en général un profil comparable, considérant les légères déviations observées au niveau de la distribution des ménages selon le nombre de membres.

c) La distribution des ménages selon le revenu:

Afin de poursuivre plus loin la comparaison de l'échantillon avec la population visée, la variable revenu a été prise en

compte. Ainsi, on peut observer au tableau 27 la distribution des ménages du territoire d'enquête ainsi que de l'échantillon, selon les tranches de revenu.

En ce qui concerne les tranches de revenu de moins de \$9 999, de \$10 000 à \$14 999 et de \$20 000 à \$24 999, on constate que l'échantillon se compare assez bien à l'ensemble des ménages du territoire d'enquête. Toutefois, l'échantillon apparaît sous-représenté en ménages dont le revenu annuel est de \$25 000 et plus. Par contre, l'échantillon surestime la proportion de ménages des tranches de revenu de moins de \$9 999 et de \$15 000 à \$19 999.

En résumé, parmi les ménages de l'échantillon, les plus aisés constituent une proportion plus faible que celle de la population visée, et les moins riches sont quant à eux plus nombreux que dans la population réelle. Par conséquent, il faudrait tenir compte de cette divergence avant de généraliser les résultats au niveau de la population réelle.

4.2 La perception des ménages à l'égard de leurs besoins:

La barrière perceptuelle à la demande de soins dentaires est difficile à identifier auprès d'une population. Par définition, cette barrière ne doit pas être identifiée par les individus pour qui la perception entrave leur demande de soins dentaires. Pour cette raison, nous allons considérer d'une part l'opinion des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles à ce sujet, et d'autre part l'opinion des ménages quant à la perception de la population de Gaspésie/Iles face à ses besoins en soins dentaires.

Dans le cadre du questionnaire d'enquête destiné aux ménages, l'identification de la barrière perceptuelle devait se faire par le biais de questions concernant la privation en soins dentaires préventifs et curatifs de chacun des ménages eux-mêmes et de l'ensemble de la population de Gaspésie/Iles. Cette partie du questionnaire concerne précisément le bloc III (Soins dentaires curatifs et préventifs).

De la même manière, les effectifs dentaires de Gaspésie/Iles ont également été interrogés concernant la privation de soins dentaires des ménages de la micro-région. Dans le questionnaire d'enquête destiné aux effectifs dentaires, ces interrogations se retrouvaient dans le bloc V (Niveau d'offre de soins dentaires). Soulignons toutefois, que les effectifs dentaires pris en compte ici ne concernent que les dentistes. En effet, les résultats inscrits au tableau 29 excluent l'opinion des denturologistes étant donné la nature particulière de leur champ d'activités qui ne se prête pas au préventif et au curatif de la même manière que dans le cas des dentistes.

a) La barrière perceptuelle selon les ménages: Comme il fut déjà mentionné au niveau du cadre d'analyse de cette étude, la barrière perceptuelle peut se définir à partir de deux éléments principaux, soit la perception de l'état de la dentition et la perception de l'importance ou non d'intervenir. En ce qui concerne la perception des ménages face à l'état de leur dentition, la présente étude ne peut permettre d'évaluer précisément ce type de perception. Pour ce faire, il aurait fallu comparer la perception des répondants face à leur dentition, avec les résultats d'examens

dentaires réalisés par des professionnels-es reconnus-es en ce domaine.

Par contre, il semble possible d'évaluer le second aspect de la barrière perceptuelle, soit la perception de l'importance d'intervenir face à une dentition en mauvais état ou pouvant le devenir. Dans le cadre de l'enquête auprès des ménages, nous avons tenté d'évaluer cette facette de la perception des ménages par le biais de la privation de soins dentaires causée par la négligence. Plus précisément, il fut demandé à chaque répondant s'il était arrivé à un ou plusieurs membres du ménage de se priver de soins dentaires curatifs au cours des douze derniers mois, et d'en motiver la ou les raisons. En ce qui concerne les soins dentaires préventifs, chaque ménage devait indiquer s'il recourait régulièrement à ce genre de soins, et mentionner les raisons de l'absence de soins préventifs réguliers dans leur ménage. Les informations recueillies concernant ces questions sont présentées au tableau 28.

Tel qu'on peut le constater, parmi les ménages contactés, il semblerait que la barrière perceptuelle intervienne au niveau des soins préventifs. Parmi les 53 ménages qui avouent ne pas recevoir régulièrement de soins dentaires préventifs, un peu plus de la moitié d'entre eux (52,8 %) expliquent cette absence de soins préventifs réguliers par la négligence. Ainsi, parmi les 100 ménages contactés, un peu plus du quart (28) s'abstiendraient d'effectuer régulièrement des visites de prévention dentaire et cela principalement par négligence.

En ce qui concerne les soins dentaires curatifs, les résultats de l'enquête ne nous permettent pas d'identifier

directement la présence d'une barrière perceptuelle parmi les ménages rencontrés. En effet, chez les 37 ménages qui avouent s'être privés de soins curatifs tout en ayant perçu chez-eux des besoins en ce sens (durant les douze derniers mois), aucun n'explique cette privation par la négligence. Cette question fera l'objet d'une analyse particulière au chapitre VI.

Pour l'instant, on peut tout de même considérer que la barrière perceptuelle qui entrave la consommation de soins dentaires préventifs n'est pas due à l'absence totale d'éducation dentaire chez certains ménages. En effet, pour expliquer l'absence de soins dentaires préventifs réguliers par la négligence plutôt que par l'absence de besoins en ce sens, il faut que le ménage aie déjà perçu chez lui un besoin en soins préventifs. En ce sens, le ménage ne serait pas négligeant du début à la fin. Sa négligence interviendrait plutôt où le ménage décide de ne pas consommer de soins préventifs malgré le besoin perçu.

b) La barrière perceptuelle selon les dentistes:

Après avoir examiné la barrière perceptuelle telle qu'identifiée par les ménages de Gaspésie/Iles, intéressons nous maintenant à l'opinion des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles face à la perception de la population à l'égard de ses besoins en soins dentaires. Soulignons que nous nous concentrerons ici sur la perception des dentistes de préférence aux denturologistes, étant donné que la nature des soins dentaires préventifs et curatifs diffèrent selon qu'il s'agit de dentisterie ou denturologie. D'ailleurs, d'après

les informations obtenues au cours de l'enquête auprès des ménages, seulement 14 personnes (de 11 ménages) auraient reçu des soins de denturologie au cours des douze mois précédant l'enquête.

Comme dans le cas de l'enquête auprès des ménages, on considère séparément la consommation de soins dentaires préventifs et curatifs. Au tableau 29 on présente l'opinion des dentistes de Gaspésie/Iles à l'égard de la consommation de soins dentaires de la population de la région. Au niveau des soins préventifs, on constate que 69,6 % des dentistes ayant participé à l'enquête sont d'avis que la population de Gaspésie/Iles reçoit moins de soins dentaires préventifs qu'elle en aurait besoin. Au chapitre des soins dentaires curatifs, davantage de dentistes (87 %) considèrent que la population ne reçoit pas autant de soins qu'elle en aurait besoin.

Ces résultats peuvent paraître troublant en ce sens qu'ils laissent croire que la population de Gaspésie/Iles manque moins de soins dentaires préventifs que curatifs. Il est vrai que davantage de dentistes considèrent que la population reçoit moins de soins curatifs que requis (87 %) par rapport aux soins préventifs (69,6 %). Toutefois, ce genre de résultats pourrait simplement signifier que pour les dentistes répondants, l'état actuel de la santé dentaire de la population de Gaspésie/Iles requiert davantage dans un premier temps de soins d'ordre curatif.

Les informations découlant de l'enquête auprès des dentistes de Gaspésie/Iles ne permettent pas d'apporter plus de précisions sur ce que peut impliquer pour les répondants un manque d'éducation dentaire. Dans ces conditions, on pourrait supposer que ce manque d'éducation concerne les deux aspects de la barrière perceptuelle décrite précédemment. C'est-à-dire que selon les répondants, certaines personnes pourraient ne pas percevoir le mauvais état de leur dentition et d'autres ne percevraient pas l'importance d'intervenir face à aux besoins perçus.

4.3 La consommation de soins dentaires des ménages: Dans la section précédente, nous avons examiné le processus par lequel la barrière perceptuelle entrave chez les ménages la perception de leurs besoins en soins dentaires. Toutefois, tel qu'en témoigne le cadre d'analyse de cette étude, il existe également d'autres obstacles entre la perception des besoins en soins dentaires et la consommation de ces soins.

Dans un premier temps, la présente section s'intéressera particulièrement aux facteurs freinant la demande de soins dentaires. Par la suite, il s'agira de décrire certaines modalités de la consommation de soins dentaires en Gaspésie/Iles, soit le lieu de consommation des soins et la distance parcourue pour recevoir ces soins. Les informations pertinentes à cette section proviennent des blocs I (Identification) et III (Consommation de soins dentaires) du questionnaire d'enquête destiné aux ménages. Les résultats présentés ci-après se regroupent sous les rubriques suivantes: soit la consommation de soins dentaires curatifs, et la consommation de soins dentaires préventifs.

a) La consommation de soins dentaires curatifs: Dans la section précédente concernant la barrière perceptuelle, il a déjà été noté qu'une certaine partie des ménages de Gaspésie/Iles avouaient s'être privés de soins dentaires curatifs au cours des 12 mois précédant l'enquête. Toutefois, parmi les motifs expliquant cette privation de soins curatifs, la présence d'une barrière perceptuelle n'avait pu être décelée. Tel qu'en témoigne le tableau 28, on constate que plusieurs autres facteurs sont à l'origine de la privation de soins dentaires curatifs chez les ménages de Gaspésie/Iles. Mais, voyons tout d'abord quelle proportion des ménages se privent de soins dentaires curatifs même après avoir perçu chez eux des besoins en soins. Conformément aux données inscrites au tableau 28, il apparaît que plus du tiers des ménages rencontrés (37 %) se seraient privés de soins dentaires curatifs durant l'année précédant l'enquête. Ainsi, ces 37 ménages auraient perçu chez l'un ou plusieurs de leurs membres des besoins en soins dentaires curatifs mais se seraient tout de même abstenus de faire appel aux soins de professionnels en la matière.

Si l'on se réfère à l'étude de Villeneuve et Giner (1976) portant sur les caractéristiques socio-économiques des parents d'enfants ayant reçu des soins dentaires gratuits (1976), il semblerait que l'utilisation des services dentaires soit plus fréquente chez les gens plus scolarisés et mieux nantis. Suivant ces résultats, on pourrait s'attendre à ce que chez les ménages de Gaspésie/Iles, ceux qui avouent s'être privés de soins dentaires curatifs se retrouvent davantage parmi les tranches de revenu les plus faibles. C'est d'ailleurs ce que

tendent à démontrer les données inscrites au tableau 30 où l'on constate que plus le revenu augmente, moins grande est la proportion de ménages se privant de soins dentaires curatifs.

Selon les informations obtenues en entrevue auprès des ménages, les motifs expliquant cette privation de soins curatifs se chiffrent à cinq. Tel que présenté au tableau 28, le premier motif en importance serait le coût des honoraires. Ainsi, pour 23 ménages, c'est-à-dire 62,2 % des ménages s'étant privé de soins dentaires curatifs durant la dernière année, le coût des honoraires constitue la principale raison de la privation de ces soins. Par la suite, 18,9 % des ménages concernés expliquent leur privation de soins curatifs par le découragement occasionné par la longueur excessive des délais de rendez-vous. Quant aux trois derniers motifs, ils concernent l'appréhension face à la douleur (quatre ménages) la distance à parcourir pour atteindre le cabinet dentaire (deux ménages), et finalement l'absence de choix parmi les effectifs dentaires.

Suite aux résultats obtenus, il semblerait donc que la principale entrave à la demande de soins dentaires curatifs chez les ménages de Gaspésie/Iles se rapporte au coût des honoraires professionnels. Mais ce facteur influence-t-il de la même manière tous les ménages ? D'une part, il a été observé que chez tous les ménages se privant de soins curatifs, la proportion était plus élevée chez les ménages de plus faible revenu. Par conséquent, chez ces ménages la proportion de ceux qui motivent leur privation de soins dentaires curatifs par le coût des honoraires devrait être plus élevée que chez les ménages de revenu supérieur.

Au tableau 30 on présente la distribution des ménages s'étant privés de soins curatifs en raison du coût des honoraires, selon leur tranche de revenu. Selon ces données, on constate que les ménages qui semblent les plus influencés par le coût des honoraires sont ceux qui se retrouvent parmi la deuxième et la troisième classe de revenu. A prime abord, il peut sembler surprenant de constater que chez les ménages de la tranche de revenu la plus faible, la proportion de ceux qui se sont privés de soins curatifs en raison du coût des honoraires est plus faible que chez les ménages des tranches de revenu supérieures.

Toutefois, on peut comprendre cette situation lorsque l'on considère que parmi les 16 ménages concernés, le quart de ceux-ci sont bénéficiaires de l'aide sociale, alors que les autres tranches de revenu ne comptent aucun ménage dans cette situation. Sachant que la couverture de soins dentaires est plus élevée chez ce groupe de personnes, il apparaît plus plausible que ces ménages aient moins tendance à se priver de soins dentaires curatifs en raison du coût des honoraires.

b) La consommation de soins préventifs: Dans le cadre de l'enquête auprès des ménages, la consommation de soins dentaires préventifs a été abordée de la même façon que celle des soins dentaires curatifs. Aussi, les ménages ont-ils été interrogés à la fois sur leur propre consommation de soins dentaires préventifs et aussi sur la consommation de ces soins par l'ensemble de la population de Gaspésie/Iles. Egalement les ménages ont été appelés à fournir les motifs de leur absence de prévention dentaire régulière ainsi que celle du reste de la population.

Dans la section précédente concernant la barrière perceptuelle, il a déjà été mentionné que 53 % des ménages interrogés avouaient ne pas effectuer de visites de prévention dentaire sur une base régulière. Tout comme il a été vérifié précédemment dans le cas de la privation de soins dentaires curatifs, il serait intéressant de tenter d'établir une relation cette fois entre l'absence de prévention régulière et le revenu des ménages.

Au tableau 31 on peut observer que plus le revenu augmente, moins grande est la proportion des ménages n'effectuant pas de visites dentaires de prévention sur une base régulière. Puisque la même tendance a été observée dans le cas de la privation de soins dentaires curatifs, il semblerait que l'on vérifie les résultats de Villeneuve et Giner (1976) à l'effet que l'utilisation des services dentaires soit d'autant plus grande que le revenu est élevé.

Au niveau des motifs de l'absence de prévention dentaire régulière, on se rappellera que dans la section traitant de la barrière perceptuelle, nous avons vu que la négligence apparaissait comme le facteur le plus important, suivi du coût des honoraires, du port de dentiers et de la longueur des délais de rendez-vous.

Tout comme nous l'avons fait précédemment dans le cas des ménages s'étant privés de soins dentaires curatifs en raison du coût des honoraires, il serait intéressant de vérifier la relation existant entre le revenu des ménages et l'absence de soins dentaires réguliers motivée par le coût des honoraires. Au tableau 31 on retrouve la proportion des ménages de chaque

tranche de revenu qui disent ne pas effectuer de visites régulières de prévention principalement en raison du coût des honoraires. On observe que cette proportion est la plus élevée chez le groupe de revenu 4, mais étant donné le petit nombre de ménages de cette catégorie de revenu (cinq) qui ne reçoivent pas régulièrement de soins dentaires préventifs, le calcul de la proportion de 60 % peut ne pas être significatif. Chez les autres tranches de revenu, on remarque que la proportion de ménages invoquant le coût des honoraires est élevé chez les ménages des deux tranches de revenu les plus faibles. Si l'on ne tient pas compte des ménages de la tranche de revenu 4, il apparaît que plus le revenu augmente, moins l'on retrouve de ménages qui expliquent leur absence de soins dentaires préventifs réguliers par le coût des honoraires.

En définitive, il semble donc que l'on puisse considérer que dans le cas de l'absence de soins dentaires préventifs réguliers tout comme dans le cas de la privation de soins dentaires curatifs, le facteur explicatif correspondant au coût des honoraires apparaît plus déterminant chez les ménages de revenu faible.

4.4 L'adéquation offre de soins/attentes des ménages:

Cette section de la présentation des résultats traite de l'adéquation entre l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Îles selon les attentes et besoins de la population. D'une part, les ménages contactés en entrevue évaluent l'offre de soins dentaires de la micro-région, compte tenu de leurs attentes personnelles en ce domaine. Notons ici que chaque ménage n'a

pas évalué nécessairement l'ensemble des effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles. Leur évaluation a porté plutôt sur leur perception de l'offre de soins dentaires de leur espace ou région vécue.

Au niveau des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles par ailleurs, ces derniers ont plutôt évalué l'offre de soins dentaires compte tenu de leur perception des besoins de la population en fait de soins dentaires. Il serait opportun ici de rappeler le caractère compétitif des professions de dentiste et denturologiste qui pourrait faire en sorte que ces derniers hésitent à identifier un manque de ressources en soins dentaires dans la micro-région Gaspésie/Iles. Car une telle affirmation pourrait être vue comme une invitation à l'établissement de nouveaux effectifs dentaires sur le territoire; ceci nuisant à la pratique des dentistes et denturologistes déjà établis à cet endroit. Afin de contourner ce problème, la question a été abordée de deux façons dans le questionnaire d'enquête. Dans un premier temps, chaque répondant était invité à évaluer l'offre de soins dentaires du secteur environnant son lieu de pratique, compte tenu des besoins de la population. Par la suite, le répondant devait se prononcer sur l'adéquation de l'offre de soins dentaires de toute la région d'enquête, en tenant compte toujours des besoins de la population. Il devenait donc ainsi plus facile d'identifier un manque d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles, sans y inclure le propre lieu de pratique de chaque répondant.

Avant de présenter les résultats obtenus à la suite des enquêtes auprès des ménages et des effectifs dentaires de

Gaspésie/Iles, mentionnons finalement que les questions faisant l'objet de cette section se retrouvent au bloc II (Offre de soins dentaires) du questionnaire destiné aux ménages, puis au bloc V (Niveau d'offre de soins dentaires) du questionnaire destiné aux effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles.

a) L'adéquation offre/attentes selon les ménages:

Dans le cadre de cette étude, l'adéquation entre l'offre de soins dentaires et les attentes de la population est abordée selon les éléments suivants:

- le volume d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles;
- la distribution des effectifs dentaires en Gaspésie/Iles;

- le volume d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles:

Comme le démontrent les données présentées au tableau 32, plus de la moitié (58 %) des 100 ménages rencontrés en entrevue considèrent que le volume de dentistes est insuffisant dans leur région. Rappelons qu'il s'agit ici de la région vécue de chaque répondant.

Au niveau des denturologistes par contre, moins de ménages (43 %) considèrent leur nombre insuffisant. D'ailleurs, on remarque qu'une forte proportion de ménages (30 %) n'ont pu se prononcer sur le volume de denturologistes de leur région; ce qui démontre que les ménages de Gaspésie/Iles connaissent davantage les professionnels de la dentisterie que ceux de la denturologie. Il faut d'ailleurs rappeler qu'il fut noté précédemment que peu de ménages de l'échantillon ont reçu des

soins auprès de denturologistes au cours de l'année précédant l'enquête.

- la distribution des effectifs dentaires en Gaspésie /Iles: Si la majorité des ménages interrogés (58 %) jugent le nombre de dentistes insuffisant dans leur région, encore davantage (63 %) sont d'avis que les dentistes sont mal distribués sur le territoire.

Tel que le démontre le tableau 32, la même tendance vaut également pour les denturologistes qui apparaissent mal distribués dans la région selon 51 % des ménages. Remarquons qu'encore ici, plusieurs ménages (33 %) ne sont pas en mesure de se prononcer sur la distribution de denturologistes.

b) L'adéquation offre/besoins, selon les effectifs dentaires: Tout comme il fut le cas lors de l'enquête auprès des ménages, l'adéquation entre l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles et les besoins de la population en ce domaine ont été abordés à travers les éléments suivants:

- le volume d'effectifs dans la région d'enquête;
- la distribution des effectifs dans la région d'enquête;

- le volume d'effectifs dentaires dans la région d'enquête: Les données du tableau 33 nous démontrent que lorsque les dentistes considèrent l'ensemble de la région Gaspésie/Iles, seulement deux dentistes sur 23 pensent que le volume de denturologistes est insuffisant dans la région. Au niveau du volume de dentistes par contre, une majorité de dentistes (52,2 %) jugent leur nombre insuffisant dans la région d'enquête.

Quant aux denturologistes, on observe au tableau 33 que la totalité d'entre-eux (cinq) jugent que le nombre de dentistes est suffisant même pour l'ensemble de la micro-région Gaspésie/Iles, alors qu'un d'entre-eux est d'avis que les denturologistes sont insuffisants dans la micro-région, compte tenu des besoins de la population.

- La distribution des effectifs dans la région d'enquête: Tel que le présente le tableau 34, parmi les 23 dentistes interrogés, une majorité (65,2 %) pensent que les dentistes sont bien distribués dans la micro-région Gaspésie/Iles. Néanmoins, un pourcentage tout de même appréciable de répondants (34,8 %) sont d'avis contraire.

Quant à la distribution des denturologistes, encore là une majorité (56,5 %) pensent qu'ils sont bien distribués dans la micro-région, mais cette majorité est un peu moins grande que dans le cas de la distribution des dentistes (65,2 %). Encore ici, on remarque un grand nombre de dentistes qui préfèrent ne pas répondre à la question de la distribution des denturologistes (huit).

Au niveau des denturologistes répondants (tableau 34), il n'y a rien de particulier à noter si ce n'est que la totalité d'entre eux (cinq) considèrent que la distribution des dentistes et denturologistes de la Gaspésie/Iles est bonne.

4.5 Les problèmes encourus lors de la consommation de soins: Comme il a déjà été décrit dans la section correspondant au cadre d'analyse de cette étude, la consommation de soins dentaires est le résultat d'un processus par lequel les besoins réels en soins dentaires se transforment en demande de soins, après avoir enjambé certaines barrières. Toutefois, la consommation de soins dentaires ne se fait pas elle non plus sans certaines difficultés qui, sans être de nature à l'empêcher, peuvent tout de même la compliquer. C'est ce que nous appelons ici les problèmes encourus lors de la consommation de soins dentaires.

Dans le cadre de l'enquête auprès des ménages de Gaspésie/Iles, ce sujet faisait l'objet d'une question ouverte où les ménages étaient appelés à décrire en quelques mots les problèmes qui se présentaient à eux lorsqu'ils désiraient recevoir des soins dentaires dans leur micro-région (ces problèmes ne devaient pas empêcher la réception de soins, mais seulement la compliquer). Mentionnons finalement que cette question se trouvait au bloc II (Offre de soins dentaires) du questionnaire d'enquête destiné aux ménages.

Les différents types de problèmes identifiés par les ménages sont indiqués au tableau 35. On observe en premier lieu que parmi les problèmes compliquant la consommation de soins dentaires, les délais de rendez-vous occupent le premier rang. En effet, 43 % des ménages interviewés partagent ce

point de vue. Par la suite, c'est le coût des honoraires qui complique la réception de soins dentaires chez 26 % des ménages. Une proportion appréciable de ménages (16 %) ont indiqué quant à eux n'être confrontés à aucun problème notable lors de la consommation de soins dentaires.

Par ailleurs, d'autres ménages, cette fois en plus petite proportion, ont mentionné comme problème la distance séparant le cabinet dentaire le plus près du domicile (6 %), d'autres se sont plaint de la qualité des soins (6 %), et finalement, deux ménages ont indiqué l'absence d'orthodontiste dans la micro-région comme problème majeure de la consommation de soins dentaires.

Cette dernière partie du chapitre V termine en fait la section de la présentation des résultats d'enquêtes réalisées auprès des ménages et effectifs dentaires. Le prochain chapitre est consacré quant à lui à l'analyse de ces résultats.

CHAPITRE V

LES POUVOIRS DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS DENTAIRES EN GASPESIE/ILES

Que peut on tirer des résultats présentés auparavant ? Si l'on se réfère au cadre d'analyse utilisé tout au long de cette étude, on peut exprimer les informations découlant des enquêtes en terme de pouvoir de l'offre et de la demande de soins dentaires dans la micro-région Gaspésie/Iles.

Plus précisément, comme il fut souligné au niveau des objectifs de cette recherche, le pouvoir de l'offre de soins dentaires sera analysé en terme de pouvoir de dotation et de conservation d'effectifs dentaires.

Quant au pouvoir de la demande, son analyse devra englober le pouvoir des ménages quant à leur perception des besoins en soins dentaires ainsi que leur pouvoir d'accès aux soins. Finalement, les conditions d'accessibilité des ménages de Gaspésie/Iles aux soins dentaires pourront être traduites en terme d'équité d'accès aux soins.

5.1 Les pouvoirs de l'offre: Comme il fut mentionné précédemment, le pouvoir de l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles est analysé ici en terme de pouvoir de dotation et de conservation des effectifs dentaires.

En ce qui touche le pouvoir de dotation, les données analysées concernent uniquement les effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles au moment de l'enquête. Quant au pouvoir de conservation, son analyse sera réalisée à partir des données issues de l'enquête auprès des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, et de l'enquête auprès des dentistes ayant quitté la micro-région.

5.1.1 Le pouvoir de dotation: Des informations concernant les antécédents des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, tendent à démontrer que le pouvoir de dotation de cette micro-région en fait d'effectifs dentaires s'exerce d'abord auprès des effectifs provenant du Bas St-Laurent/Gaspésie puis de ceux qui proviennent du Montréal métropolitain et de la Montérégie. Si l'on considère toutefois que la seule institution de formation en denturologie du Québec se trouve à Montréal, et que l'université qui compte le plus d'étudiants en dentisterie se trouve également à Montréal, on peut supposer que ces facteurs expliquent qu'une bonne partie des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles proviennent de la région montréalaise et de la Montérégie.

D'ailleurs, selon l'étude de Bédard et al. (1982) portant sur le choix du lieu de pratique des étudiants en dentisterie du Québec, la plus grande proportion de leurs répondants provenaient de la région du Montréal métropolitain, alors qu'une minorité provenait du Bas St-Laurent/Gaspésie. Donc, en termes de proportion, on doit considérer que ce sont davantage les finissants provenant du Bas St-Laurent/Gaspésie qui ont tendance à venir pratiquer en Gaspésie/Iles, par rapport aux finissants provenant de la région montréalaise.

En ce qui concerne l'institution de formation des effectifs dentaires pratiquant en Gaspésie/Iles, on constate qu'un plus grand nombre ont été formés à l'université de Montréal. Mais encore une fois, compte tenu du fait que l'université de Montréal forme plus de dentistes que l'université Laval, il s'en suit que le pouvoir de dotation de la Gaspésie/Iles en fait de dentistes exerce un plus grand rayonnement vis-à-vis l'université Laval plutôt que l'université de Montréal. Aussi, on a pu constater que parmi nos dentistes répondants ayant été formés à l'université Laval, une majorité provenait du Bas St-laurent/Gaspésie. Ceci nous amène à appuyer les recommandations que Bédard et al. ont déjà formulées en 1982 au sujet de l'opportunité de former davantage de dentistes à l'université Laval et moins à Montréal, de façon à favoriser la localisation des dentistes en périphérie du Québec.

Au niveau des denturologistes pratiquant en Gaspésie/Iles, il est difficile de tirer des conclusions quant au pouvoir de dotation de la micro-région à leur égard. On constate en fait que parmi les cinq denturologistes dont la Gaspésie/Iles s'est doté, autant proviennent de la région de Montréal que du Bas St-Laurent/Gaspésie. Toutefois, l'unique institution de formation en denturologie du Québec se situant dans la région de Montréal incite vraisemblablement plus d'étudiants de la région de Montréal à se diriger vers la denturologie par rapport aux étudiants des régions périphériques.

Au niveau des lieux de pratique précédant la localisation en Gaspésie/Iles, il apparaît que le pouvoir de dotation d'effectifs dentaires du territoire d'enquête s'exerce surtout auprès des finissants à la recherche d'un premier lieu de pratique. De plus, il semblerait que le pouvoir de dotation s'étende également au niveau des effectifs dentaires ayant pratiqué autrefois dans l'une des régions périphériques du Québec, et de préférence à l'intérieur même de l'une des cinq MRC faisant l'objet de cette étude.

Le pouvoir de dotation d'effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles s'exprime également à travers les facteurs favorisant la localisation des effectifs à cet endroit. A ce niveau, on note quelques différences entre le sous-groupe des

dentistes et celui des denturologistes.

Dans le cas des dentistes, il apparaît que les aspects sur lesquels la micro-région doit compter pour se doter d'effectifs concernent à la fois son milieu de pratique ainsi que son milieu de vie. Parmi les facteurs mentionnés par les répondants, on retrouve plusieurs éléments déjà identifiés par des auteurs tels que Bech, Edouard et Gernett (1971) puis Shultz et Habber (1975). Les principaux facteurs favorisant le pouvoir de dotation de dentistes de la Gaspésie/Iles seraient:

- la possibilité de se constituer une clientèle rapidement;
- le manque d'effectifs dentaires de la région;
- les types de soins réclamés par les patients (possibilité d'une pratique diversifiée).

Les principaux facteurs du milieu de vie seraient:

- la possibilité d'activités de plein air;
- la qualité du milieu de vie;
- la facilité d'établir des relations sociales;
- l'attrait de la région pour le conjoint;
- connaître des gens dans la région.

Chez les denturologistes par contre, il semble que ce soit surtout le milieu de vie de la micro-région Gaspésie/Iles

qui soit à l'origine de leur localisation à cet endroit. Parmi les aspects importants du milieu de vie de la Gaspésie/Iles mentionnés par les répondants, on note le fait de connaître des gens dans la région, la qualité du milieu de vie, la possibilité d'activités de plein air et la facilité d'établir des relations sociales.

En résumé, le pouvoir de dotation d'effectifs dentaires de la micro-région Gaspésie/Iles semble s'exercer d'abord auprès des effectifs provenant du Bas St-Laurent/Gaspésie et auprès des dentistes ayant été formés à l'université Laval. De plus, la Gaspésie/Iles serait favorisée comme lieu de pratique surtout par les effectifs à la recherche d'un premier lieu de pratique ou ayant pratiqué autrefois en périphérie du Québec.

Aussi, il apparaît que les facteurs de localisation favorisant la dotation d'effectifs dentaires en Gaspésie/Iles décrivent d'une part le type de pratique particulier que l'on retrouve dans les régions où le volume d'effectifs dentaires est faible, et d'autre part le milieu de vie propre aux territoires de petite dimension, caractérisés par un faible poids démographique et une infrastructure urbaine peu développée.

5.1.2 Le pouvoir de conservation: Le pouvoir de conservation de la Gaspésie/Iles à l'égard de ses effectifs dentaires a été évalué à l'aide des facteurs favorables et défavorables à la pratique et à la résidence à cet endroit.

Au niveau de la pratique dentaire, les principaux facteurs favorables aux dentistes seraient d'abord la forte demande de soins dentaires dans la micro-région puis en moindre importance, la facilité d'établir des contacts amicaux avec la clientèle. Dans le cas des denturologistes, les mêmes facteurs ont été notés mais dans l'ordre inverse.

Encore ici, on constate que ces éléments se retrouvent de préférence dans les régions déficitaires en effectifs dentaires et constituées de communautés de petite dimension. Le manque d'effectifs dentaires détermine d'une part une forte demande en soins, et la petite dimension des municipalités de la Gaspésie/Iles facilite d'autre part l'établissement de contacts amicaux avec la clientèle puisqu'il y a de bonnes chances que chaque dentiste et denturologiste rencontre régulièrement plusieurs de ses patients dans son milieu de vie.

Quant aux facteurs défavorables à la pratique en Gaspésie/Iles, les répondants mentionnent en premier lieu les

difficultés d'accès au ressourcement. Par la suite, les facteurs mentionnés diffèrent considérablement selon qu'il s'agit des dentistes ou des denturologistes:

Dentistes:

- la difficulté d'accès aux spécialistes de la dentisterie;
- la difficulté d'accès aux laboratoires et compagnies de fourniture dentaires;
- la population peu sensible à la santé dentaire.

Denturologistes:

- l'existence d'une pratique illégale en denturologie;
- les difficultés d'entente avec certains dentistes.

Au niveau des facteurs défavorables à la pratique de la dentisterie, on constate que la situation est attribuable surtout à l'éloignement par rapport aux ressources nécessaires à la pratique. Ceci déterminerait en fait une situation de dépendance de la Gaspésie/Iles envers d'autres régions; phénomène déjà observé par Lemieux (1976) et Gagnon (1979) au niveau institutionnel et politique. Quant au faible niveau de sensibilisation de la population face à l'importance de la santé dentaire, on peut associer en partie ce problème à un manque de ressources dentaires en Gaspésie/Iles si l'on

considère que l'enseignement de l'hygiène dentaire passe par les effectifs dentaires eux-mêmes.

Chez les denturologistes, on constate qu'il existe une rivalité entre ces derniers et certains dentistes de la Gaspésie/Iles. D'ailleurs, des commentaires ont été formulés en ce sens par quelques uns des répondants à l'enquête. Toutefois, rien ne nous permet de supposer que cette situation est particulière à la micro-région Gaspésie/Iles.

Ainsi, le pouvoir de conservation des effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles semble avantageé par l'existence d'un marché important en soins dentaires et par la petite dimension démographique du territoire qui facilite la personnalisation de la pratique par l'établissement de liens amicaux avec la clientèle. Par contre, le principal obstacle à ce même pouvoir de conservation concerne les difficultés d'accès des effectifs dentaires au ressourcement, ceci s'expliquant par l'éloignement géographique de la Gaspésie/Iles par rapport aux lieux de ressourcement qui se concentrent généralement dans les régions centrales.

Comme il fut mentionné précédemment, en plus des facteurs relatifs à la pratique, il semble que les effectifs dentaires de Gaspésie/Iles accordent également beaucoup d'importance à leur milieu de vie. En ce sens, leur opinion à l'égard de leur

lieu de résidence est déterminant du pouvoir de conservation de ces effectifs par la micro-région.

Au niveau des facteurs favorables à la résidence en Gaspésie/Iles, les dentistes et denturologistes mentionnent en premier lieu la qualité de l'environnement. Pour les dentistes particulièrement, la tranquillité du milieu de vie apparaît également favorable, alors que pour deux des cinq denturologistes visés par l'enquête, la Gaspésie/Iles étant leur milieu d'origine, leur résidence à cet endroit leur apparaît favorable pour cette raison. En fait, ces facteurs favorables à la résidence en Gaspésie/Iles peuvent être associés à ce que Polèse (1986) appelle les "facteurs affectifs" qui favoriseraient le bien-être des effectifs dentaires dans cette micro-région.

Par contre, la Gaspésie/Iles comme lieu de résidence semble comporter également certains éléments défavorables à la conservation des effectifs dentaires en place. Pour les dentistes, c'est le faible niveau de développement socio-culturel de la micro-région qui constitue le plus souvent le facteur défavorable à la résidence en Gaspésie/Iles. On note aussi un sentiment d'isolement par rapport aux grands centres et des difficultés causées par un climat parfois difficile (hivers longs, brume fréquente). Chez les denturologistes, aucun facteur défavorable à la résidence

en Gaspésie/Iles n'a été noté par une majorité de répondants. Notons toutefois que parmi les facteurs mentionnés on retrouve un sentiment d'isolement, une faible quantité de commerces et une intimité difficile à conserver.

Si l'on examine de plus près les facteurs ci-haut mentionnés, on constate qu'ils constituent en fait la contrepartie des facteurs favorables à la résidence en Gaspésie/Iles. En fait, on peut considérer que la qualité de l'environnement (mer, paysage, campagne, etc.) et la vie tranquille dont jouit la Gaspésie/Iles sont dûes en partie au fait que la micro-région n'est pas encombrée de l'infrastructure urbaine que l'on reproche souvent aux grands centres. Par contre, c'est aussi dans ces grands centres que l'on retrouve le plus souvent la vie commerciale et socio-culturelle la plus dynamique. En fait, c'est le jeu entre les facteurs favorables et défavorables de la pratique et de la résidence en Gaspésie/Iles par rapport à d'autres régions du Québec qui détermine le pouvoir de conservation des effectifs dentaires en Gaspésie/Iles. Dans la mesure où les avantages à la pratique et à la résidence en Gaspésie/Iles apparaissent plus importants que les avantages qu'offrirait d'autres régions de pratique, la micro-région peut alors disposer d'un important pouvoir de conservation de ses effectifs en place. Cette concurrence de la Gaspésie/Iles avec le centre pour la conservation de ses effectifs dentaires

illustre bien le concept de périphérie tel que défini par Reynaud (1981).

Les intentions de pratique future des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles peuvent apporter des précisions au sujet du pouvoir de conservation de la micro-région face à ses effectifs dentaires. Ce genre d'information s'inscrit dans ce qui a été appelé la stabilité du lieu de pratique.

Au niveau des denturologistes, leur localisation en Gaspésie/Iles apparaît plutôt stable. Lors de leur localisation à cet endroit, la totalité d'entre eux avaient l'intention d'y demeurer de façon permanente, et ces derniers prévoient d'ailleurs tous y pratiquer jusqu'à la retraite. Aussi, on constate que quatre des cinq denturologistes de la Gaspésie/Iles pratiquent à cet endroit depuis 7 ans et plus.

Par contre, la localisation des dentistes en Gaspésie/Iles semble moins stable. En effet, la majorité d'entre eux y pratiquent depuis moins de 5 ans et un peu moins du tiers prévoient pratiquer en Gaspésie/Iles jusqu'à la retraite. Selon les motifs fournis par les dentistes désirant quitter éventuellement la Gaspésie/Iles, il apparaît que les facteurs principaux qui entravent leur stabilité à cet endroit concernent en premier lieu le peu de choix d'écoles dont dispose la micro-région ainsi que son faible niveau de

développement socio-culturel. On constate également que certains dentistes quitteraient la Gaspésie/Iles pour réorienter leur carrière, c'est-à-dire changer de lieu et de type de pratique de façon à éviter le plafonnement. Parmi les 10 dentistes ayant fourni des motifs de départ éventuel de la Gaspésie/Iles, il est important de souligner que six d'entre eux avaient l'intention dès le départ de se localiser à cet endroit de façon provisoire. Pour ce qui est des quatre autres dentistes (dont trois proviennent du Bas St-Laurent/Gaspésie), il semble donc que les facteurs ayant motivé autrefois leur localisation en Gaspésie/Iles ne parviennent plus à maintenir leur stabilité à cet endroit.

Quant aux neuf dentistes ayant déjà quitté la Gaspésie/Iles, on a pu observer que cinq d'entre eux s'y étaient localisés provisoirement dès le départ. Un autre aspect de l'instabilité des dentistes en Gaspésie/Iles s'illustre par le temps de pratique moyen dans la micro-région qui s'élève à 5,3 ans chez les neuf dentistes répondants, et à 2 ans chez cinq des sept autres dentistes visés par l'enquête. Quant aux motifs de départ de la Gaspésie/Iles, il semble d'après les résultats de l'enquête qu'ils soient reliés à la fois au milieu de pratique et de vie de la micro-région. Soulignons toutefois qu'il faut considérer avec réserve les résultats découlant de cette enquête auprès des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles, puisque nous ne sommes pas en

mesure d'évaluer précisément la population visée. Il serait donc préférable pour l'instant d'utiliser ces données à titre indicatif.

On a vu auparavant que le pouvoir de conservation de la Gaspésie/Iles à l'égard de ses effectifs dentaires faisait intervenir une certaine concurrence par rapport aux régions centrales. Ce phénomène se concrétise par les choix de futurs lieux de pratique consécutifs aux départs éventuels de dentistes de Gaspésie/Iles. En effet, on a pu constater que parmi les dentistes concernés, le plus grand nombre d'entre eux choisiraient la ville de Québec comme prochain lieu de pratique. Les autres ont également fait porter leur choix sur des régions centrales. En ce qui concerne également les dentistes ayant déjà quitté la Gaspésie/Iles après y avoir pratiqué quelque temps, on peut observer à l'aide de l'annuaire de l'Ordre des dentistes du Québec que parmi les 16 dentistes visés par l'enquête, une majorité se retrouvait en 1986 dans des régions centrales du Québec.

En résumé, le pouvoir de conservation des effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles semble favorisé par l'existence d'un marché important en soins dentaires et par la petite dimension du territoire qui facilite l'établissement de liens amicaux avec la clientèle. Par contre, du point de vue de la pratique, le principal obstacle au pouvoir de conservation des

effectifs dentaires de Gaspésie/Iles serait relié à l'éloignement géographique du territoire par rapport aux régions centrales où l'on retrouve plusieurs ressources nécessaires à la pratique dentaire.

Du point de vue des facteurs relatifs au milieu de vie en Gaspésie/Iles, on constate que certains d'entre eux favorisent et défavorisent à la fois le pouvoir de conservation de la micro-région à l'égard de ces effectifs dentaires. En fait, la qualité du milieu de vie que l'on apprécie de la Gaspésie/Iles présente en contrepartie un aspect socio-culturel et commercial peu développé que l'on reproche à la micro-région. C'est donc le jeu entre les facteurs favorables et défavorables de la pratique et de la résidence en Gaspésie/Iles par rapport à d'autres régions qui conditionne le pouvoir de conservation, et donc la stabilité des effectifs dentaires en Gaspésie/Iles.

Les denturologistes de Gaspésie/Iles apparaissent plutôt stables dans cette micro-région alors que les dentistes le sont beaucoup moins. Aussi, pour le plus grand nombre de dentistes concernés, les principaux facteurs motivant leur départ éventuel de Gaspésie/Iles concerneraient le milieu de vie de cette micro-région et pour un plus petit nombre de dentistes, son milieu de pratique. Toutefois, on ne connaît pas l'importance relative de ces différents facteurs dans la

décision de quitter éventuellement la Gaspésie/Iles. Quant aux dentistes ayant déjà quitté la micro-région, on peut mentionner à titre indicatif que ces départs apparaissent autant attribuables au milieu de pratique qu'au milieu de vie de la Gaspésie/Iles. Aussi, il semble que chez les dentistes pratiquant actuellement en Gaspésie/Iles et ceux qui ont quitté l'endroit, les régions concurrentes à cette micro-région pour la conservation de ses dentistes sont d'abord les régions centrales.

Finalement, il apparaît que le pouvoir de l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Iles est conditionné d'une part par un pouvoir de dotation d'effectifs qui s'exerce d'abord auprès des effectifs provenant du Bas St-Laurent/Gaspésie et de préférence auprès de dentistes formés à l'université Laval. Aussi, le pouvoir de dotation de la micro-région semble s'opérer surtout auprès des effectifs à la recherche d'un premier lieu de pratique ou ayant déjà pratiqué en périphérie du Québec. D'autre part, on constate que ce pouvoir de dotation est également favorisé par des facteurs de localisation propres aux territoires faiblement pourvus en effectifs dentaires et peu urbanisés. Par contre, ces particularités de la micro-région constitueraient également la barrière à l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles.

Le pouvoir de conservation des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles semble quant à lui caractérisé par une certaine concurrence entre divers facteurs présentant à la fois des aspects favorables et défavorables à la pratique et à la résidence en Gaspésie/Iles. Cette concurrence ne semble pas de nature à compromettre la stabilité des denturologistes en Gaspésie/Iles, mais elle influence davantage la stabilité des dentistes. Ainsi, il apparaît que les dentistes qui se localisent en Gaspésie/Iles choisissent cet endroit à la fois pour des avantages liés à son milieu de pratique et de vie, mais quittent l'endroit plus tard en raison d'une insatisfaction ressentie également au niveau de la pratique et de la vie en Gaspésie/Iles. C'est donc dire qu'après un certain nombre d'années à cet endroit, les avantages de la micro-région deviennent moins importants que les avantages de la pratique et de la résidence en d'autres régions, dont principalement les régions centrales du Québec. Toutefois, on doit se rappeler que parmi les dentistes désirant quitter ou ayant déjà quitté la Gaspésie/Iles, la majorité s'y étaient localisés dès le départ de façon provisoire.

5.2 Les pouvoirs de la demande: Tel que déterminé dans le cadre d'analyse de cette étude, le pouvoir de la demande sera analysé ici en termes de pouvoir de perception des besoins et d'accès aux soins. En ce qui concerne particulièrement le

pouvoir d'accès aux soins dentaires, nous tenterons dans un premier temps de distinguer les facteurs qui empêchent la consommation de soins, de ceux qui la compliquent sans toutefois l'empêcher.

5.2.1 Le pouvoir de perception des besoins: Comme il fut déjà mentionné au niveau de la présentation des résultats, il aurait été intéressant de pouvoir vérifier auprès des ménages l'existence d'une barrière perceptuelle aux besoins en soins dentaires en confrontant tout comme l'ont fait Brodeur et al. (1982) les besoins perçus par les répondants aux besoins diagnostiqués par des spécialistes en santé dentaire. Néanmoins, la méthode utilisée dans le cadre de cette recherche peut vraisemblablement permettre d'identifier de façon indirecte la présence d'une barrière perceptuelle au niveau des soins dentaires. C'est ainsi que nous avons pu constater que parmi les 53 ménages n'effectuant pas de visites régulières de prévention, un peu plus de la moitié d'entre eux expliquaient ceci par la négligence. Par conséquent, il apparaît que l'importance que ces ménages accordent à la prévention n'est pas suffisante pour les amener à adopter les comportements de prévention conseillés par les spécialistes de la dentisterie.

La présence d'une barrière perceptuelle a également été vérifiée auprès des dentistes de Gaspésie/Iles. Aussi, on a

vu qu'une majorité de dentistes sont d'avis que la population de cette micro-région ne reçoit pas autant de soins dentaires préventifs qu'elle en aurait besoin, et le premier facteur explicatif de cette sous-consommation de soins serait pour eux le manque d'éducation dentaire. Au niveau des soins dentaires curatifs, la même constatation a été faite par les dentistes ayant participé à l'enquête. On pouvait bien sûr s'attendre à ce que peu de dentistes expliquent cette sous-consommation de soins dentaires par le coût des honoraires, car cela aurait pu être interprété par une tarification trop élevée des actes médicaux posés. Or, pour eux, la tarification des soins se justifie administrativement. D'ailleurs, sans disposer de données officielles concernant la tarification des soins dentaires en Gaspésie/Iles, on peut supposer sur la base d'entrevues auprès de personnes-ressources que les honoraires fixés par les dentistes de cet endroit sont en moyenne moins élevés que ceux que l'on retrouve en région centrale. Car, il faut considérer que ceux-ci doivent s'adapter au marché s'ils veulent s'assurer un certain niveau de clientèle.

En définitive, il apparaît que le pouvoir de perception des ménages de Gaspésie/Iles à l'égard de leurs besoins en soins dentaires préventifs fait obstacle à leur accessibilité à ces soins. Il semblerait que ce pouvoir de perception soit entravé en fait par un manque d'éducation dentaire nécessaire

à la motivation de respecter les règles de prévention, dont les visites régulières chez le dentiste.

5.2.2 Le pouvoir d'accès aux soins: Tel que souligné précédemment, le pouvoir d'accès des ménages de Gaspésie/Iles est analysé ici sous deux aspects. Dans un premier temps, on cherche à identifier les barrières empêchant la demande de soins. Par la suite, il s'agit de mettre en évidence les principaux problèmes se posant aux ménages lors de la consommation de soins dentaires. Finalement, la dernière partie de ce chapitre traite particulièrement de l'influence de la distance sur l'accessibilité aux soins dentaires.

a) le pouvoir d'accès aux soins; ce qui empêche la consommation: Les résultats de l'enquête auprès des ménages de Gaspésie/Iles montrent que leur pouvoir d'accès aux soins dentaires est entravé par divers facteurs. Il fut déjà souligné dans la section des résultats que le fait d'avouer sa propre privation de soins dentaires peut être difficile pour le ménage et peut donc causer ainsi un biais aux résultats de l'enquête. C'est pourquoi on doit considérer avec diligence les résultats obtenus à ce niveau.

- les soins curatifs: au chapitre des soins dentaires curatifs, l'enquête a montré que plus du tiers des ménages ont avoué s'être privés de ce type de soins durant la dernière année, et cela malgré l'existence de besoins perçus en ce sens.

En ce qui concerne les motifs expliquant la privation de soins dentaires curatifs, le facteur principal serait le coût des honoraires. Il faut toutefois rappeler que selon les données du recensement de 1981, l'échantillon de ménages utilisé dans le cadre de cette enquête pourrait être sur-représenté en ménages de faible revenu et sous-estimerait d'autre part la proportion réelle de ménages de revenu plus élevé. Puisque la privation de soins dentaires curatifs semble reliée à la variable revenu, on devrait nécessairement tenir compte de ce biais avant toute généralisation des résultats au niveau de l'ensemble de la population de Gaspésie/Iles.

A partir des informations disponibles dans le cadre de cette étude, il est impossible d'évaluer avec précision le pourcentage de ménages s'étant réellement privés de soins dentaires curatifs au cours de la dernière année, à moins bien sûr de ne pas considérer les biais possibles reliés à la nature très personnelle du sujet traité. De la même façon, on ne peut non plus calculer précisément l'importance de chaque facteur ayant motivé cette privation de soins.

D'une part, on peut considérer que la proportion de 37 % des ménages s'étant privés de soins dentaires curatifs est est possiblement légèrement sur-évaluée compte tenu du fait que l'échantillon surestime les ménages de faible revenu. Par contre, si l'on suppose que certains ménages ont préféré ne

pas avouer leur privation de soins dentaires curatifs, alors la proportion de 37 % pourrait être sous-évaluée.

Malgré ces difficultés liées à l'évaluation du pouvoir d'accès des ménages aux soins dentaires curatifs, les données recueillies lors de l'enquête auprès des ménages tendent néanmoins à démontrer que cet aspect du pouvoir de la demande est problématique en Gaspésie/Iles, et selon les dentistes, ce problème semble encore plus évident. Au niveau de la barrière à la demande de soins dentaires curatifs, il apparaît également difficile d'en identifier le facteur le plus déterminant. Selon les ménages, leur pouvoir d'accès à ce genre de soins serait entravé principalement au niveau de l'accessibilité financière.

- les soins préventifs: les résultats de l'enquête révèlent que davantage de ménages avouent ne pas effectuer de visites de prévention régulières par rapport à ceux qui se priveraient de soins dentaires curatifs. Dans le cas de l'absence de prévention régulière par les ménages eux-mêmes, le premier motif explicatif serait la négligence, et le coût des honoraires apparaîtrait en second lieu.

Pourquoi le coût des honoraires serait le principal facteur motivant la privation de soins dentaires curatifs alors que l'absence de prévention régulière serait motivée

elle par la négligence ? Voilà un problème concret lié à l'étude des perceptions où interviennent des questions très personnelles difficiles à traiter en entrevue. Dans un cas, on peut considérer que ces deux motifs ne sont pas complètement distincts l'un de l'autre. En fait, il faut bien voir que pour chaque individu, sa perception du coût des honoraires fait entrer en jeu sa perception de l'importance des soins dentaires préventifs. En d'autres termes, si une personne présente un niveau d'éducation peu élevé, elle pourra être portée à considérer que le coût des soins dentaires préventifs est excessif. Dans ce cas, la personne motiverait son absence de prévention régulière par le coût des honoraires, mais le facteur négligence interviendrait également dans ce phénomène.

Par conséquent, il semble que comme dans le cas des soins dentaires curatifs, on ne peut calculer avec précision la proportion de ménages n'effectuant pas de visites régulières de prévention chez leur dentiste. Toutefois, si l'on ne peut se fier entièrement à la proportion de 53 % des ménages qui n'effectueraient pas régulièrement ce genre de prévention, cette donnée nous permet tout de même d'identifier la présence d'un problème d'accessibilité aux soins dentaires préventifs chez les ménages de Gaspésie/Iles. Dans le même sens, à partir des données disponibles, il apparaît difficile d'évaluer précisément l'importance des différents motifs à l'origine de

cette barrière empêchant la demande de soins dentaires préventifs. Comme il fut expliqué précédemment, il semblerait judicieux d'associer cette barrière à la fois à un problème d'accessibilité financière et de perception des besoins en soins préventifs.

b) Le pouvoir d'accès aux soins : ce qui complique la consommation. Sans nécessairement faire partie des barrières à la demande de soins dentaires, certains facteurs peuvent néanmoins être de nature à compliquer l'accès à ces soins. Selon les ménages interviewés, le premier problème encouru lors de la consommation de soins dentaires dans la micro-région Gaspésie/Iles concernerait les délais de rendez-vous jugés trop longs. Pour d'autres, le coût des honoraires apparaîtrait encore plus problématique alors qu'un pourcentage appréciable de ménages (16 %) mentionnent ne faire face à aucun problème notable lors de la consommation des soins dentaires.

Tel que présenté au chapitre 5, on peut observer que parmi tous les problèmes compliquant la consommation de soins dentaires des ménages de Gaspésie/Iles, plusieurs peuvent être influencés par le volume d'effectifs dentaires ainsi que leur distribution sur le territoire.

A propos du volume d'effectifs dentaires de la Gaspésie/Iles, plus de la moitié des ménages rencontrés en entrevue considèrent que les dentistes sont en nombre insuffisant dans la région d'enquête. Par contre, un peu moins de la moitié des ménages en pensent autant des denturologistes. Soulignons ici que les ménages consomment moins de soins en denturologie plutôt qu'en dentisterie. Mais, dans les deux cas, une majorité de ménages juge les effectifs mal distribués sur le territoire de la Gaspésie/Iles. Rappelons que selon Thouez et al. (1985) d'ailleurs, l'équité des soins de santé au Québec apparaît entravée par une mauvaise répartition géographique des ressources. Mentionnons également que la plupart des ménages sont d'avis que la Gaspésie/Iles aurait besoin des services d'orthodontistes. Ainsi, selon la perception des ménages ayant participé à l'enquête, il semble que l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Iles ne correspond pas entièrement à leurs attentes.

A l'exemple des ménages de Gaspésie/Iles, les effectifs dentaires ayant participé à l'enquête se sont également prononcés sur l'offre de soins dentaires de cette micro-région. Il ressort des résultats de l'enquête que la majorité des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles considèrent qu'ils sont en nombre suffisant dans le secteur environnant

leur lieu de pratique. Par contre, on constate que plus de la moitié d'entre eux sont d'avis que leur nombre est insuffisant dans la micro-région, compte tenu des besoins de la population.

Au niveau de la distribution des effectifs sur le territoire d'enquête, plus du tiers des dentistes considèrent que les dentistes de Gaspésie/Iles sont mal répartis sur le territoire, alors que les denturologistes eux, se considèrent bien distribués.

5.2.3 Etendue de l'espace vécu: Tel que le considèrent Frémont (1976) et Bailly (1977), l'étude de l'espace doit nécessairement faire entrer en ligne de compte la perception de ses habitants. Dans la section des résultats, on a vu que le facteur distance n'apparaît pas comme une barrière à l'accès aux soins dentaires. En fait, il semble plutôt que la variable revenu explique davantage les variations de consommation de soins dentaires chez les ménages de Gaspésie/Iles.

Compte tenu de la confiance que nous pouvons accorder aux informations tirées de l'échantillon de ménages (tel que présenté au chapitre I), il apparaît que le facteur distance n'empêche pas significativement la consommation de soins dentaires en Gaspésie/Iles. En effet, parmi les ménages qui avouent s'être privés de soins dentaires curatifs au cours de

la dernière année, seulement 5,4 % expliquent cette privation par la distance à parcourir pour atteindre le cabinet dentaire le plus près. Dans le cas des soins préventifs, ce pourcentage se chiffre plutôt à 3,8 %.

Ceci tend donc à démontrer l'ampleur de l'espace vécu des ménages de Gaspésie/Iles et par conséquent le peu d'importance que semble représenter la distance en tant que barrière physique susceptible d'entraver le pouvoir d'accessibilité aux soins dentaires.

En résumé, les résultats de la recherche tendent à démontrer la présence d'une barrière perceptuelle limitant le pouvoir de la demande de soins dentaires chez les ménages de Gaspésie/Iles. En effet, chez les ménages comme chez les dentistes ayant participé à l'étude, on explique principalement la privation ou la sous-consommation de soins dentaires préventifs par la négligence (manque d'éducation dentaire). Aussi, puisqu'il fut mentionné précédemment que le facteur négligence pouvait intervenir également dans le cas de la privation de soins dentaires curatifs, il apparaît que la barrière perceptuelle limiterait aussi la consommation des soins dentaires curatifs chez les ménages de Gaspésie/Iles.

En ce qui concerne le pouvoir d'accès aux soins dentaires curatifs et préventifs, on a vu que les données issues des enquêtes ne permettent pas d'évaluer avec précision le niveau d'accès des ménages à ces soins. Dans le même sens, on ne peut non plus évaluer précisément l'importance des différents facteurs déterminants de la barrière à la demande de soins dentaires. Toutefois, les données disponibles tendent à démontrer que le pouvoir d'accès aux soins dentaires préventifs est problématique en Gaspésie/Iles. Aussi, ce pouvoir serait entravé principalement au niveau de la perception des besoins. Dans le cas des soins dentaires curatifs par contre, on observe en plus de l'existence d'une barrière perceptuelle, la présence d'un problème d'accessibilité financière à ces soins.

Au niveau des facteurs compliquant la consommation de soins dentaires sans l'empêcher, il apparaît que les délais de rendez-vous constituent le problème le plus souvent mentionné par les ménages, suivi du coût des honoraires. A ce chapitre, soulignons que le facteur distance empêche et/ou complique l'accès aux soins dentaires de façon très marginale étant donné la grande étendue que semble présenter l'espace vécu des ménages de Gaspésie/Iles.

En ce qui concerne finalement l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Iles, il apparaît que celle-ci ne correspond pas adéquatement aux attentes et aux besoins des ménages.

TABLEAU 1

DISTRIBUTION DES MENAGES DE GASPESIE/ILES PAR M.R.C.,
POPULATION REELLE ET ECHANTILLON, 1986

DISTRIBUTION DES MENAGES				
M.R.C.	nb. réel de ménages	%	nb. ménages (échantillon)	% dossiers valides
Côte-de-Gaspé	7 043	23,2	24	23,0
Bonaventure	6 945	22,9	24	23,0
Pabok	6 869	22,6	24	23,0
Avignon	5 239	17,3	18	17,0
Iles-de-la-Madeleine	4 265	14,0	15	14,0
TOTAL	30 361	100	105	100

Source: Perspectives démographiques infrarégionales, B.S.Q.,
1984.

TABLEAU 2

ECHANTILLON PAR ATTRIBUTS (échantillon aléatoire seulement)

TAUX MAXIMUM D'ERREURS ESPERE: 5 %NIVEAU DE CONFIANCE : 95 %
-----TAILLE DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON POUR DIVERSES PRECISIONS
POPULATION 0,5% 1% 1,5% 2% 2,5% 3% 4% 5%-----
30 000 5 871 1 720 790 449 290 201 114 7332 000 5 944 1 727 791 450 290 202 114 73
-----Source: Echantillonnage statistique en vérification interne:
description et expérience à la RAMQ, RAMQ, service
de l'évaluation de la gestion, avril 1978.

TABLEAU 5

EVOLUTION DU VOLUME D'EFFECTIFS DENTAIRES AU QUEBEC, 1975-85

OCCUPATION		1971	1975	1982	1985
dentistes	(1)	1 661	2 013	2 580	2 782
denturologistes	(2)	-	457	807	845
ass. dentaires	(3)	1 059	2 415	3 190	* 4 000
hygiénistes dent.	(4)	11	29	765	1 185
tech. dentaires	(5)	429	624	200	252

Sources:

- (1) Ordre des dentistes du Québec.
- (2) Ordre des denturologistes du Québec.
- (3) Recensement du Canada, 1971. Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire, Santé et Bien-être Canada, 1976. Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada, Minis. de la Santé Nationale et du Bien-être Social, 1985.
- (4) Statistiques annuelles de la RAMQ, 1971. Office des professions du Québec, Rapports annuels 1975/76 - 1985/86.
- (5) Recensement du Canada 1971. Office des professions du Québec, Rapports annuels 1975/76 - 1985/86.
- * Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada, Minis. de la Santé Nationale et du Bien-être Social, 1985, (d'après le ministère de la Santé Nationale, les membres de l'Association des ass. dentaires du Québec représentent environ 10 % du total des effectifs).

TABLEAU 6

TYPES DE REMUNERATION SELON LES DISPENSATEURS DE SERVICES

DISPENSATEURS	MODE DE REMUNERATION
spécialistes en chirurgie buccale	Acte
chirurg. dentistes	Acte Salarial (honoraires fixes) Vacation
denturologistes	Acte

TABLEAU 7

SOMMES VERSEES PAR LA RAMQ AUX DENTISTES POUR LES
MESURES INCITATIVES, SELON LE TYPE DE MESURE

MESURES	NB. DEMANDES	COUT TOTAL	COUT MOYEN
ressourcement	369	371 239	1 006
sorties	23	13 308	579
éloignement	39	70 269	1 802
déménagement	16	20 416	1 276
TOTAL	447	475 232	1 063

TABLEAU 8

COUVERTURE DES PROGRAMMES DENTAIRES SELON LA CATEGORIE DES SERVICES, DE BENEFICIAIRES ET LE MILIEU DE DISPENSATION, QUEBEC, 1985

SERVICES	0-11 ans	12 ans	13-15 ans	16 ans et +	
	H et \mathcal{H}	H et \mathcal{H}	H et \mathcal{H}	H	\mathcal{H}
Examens et consultation	TOUS	TOUS	TOUS	TOUS	BAS
Prévention	-	TOUS	TOUS	BAS	BAS
Radiologie	TOUS	TOUS	TOUS	TOUS	BAS
Restauration	TOUS	TOUS	BAS	BAS	BAS
Endodontie	TOUS	TOUS	BAS	BAS	BAS
Chir. buccale	TOUS	TOUS	TOUS	TOUS	BAS
Prosthodontie	BAS	BAS	BAS	BAS	BAS
Orthodontie	-	-	-	-	-

N.B.: H = en milieu hospitalier

\mathcal{H} = en milieu non hospitalier

- = service non assuré

BAS = bénéficiaires de l'aide sociale.

TABLEAU 9
 REPARTITION DES DEPENSES DE LA RAMQ SELON
 LES PROGRAMMES DE SANTE, QUEBEC 1976 - 1986

PROGRAMMES	services médicaux	serv. pharm.	serv. dentaires	serv. optom.	autres serv. et adm.	TOTAL
ANNEE	%	%	%	%	%	%
1975/76	79,7	8,5	3,5	2,4	5,9	100
1976/77	79,0	8,2	4,3	2,3	6,2	100
1977/78	77,6	9,7	5,1	2,1	5,5	100
1978/79	75,0	11,5	5,8	2,2	5,5	100
1979/80	73,5	11,0	8,5	2,0	5,0	100
1980/81	72,9	11,3	9,2	2,0	4,6	100
1981/82	71,2	12,3	9,4	1,9	5,2	100
1982/83	73,3	11,8	7,7	2,1	5,1	100
1983/84	74,0	12,1	6,8	2,1	5,0	100
1894/85	72,8	13,0	7,1	2,1	5,0	100
1985/86	75,0	14,8	6,2	2,0	2,0	100

Source: Statistiques annuelles, RAMQ, 1980-1985.

Rapport annuel, RAMQ, 1985/86.

TABLEAU 10

DISTRIBUTION DES DENTISTES ET DENTUROLOGISTES PAR REGION
SOCIO-SANITAIRE DU QUEBEC, 1986

REGION SOCIO- SANITAIRE	TYPE DE REGION	NB. dentistes	NB. denturol.	RATIO dentistes/ 2 000 h.	RANG
Bas St-L/Gasp.	P	56	21	0,47	9
Saguenay/Lac St-J.	P	98	44	0,63	4
Québec	C	367	136	0,69	3
Mauricie	I	135	51	0,59	5
Estrie	C	88	30	0,72	2
Montréal métro	C	1 419	184	1,42	1
Laurent./Lanaud.	C	166	184	0,57	7
Montérégie	C	336	140	0,59	5
Outaouais	I	82	28	0,58	6
Abitibi/Témisc.	P	35	15	0,44	10
Nouv.-Québ./ Côte-Nord	P	33	12	0,48	8
TOTAL		2 815	845	0,85	

N.B. P = périphérie, I = intermédiaire, C = centre.

Sources: L'avenir démographique du Québec, BSQ, 1985.

Annuaire de l'Ordre des dentistes du Québec, 1986-87
Série statistique spéciale de l'Ordre des dentistes
du Québec (membres au 31 mars 1986).

Tableau des membres de l'Ordre des denturologistes du
Québec, 1986.

TABLEAU 11

DISTRIBUTION DES DENTISTES ET DENTUROLOGISTES PAR MRC
DE LA REGION BAS ST-LAURENT/GASPESIE, 1986

M.R.C.	NB. dentistes	NB. denturolog.	RATIO dentiste/2 000 h.	RANG
Bonaventure	6	2	0,54	2
Denis-Riverin	2	2	0,25	9
Iles	3	1	0,38	7
Matapédia	5	1	0,45	4
Avignon	5	0	0,63	1
Pabok	6	0	0,52	3
Rimouski-Neigette	14	8	0,52	3
La Mitis	4	2	0,36	8
Côte-de-Gaspé	5	2	0,41	6
Matane	6	3	0,44	5
TOTAL	56	21	0,46	

Sources: Perspectives démographiques infrarégionales, BSQ,
1984.

Annuaire de l'ordre des dentistes du Québec, 1986.

Série statistique spéciale de l'Ordre des dentistes
du Québec (membres au 31 mars 1986).

Tableau des membres de l'Ordre des denturologistes du
Québec, 1986.

TABLEAU 12

DISTANCE MOYENNE A PARCOURIR PAR LA POPULATION OCCUPEE ET PLUS INSTRUITE POUR ATTEINDRE LE DENTISTE LE PLUS PRES DU DOMICILE

REGION SOCIO-SANITAIRE	DISTANCE MOYENNE EN KILOMETRE	POPULATION OCCUPEE	POPUL. PLUS INSTRUITE
Bas St-Laurent/Gasp.	10,15	8,94	7,82
Saguenay/Lac St-Jean	4,92	4,34	3,52
Québec	4,83	4,30	3,18
Mauricie	4,84	4,40	3,54
Estrie	4,70	4,39	3,67
Montréal métro.	0,42	0,41	0,40
Laurentides/Lanaud.	3,92	3,54	3,26
Montérégie	2,56	2,52	2,07
Outaouais	7,70	6,52	5,24
Abitibi/Témiscamingue	9,27	13,07	13,91
Côte-Nord	28,30	23,07	19,39
Québec (moins Nouveau-Québec)	3,70	3,25	2,62

Source: Document de référence no. 1: La répartition territoriale des médecins, omnipraticiens, des dentistes et des spécialistes par municipalité (...), Service de l'évaluation, Direction générale des programmes de services sociaux, nov. 1980.

TABLEAU 13

INSTITUTION DE FORMATION ET LIEU D'ORIGINE

INSTITUTION ORIGINE	U. DE MONT.	U. LAVAL	U. MCGILL	U. N- BRUNSWICK	U. SAIGON	COLL. EDOUARD-M.
MONTREAL	6	-	1	-	-	2
QUEBEC	-	2	-	-	-	-
MAURICIE	1	-	-	-	-	-
SAGUENAY LAC S-J.	-	1	-	-	-	1
BAS S-L GASPESIE territoire d'enquête	3	5	-	-	-	2
N-BRUNSW.	-	-	-	1	-	-
VIET-NAM	-	-	-	-	3	-
TOTAL	10	8	1	1	3	5
%	43,5%	34,8%	4,3%	4,3%	13,1%	100%

TABLEAU 14

LIEUX DE PRATIQUE PRECEDANT LA LOCALISATION EN GASPESIE/ILES

REGION	NB.DENTIS.	%	NB.DENTUROL.	%	TOTAL	%
aucun lieu de pratique précédant	11	47,8%	2	40%	13	46,4%
périphérie du Québec	9	39,1%	2	40%	11	39,3%
territoire d'enquête	5	21,7%	1	20%	6	21,4%
Québec	4	17,4%	0	-	4	14,3%
Montréal	1	4,3%	1	20%	2	7,1%
Estrie	1	4,3%	0	-	1	3,6%
Viet-Nam	2	8,7%	0	-	2	7,1%

TABLEAU 15

FACTEURS DE LOCALISATION EN GASPESIE/ILES

FACTEURS qualifiés de: "très importants"	DENTIST.		DENTUROL.		TOTAL %	
	NB.	%	NB.	%		
possibilité des me constituer une clientèle rapidement	15	65,2%	3	60,0%	18	64,3%
manque d'effectifs dentaires dans la région	14	60,9%	2	40,0%	16	57,1%
possibilité d'activités de plein air	8	34,8%	3	60,0%	11	39,3%
qualité du milieu de vie	7	30,4%	3	60,0%	10	35,7%
attrait de la région pour le conjoint	7	30,4%	2	40,0%	9	32,1%
connait des gens dans la région	5	21,3%	3	60,0%	8	28,6%
facilité de trouver un local pour mon cabinet	6	26,1%	1	20,0%	7	25,0%
facilité d'établir des relations sociales	5	21,7%	1	20,0%	6	21,4%
frais d'opération du cabinet avantageux	4	17,4%	1	20,0%	5	17,9%
possibilité d'une association pour la pratique	4	17,4%	0	-	4	14,3%
suggestion (représentant d'équipement dentaire)	3	13,0%	0	-	3	10,7%
types des soins réclamés par les patients	2	8,7%	1	20,0%	3	10,7%
possibilité de travailler dans un C.L.S.C.	3	13,0%	0	-	3	10,7%
avantages offerts par des délégués municipaux, gouv, etc.	2	8,7%	0	-	2	7,1%
possibilités de contacts avec les confrères et consoeurs	1	4,3%	0	-	1	3,6%
structure d'âge de la popul.	1	4,3%	0	-	1	3,6%
niveau de compétition proff.	0	-	1	20,0%	1	3,6%
possibilité de devenir un leader dans la communauté	1	4,3%	0	-	1	3,6%
revenu moyen de la population	1	4,3%	0	-	1	3,6%
autre: possibilité de travailler dans un centre hospitalier	1	4,3%	0	-	1	3,6%
PRINCIPAL FACTEUR (question ouverte)						
- milieu de pratique et de vie intéressant	12	52,2%	1	20,0%	13	46,4%
- milieu de pratique intéres.	9	39,1%	1	20,0%	10	35,7%
- milieu de vie intéressant	2	8,7%	3	60,0%	5	17,9%
	23	100 %	5	100 %	28	100 %

TABLEAU 16

INTENTIONS LORS DE LA LOCALISATION EN GASPESIE/ILES

INTENTION	NB.DENTIS.	%	NB.DENTURODL.	%	TOTAL	%
localisation permanente (intention de demeurer en G/I)	17	73,9%	5	100 %	22	78,6%
localisation provisoire	* 6	26,1%	0	-	6	21,4%
TOTAL	23	100 %	5	100 %	28	100 %

RAISONS DE LA LOCALISATION PROVISOIRE	NB.DENTISTES	%
désir de profiter momentanément d'avantages monétaires à la pratique en région	3	50,0 %
bourse de la RAMQ pour la pratique en région	2	33,3 %
influence du conjoint	1	16,7 %
TOTAL	6	100 %

* INTENTION	NB. DENTIST.	%	ANNEES DE PRATIQUE EN GASP./ILES
localisation provisoire	6	26,1%	1 - 2 ans : 3
			3 - 4 ans : 1
			5 ans : 2
TOTAL			: 6

TABLEAU 17

LES FACTEURS FAVORABLES A LA PRATIQUE EN GASPESIE/ILES

FACTEURS (du plus au moins important)	DENTISTES		DENTUROL.		TOTAL	%
	NB.	%	NB.	%		
-forte demande en soins dent.	15	65,2%	1	20,0%	16	57,1%
-facilité d'établir des contacts sociaux avec la clientèle	5	21,7%	4	80,0%	9	32,1%
-possibilité d'une pratique diversifiée	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-assurances dentaires de plus en plus populaires	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-bonne partie de la popul. bénéficiant du B.S., et prog. gouv. pour enfants	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-éducation dentaire à effectuer auprès de la population	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-services dentaires très appréciés par la population	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-popul. de plus en plus sensibilisée à la santé dentaire	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-avantages de la pratique en C.L.S.C.	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-avantages de la pratique en groupe (partage de la clientèle et des frais)	1	4,3%	1	20,0%	2	7,1%
-faibles frais de location de la clinique	1	4,3%	0	-	1	3,6%

197
TABLEAU 18

LES FACTEURS DEFAVORABLES A LA PRATIQUE EN GASPESIE/ILES

FACTEURS (du plus au moins important)	DENTISTES		DENTUROL.		TOTAL %	
	NB.	%	NB.	%		%
-difficulté d'accès au ressourcement	7	30,4%	2	40,0%	9	32,1%
-difficulté d'accès aux spécialistes de la dentisterie	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-difficulté d'accès aux lab. et cies. de fournitures dent.	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-population peu sensibilisée à la santé dentaire	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-rendez-vous peu respectés par la clientèle	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-faible niveau de revenu de la population	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-éloignement par rapport à d'autres dentistes pratiquant dans la région	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-difficulté de trouver des locaux adéquats pour la pratiq.	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-difficulté d'accès à la pratique de groupe	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-clientèle appelant souvent après les hres. de pratique	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-aucun facteur défavorable	2	8,7%	1	20,0%	3	10,7%
-difficultés d'adaptation du conjoint	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-problème de communication avec la clientèle (angloph.)	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-popul. très exigeante à l'égard de l'image du professionnel	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-existence d'une pratique illégal en denturologie	0	-	1	20,0%	1	3,6%
-difficulté d'entente avec certains dentistes	0	-	1	20,0%	1	3,6%

TABLEAU 19

LES FACTEURS FAVORABLES A LA RESIDENCE EN GASPESIE/ILES

FACTEURS (du plus au moins imp.)	DENTISTES		DENTUROL.		TOTAL	%
	NB.	%	NB.	%		
-qualité de l'environnement (campagne, mer, etc.)	16	69,6%	4	80,0%	20	71,4%
-tranquilité du milieu de vie	6	26,1%	0	-	6	21,4%
-beaucoup des loisirs et d'activités de plein air	5	21,7%	0	-	5	17,9%
-facilité d'établir des liens amicaux avec la population	5	21,7%	1	20,0%	6	21,4%
-proximité du lieu de travail et des services	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-vie culturelle et artistique intéressante	3	13,0%	0	-	3	10,7%
-bons services municipaux	3	13,0%	1	20,0%	4	14,3%
-caractère touristique de la région intéressant	2	8,7%	0	-	2	7,1%
-milieu d'origine (famille et amis sur place)	2	8,7%	2	40,0%	4	14,3%
-milieu anglophone	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-milieu sécuritaire pour les enfants	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-population discrète	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-popul. relativement bien éduquée	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-niveau de taxation municipale peu élevé	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-niveau de revenu de la popul. moyennement élevé	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-projets en cours pour l'embellissement de la municipalité	1	4,3%	0	-	1	3,6%

199
TABLEAU 20

LES FACTEURS DEFAVORABLES A LA RESIDENCE EN GASPESIE/ILES

FACTEURS (du plus au moins imp.)	DENTISTES		DENTUROL.		TOTAL %	
	NB.	%	NB.	%		
-vie socio-culturelle et niveau de services peu développés	11	47,8%	0	-	11	39,3%
-sentiment d'isolement par rapport aux grands centres	6	26,1%	1	20,0%	7	25,0%
-climat difficile (hivers longs, brume fréquente)	5	21,7%	0	-	5	17,9%
-problèmes de transport (système aérien peu développé et coûteux, dépendance envers le climat)	4	17,4%	0	-	4	14,3%
-commerces peu nombreux et prix élevés	3	13,0%	1	20,0%	4	14,3%
-intimité difficile à conserver	3	13,0%	1	20,0%	4	14,3%
-manque de spécialistes de la santé dans la région	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-prix élevé des maisons en certains endroits de la région	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-population peu ouverte à l'égard des gens non originaires de la région	1	4,3%	0	-	1	3,6%
-manque de civisme au sein de la population	0	-	1	20,0%	1	3,6%
-aucun facteur défavorable	0	-	1	20,0%	1	3,6%

TABLEAU 21

NOMBRE D'ANNEES DE PRATIQUE EN GASPESIE/ILES
ET TEMPS DE PRATIQUE PREVU EN GASPESIE/ILES

NB. D'ANNEES	NB.DENTIS.	%	NB.DENTUROL.	%	TOTAL	%
moins de 2 ans	5	21,7%	0	-	5	17,8%
2 - 4 ans	9	39,2%	1	20,0%	10	35,7%
5 - 6 ans	4	17,4%	0	-	4	14,3%
7 ans et plus	5	21,7%	4	80,0%	9	32,1%
TOTAL	23	100 %	5	100 %	28	100 %

ANNEES	NB.DENTIS.	%	NB.DENTURO.	%	TOTAL	%
moins de 5 ans	2	8,7%	0	-	2	7,1%
5 - 10 ans	4	17,4%	0	-	4	14,3%
jusqu'à retraite	7	30,4%	5	100%	12	42,9%
ne sait pas	4	17,4%	0	-	4	14,3%
pas de réponse	6	26,1%	0	-	6	21,4%
TOTAL	23	100 %	5	100 %	28	100 %

TABLEAU 22

MOTIFS DU DEPART EVENTUEL DE GASPESIE/ILES

MOTIFS	NB. DENTISTES	%
- favoriser les études des enfants et profiter du milieu de vie d'un grand centre	6	60,0 %
- réorientation de la carrière (éviter le plafonnement professionnel, spécialisation)	4	40,0 %
- rapprochement par rapport au milieu d'origine	2	20,0 %
- carence de médecins et d'hôpitaux en Gaspésie/Iles	2	20,0 %
- bénéficier d'une meilleure rémunération	1	10,0 %
NB. DE REpondants AYANT FOURNI DES MOTIFS DE DEPART EVENTUEL DE GASPESIE/ILES	10	100 %

TABLEAU 23

LIEUX DE RELOCALISATION EVENTUELS

REGIONS CHOISIES	NB. DENTISTE	%
1 choix: QUEBEC (ville)	4	40,0 %
MONTREAL (ville)	2	20,0 %
ESTRIE	2	20,0 %
MAURICIE/BOIS-FRANCS	1	10,0 %
2 choix: QUEBEC	5	50,0 %
MONTREAL	2	20,0 %
BAS ST-LAURENT/GASPESIE (Rimouski)	1	10,0 %
3 choix: QUEBEC	1	10,0 %
MONTREAL	1	10,0 %
SAGUENAY/LAC ST-JEAN	1	10,0 %
PERIPHERIE DU QUEBEC	1	10,0 %
NB. DE REpondANTS AYANT CHOISI DES LIEUX DE RELOCALISATION EVENTUELS	10	100 %

TABLEAU 24

REGION DE PROVENANCE, REGION DE PRATIQUE ACTUELLE
ET ANNEE DE DEPART DE LA GASPESIE/ILES

REGION DE PROVENANCE	NB. DE DENTISTES	ANNEE DE DEPART	NB. DE DENTISTES	LOCALISATION EN 1986	NB. DE DENTISTES
Bas St-L./ Gaspésie	2 (P)	1975	1	Bas St-L/ Gaspésie (P)	2
Québec	0 (C)	1977	2	Québec (C)	2
Montréal métro.	4 (C)	1981	2	Montréal métro (C)	2
Montréal	1 (C)	1983	1	Montréal (C)	1
Laurent/ Lanaudière	1 (C)	1984	1	Ottawa Ottawa (I)	1
Abitibi/ Témiscamingue	1 (P)	1985	2	Nouveau- Québec (P)	1
TOTAL	9		9		9

Temps de pratique moyen en Gaspésie/Iles: 5,3 ans
(soit 7: 5 ans et moins, 2: plus de 5 ans).

Légende: P= périphérie, C= centre, I= intermédiaire.

TABLEAU 25

MOTIFS DE DEPART DE DENTISTES AYANT QUITTE LA GASPESIE/ILES
ET FACTEURS DE LOCALISATION EN GASPESIE/ILES

MOTIFS qualifiés de :	NB. DENTISTES %	
"très imp. et assez imp."		

MOTIFS qualifiés de : "très imp."		
- milieu de pratique insatisfaisant	3	33,3 %
- milieu de vie insatisfaisant	3	33,3 %
- milieu de pratique et de vie insatisfaisant	2	22,2 %
- aucune réponse	1	11,1 %
TOTAL	9	100 %

PRINCIPAL MOTIF DE DEPART (question ouverte)		
- milieu de pratique et de vie insatisfaisant	4	44,4 %
- milieu de vie insatisfaisant	3	33,3 %
- milieu de pratique insatisfaisant	2	22,2 %
TOTAL	9	100 %

FACTEURS DE LOCALISATION qualifiés de : "très imp."		
- milieu de pratique satisfaisant	5	55,6 %
- milieu de pratique et de vie satisfaisant	2	22,2 %
- milieu de vie satisfaisant	0	-
- aucune réponse	2	22,2 %

TABLEAU 26

DISTRIBUTION DES MENAGES PAR M.R.C

M.R.C	DISTRIBUTION DES MENAGES		
	POPULATION		ECHANTILLON
	nb.	% (1986)	(nb. valides, 1985)
Côte-de-Gaspé	7 043	23,2	23
Bonaventure	6 945	22,9	23
Fabok	6 869	22,6	23
Avignon	5 239	17,3	17
Iles	4 265	14,0	14
TOTAL	30 361	100	100

Source: Perspectives démographiques infrarégionales, E.S.Q.,
1984.

TABLEAU 27

DISTRIBUTION DES MENAGES SELON LE NOMBRE DE MEMBRES 1981/1985
ET LES TRANCHES DE REVENU 1980/1985

DISTRIBUTION DES MENAGES			
NB. MEMBRES	POPULATION		ECHANTILLON NB. (1985)
	NB.	% (1981)	
1 personne	2 680	9,8	9
2 personnes	5 880	21,6	25
3 " "	5 340	19,6	23
4 " "	5 870	21,5	26
5 " "	3 655	13,4	12
6 " "	2 000	7,3	5
7 " "	910	3,4	0
8 " "	480	1,8	0
9 " "	275	1,0	0
10 et plus	170	0,6	0
TOTAL	27 060	100	100

		(1980)	
MOINS DE \$9 999	6 645	24,8	27
\$10 000 - \$14 999	4 275	15,9	16
\$15 000 - \$19 999	3 725	13,9	22
\$20 000 - \$24 999	3 490	13,0	12
\$25 000 ET PLUS	8 670	32,4	23
TOTAL	26 805	100	100

Source: Ménages privés selon le nombre de personnes par ménage, série statistique spéciale, B.S.Q., (27 fév. 1987).

Ménages privés selon le genre de ménage par tranche de revenu du ménage en 1980, série statistique spéciale, B.S.Q., 1981.

TABLEAU 28

PRIVATION DE SOINS DENTAIRES CURATIFS ET
PREVENTIFS PAR LES MENAGES INTERROGES

privation de soins dentaires par les ménages	nb. et % de ménages	motifs de la privation	nb. de ménages	%
<hr/>				
SOINS CURATIFS:				
- privation	37	-coût des honoraires	23	62,2%
		-délais rendez-vous	7	18,9%
		-appréhension douleur	4	10,8%
- non privation	63	-distance	2	5,4%
		-pas de choix parmi les effectifs	1	2,7%
TOTAL	100	TOTAL	37	100 %
<hr/>				
SOINS PREVENTIFS:				
- prévention non régulière	53	-négligence	28	52,8%
		-coût des honoraires	15	28,3%
- prévention régulière	47	-port de dentiers	6	11,3%
		-délais de rendez-vous	2	3,8%
		-distance	2	3,8%
TOTAL	100	TOTAL	53	100 %
<hr/>				

TABLEAU 29

CONSOMMATION DE SOINS DENTAIRE PREVENTIFS ET CURATIFS PAR LA
POPULATION DE GASPE/ILES, SELON LES DENTISTES

réception de soins dentaires préventifs par la population			réception de soins dentaires curatifs par la population		
nb. de % dentistes			nb. de % dentistes		
selon les besoins	6	26,1 %	selon les besoins	3	13,0 %
moins que selon les besoins	16	69,6 %	moins que selon les besoins	20	87,0 %
pas de réponse	1	4,3 %	pas de réponse	0	-
TOTAL	23	100 %	TOTAL	23	100 %

TABLEAU 30

LA PRIVATION DE SOINS DENTAIRES CURATIFS
SELON LE REVENU DES MENAGES
ET
PRIVATION DE SOINS DENTAIRES CURATIFS MOTIVEE PAR LE COUT
DES HONORAIRES, SELON LE REVENU DES MENAGES

REVENU/TRANCHE	nb. de ménages	nb. de ménages s'étant privés(s. cur.)	%
1. MOINS DE 10 000 \$	30	16	53.5 %
2. 11 000 - 15 000 \$	13	6	46.2 %
3. 16 000 - 20 000 \$	22	6	27.3 %
4. 21 000 - 25 000 \$	12	3	25.0 %
5. 26 000 ET PLUS \$	23	6	26.1 %
TOTAL	100	37	

REVENU/TRANCHE	nb. de ménages s'étant privé	nb. de ménages selon le revenu de soins curatifs	%
1. MOINS DE 10 000 \$	16	9	56,3 %
2. 11 000 - 15 000 \$	6	5	83,3 %
3. 16 000 - 20 000 \$	6	5	83,3 %
4. 21 000 - 25 000 \$	3	2	66,7 %
5. 26 000 ET PLUS \$	6	2	33,3 %
TOTAL	37	23	

TABLEAU 31

L'ABSENCE DE SOINS PREVENTIFS REGULIERS
 SELON LE REVENU DES MENAGES
 ET
 ABSENCE DE PREVENTION REGULIERE MOTIVEE PAR
 LE COUT DES HONORAIRES, SELON LE REVENU DES MENAGES

REVENU/TRANCHE	ABSENCE DE PREVENTION REGULIERE		
	nb. de ménages	nb. de ménages	%
1. MOINS DE 10 000 \$	30	19	63,3
2. 11 000 - 15 000 \$	13	7	53,8
3. 16 000 - 20 000 \$	22	12	54,5
4. 21 000 - 25 000 \$	12	6	50,0
5. 26 000 ET PLUS \$	23	9	39,1
TOTAL	100	53	

REVENU/TRANCHE	ménages		%
	- *	**	
1. MOINS DE 10 000 \$	20	6	30,0 %
2. 11 000 - 15 000 \$	7	4	57,1 %
3. 16 000 - 20 000 \$	12	1	8,3 %
4. 21 000 - 25 000 \$	5	3	60,0 %
5. 26 000 ET PLUS \$	9	1	11,1 %
TOTAL	53	15	

* = nb. de ménages n'effectuant pas régulièrement de visites dentaires.

** = nb. de ménages motivant leur absence de prévention régulière par le coût des honoraires.

TABLEAU 32

VOLUME DES EFFECTIFS DENTAIRES DE GASPESIE/ILES
ET
DISTRIBUTION DES EFFECTIFS DENTAIRES DE GASPESIE/ILES
SELON LES MENAGES

DISTRIBUTION DES DENTISTES	NB. DE MENAGES	DISTRIBUTION DES DENTUROLOGISTES	NB. DE MENAGES
bien distribués	31	bien distribués	16
mal distribués	63	mal distribués	51
ne sait pas	6	ne sait pas	33
TOTAL	100	TOTAL	100

VOLUME DE DENTISTES	NB. DE MENAGES	VOL. DE DENTUROLOGISTES	NB. DE MENAGES
suffisant	37	suffisant	27
insuffisant	58	insuffisant	43
ne sait pas	5	ne sait pas	30
TOTAL	100	TOTAL	100

TABLEAU 33

VOLUME DES EFFECTIFS DENTAIRES (région d'enquête)

SELON LES DENTISTES ET DENTUROLOGISTES DE GASPE/SIE/ILES

VOLUME DE DENTISTES	NB. DE DENTISTES	%	VOLUME DE DENTUROLOGISTES	NB. DE DENTISTES	%
suffisant	9	39,1 %	suffisant	16	69,6 %
insuffisant	12	52,2 %	insuffisant	2	8,7 %
ne sait pas	2	8,7 %	ne sait pas	5	21,7 %
TOTAL	23	100 %	TOTAL	23	100 %

VOLUME DE DENTISTES	NB. DE DENTUROL.	%	VOLUME DE DENTUROLOGISTES	NB. DE DENTUROL.	%
suffisant	5	100 %	suffisant	4	80 %
insuffisant	0	-	insuffisant	1	20 %
TOTAL	5	100 %	TOTAL	5	100 %

TABLEAU 34

DISTRIBUTION DES EFFECTIFS DENTAIRES DE GASPESIE/ILES
SELON LES DENTISTES
ET SELON LES DENTUROLOGISTES

DISTRIBUTION DES DENTISTES			DISTRIBUTION DES DENTUROLOGISTES		
DENTISTES	NB. DE DENTISTES	%	DENTUROLOGISTES	NB. DE DENTUROL.	%
bonne distribution	15	65,2%	bonne distribution	5	100%
mauvaise distrib.	8	34,8%	mauvaise distrib.	0	100%
pas de réponse	0	-	pas de réponse	0	100%
TOTAL	23	100 %	TOTAL	5	100%

DISTRIBUTION DES DENTISTES			DISTRIBUTION DES DENTUROLOGISTES		
DENTISTES	NB. DE DENTUROL.	%	DENTUROLOGISTES	NB. DE DENTUROL.	%
bonne distribution	5	100%	bonne distribution	5	100%
mauvaise distrib.	0	-	mauvaise distrib.	0	100%
TOTAL	5	100%	TOTAL	5	100%

TABLEAU 35

PROBLEMES ENCOURUS LORS DE LA RECEPTION DE SOINS DENTAIRES

TYPES DE PROBLEMES	NB. DE MENAGES
- délais de rendez-vous	43
- coût des honoraires	26
- aucun problème (notable)	16
- distance	6
- qualité des soins	6
- absence d'orthodontiste dans la région	2
- pas de choix parmi les effectifs (les plus près du domicile)	1
TOTAL	100

LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Malgré l'ampleur des informations tirées des différentes enquêtes réalisées dans le cadre de cette étude, il importe de rappeler le caractère limitatif de certains éléments de la recherche.

Il fut mentionné précédemment que la distribution des ménages de l'échantillon sous-évalue la proportion réelle de ménages de revenus élevés dans la population visée. Puisque différentes études semblent démontrer un lien entre le revenu personnel et l'utilisation des services dentaires, ceci pourrait causer un biais à notre échantillon. Le facteur distance n'est pas apparu significatif en tant que barrière à l'accès aux soins. Toutefois, si l'échantillon avait comporté davantage de ménages localisés loin des cabinets dentaires, ce facteur aurait pu apparaître plus déterminant de l'accès aux soins.

Au niveau de l'enquête auprès des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles, il faut bien considérer qu'évoluant dans un marché concurrentiel, certains répondants ont pu hésiter à avouer que la micro-région manquait d'effectifs dentaires, de peur d'attirer la concurrence. Ceci sur-évaluerait donc le pouvoir de l'offre de soins de la micro-région. En ce qui concerne les dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles, on doit tenir compte du fait que la situation qui prévalait au moment de leur pratique à cet endroit peut être quelque peu différente de celle qui concernait la présente étude.

CONCLUSION

Selon l'objectif général de la présente étude, il s'agissait de déterminer la nature du pouvoir de la micro-région Gaspésie/Iles en matière de soins dentaires, et de voir si les conditions d'accès équitable aux soins étaient respectées. Le pouvoir de la micro-région a été analysé en terme de pouvoir de l'offre et de la demande, c'est-à-dire du pouvoir de la région sur l'offre de soins et du pouvoir de la population au niveau de l'accès aux soins.

En ce qui concerne l'offre de soins dentaires en Gaspésie/Iles, celle-ci semble limitée à la fois au niveau de la dotation et de la conservation des effectifs dentaires. Le pouvoir de dotation d'effectifs serait conditionné par un faible rayonnement de la micro-région à l'égard des effectifs à la recherche d'un lieu de pratique. A ce niveau, il serait intéressant de vérifier dans le cadre d'une autre étude le degré de connaissance de la Gaspésie/Iles par les finissants-es en dentisterie et denturologie.

Aussi, le pouvoir de dotation d'effectifs déterminerait une part du pouvoir de conservation de ces effectifs dans la micro-région, à partir du moment où certains dentistes ou denturologistes s'y localisent dès le départ avec l'intention de quitter l'endroit après quelque temps. De plus, le pouvoir de dotation et de conservation des effectifs dentaires semble entravé par une certaine concurrence opposant la Gaspésie/Iles aux régions centrales du Québec où l'on retrouve un milieu mieux doté en ressources pour la pratique dentaire, et où la résidence est favorisée par un plus grand niveau de développement urbain.

Ceci permet de vérifier l'hypothèse de départ concernant la limitation du pouvoir d'offre de soins dentaires de la Gaspésie/Iles dû à son état de dépendance envers le centre. Au niveau du pouvoir de conservation des effectifs, on a vu que les principaux désavantages associés à la pratique et à la résidence en Gaspésie/Iles se rapportent à l'absence de certains éléments présents dans les régions centrales. Aussi, dans le cas des dentistes ayant quitté la Gaspésie/Iles ou désirant quitter éventuellement l'endroit, ce sont principalement les régions centrales qui sont choisies comme lieu de pratique consécutif à la Gaspésie/Iles.

Il apparaît également que le pouvoir de l'offre de soins dentaires de la Gaspésie/Iles est limité par un marché encombré de différentes barrières freinant l'accès de la population aux soins dentaires. Ces barrières influencent le pouvoir de la demande de soins au niveau de la perception des besoins et de l'accès aux soins dont le besoin est perçu.

Dans le cas des soins dentaires préventifs, il semblerait que la barrière perceptuelle constitue la principale entrave à la demande de ce genre de soins. Au niveau des soins curatifs par contre, la demande semble principalement limitée par le coût des honoraires. Mais comme il fut mentionné précédemment, les barrières perceptuelle et financière sont deux concepts étroitement reliés l'un à l'autre.

Toutefois, puisque la barrière financière semble limiter davantage l'accès aux soins dentaires des personnes de plus faible revenu, ceci pose un problème d'équité d'accès aux soins. Afin d'analyser plus en profondeur ce problème d'équité, il serait intéressant dans le cadre d'une étude

subséquente de comparer l'accès aux soins dentaires des ménages de Gaspésie/Iles à celle des ménages d'autres régions du Québec. Ainsi, on pourrait identifier non seulement un problème d'inéquité intra-régional mais également inter-régional. Pour cela, il faudrait comparer bien sûr le niveau de tarification des soins dentaires d'une région à l'autre en fonction du revenu des ménages.

En ce qui concerne le volume et la distribution des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles, ceci ne semble pas de nature à limiter en tant que tel le pouvoir de la demande de soins dentaires. Toutefois, selon les dentistes de Gaspésie/Iles, le volume et la distribution de leurs effectifs dans la micro-région serait inadéquat selon les besoins de la population. Mais, pour ces dentistes, il apparaît que la population ne consomme pas selon ses besoins. Quant aux ménages, il semble que le volume et la distribution des effectifs dentaires de leur région vécue se semble pas répondre à leurs attentes. Ceci pourrait d'ailleurs leur causer certains problèmes lors de la consommation des soins dentaires, au niveau des délais de rendez-vous.

Quant à l'influence du facteur distance sur l'accessibilité des ménages aux soins dentaires, les résultats de l'étude tendent à démontrer que contrairement à l'hypothèse posée, la barrière physique ne serait pas à l'origine d'un problème d'inéquité d'accès aux soins. En fait, il apparaît que l'espace vécu des ménages de Gaspésie/Iles est suffisamment étendu pour que la distance séparant le domicile du cabinet dentaire le plus près ne soit pas un facteur susceptible d'empêcher l'accès aux soins dentaires. Une évaluation de l'ampleur de l'espace vécu des ménages de

Gaspésie/Iles pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une étude subséquente.

En ce qui concerne finalement le régulateur décrit au niveau du cadre d'analyse, dans les conditions actuelles, il semble que celui-ci devrait agir au niveau du pouvoir de la demande, soit plus précisément en ce qui concerne la barrière perceptuelle et la barrière à la demande. Il apparaît en effet que l'éducation des ménages de Gaspésie/Iles entrave la perception de leurs besoins en soins dentaires. Il semble également que la barrière financière limite l'accès aux soins. De plus, cette barrière serait à l'origine d'un problème d'inéquité d'accès aux soins dentaires.

Dans ce cas particulier, le régulateur pourrait s'illustrer par de plus grandes facilités d'accès aux soins dentaires pour les ménages de plus faible revenu, grâce à des programmes dentaires incluant davantage de bénéficiaires et de types de soins. Toutefois, en cette période de rationalisation des dépenses dans le secteur de la santé du Québec, il apparaît préférable de donner la priorité aux soins préventifs afin de diminuer à long terme les besoins en soins curatifs.

En ce qui concerne le pouvoir de l'offre de soins dentaires de Gaspésie/Iles, il semblerait souhaitable qu'un régulateur favorise la conservation des effectifs dans la micro-région, de façon à faciliter l'enseignement des mesures de prévention dentaire auprès de la population (le suivi des interventions ne s'effectuant pas dans le cas d'un taux de roulement élevé des effectifs). Ceci pourrait se traduire par une intervention au niveau de la barrière à l'offre de soins. Plus précisément, il s'agirait de favoriser la localisation

des effectifs dentaires provenant de Gaspésie/Iles ou du Bas St-Laurent/Gaspésie, puisque ceux-ci sont susceptibles d'être mieux adaptés au milieu de pratique et de vie de cette micro-région. Pour cela, il faudrait bien entendu s'assurer d'un accès équitable des étudiants de Gaspésie/Iles aux institutions de formation en soins dentaires.

Conformément au schéma d'analyse, le régulateur devrait éventuellement agir aussi sur les problèmes encourus lors de la consommation des soins dentaires en Gaspésie/Iles.

A ce niveau, il est apparu que les délais de rendez-vous constituaient le principal problème mentionné par les ménages. D'une part, on peut penser que cette situation est due à un manque d'effectifs par rapport à la demande. Par contre, il est possible que le même genre d'enquête réalisée auprès des ménages d'une région centrale indiquerait également le facteur délais de rendez-vous comme principal problème encouru lors de la consommation de soins dentaires. Par conséquent, ne connaissant pas pour l'instant le degré d'importance de ce problème vécu par les ménages de Gaspésie/Iles, il apparaît difficile de proposer une mesure visant à régulariser la situation.

BIBLIOGRAPHIE

- Anderson, R. et Newman, J. F. "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States." Milbank memorial Fund Quaterly, 1973, no. 51.
- Aydalet, P. Economie régionale et urbaine. Paris: Economica, 1985.
- Bailly, A. La perception de l'espace urbain. Paris: Centre de Recherche et d'Urbanisme, 1977.
- Bailly, A. Communication personnelle, 1986.
- Beck, Edward, Gernet. Attitudes and background values as predictors of urban-rural practice location. Journal of dental education, 1971, vol. 35, no. 9.
- Bédard, B. et al. Choix d'un lieu de pratique et prévision régionale d'effectifs dentaires. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 1982.
- Bélangier, G. L'économie du secteur public. Montréal: Gaetan Morin, 1981.
- Brodeur, J.M. et al. Etude sur la santé bucco-dentaire des personnes de 65 ans et plus. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 1982.
- B.S.Q. L'avenir démographique du Québec. Québec, 1985.

- B.S.Q. Ménages privés selon le genre de ménage par tranche de revenu du ménage. (Série statistique spéciale) Québec, 1981.
- B.S.Q. Ménages privés selon le nombre de personnes par ménage. (Série statistique spéciale). Québec, 1981
- B.S.Q. Perspectives démographiques infrarégionales. Québec, 1984.
- Call, R.L., Fryer, G., Schooley, E. The role of dental education in the distribution of dental personnel. Journal of public health dentistry, 1981. vol 41, no. 4.
- Champagne, F. et al. Le système de soins au Québec: une organisation visant l'équité et le respect des libertés individuelles. Revue française de finances publiques. 1983.
- Contandriopoulos, A.P. Qualité des soins et organisation des services dentaires. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 1981.
- Contandriopoulos, A.P. Economie du système de santé. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 1983.
- Côté, S. Enjeux régionaux et luttes pour le pouvoir. dans ACSALF, La transformation du pouvoir au Québec. Québec: Albert St-Martin, 1980
- Dab, W. et al. Glossaire des principaux termes utilisés en épidémiologie, information et statistique. Paris: SERSS, 1979.

- Daniels, N. Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. Milbank Memory Fund Quarterly, 1982, vol. 60, no. 1.
- De la Blache, V. Dans Martone E. Collin (publ.). Principes de géographie humaine. Paris, 1955.
- Dionne, H. Aménagement des ressources et luttes en milieu rural. Rimouski, GRIDEQ-UQAR, 1983.
- Direction des politiques de services sociaux, service de l'évaluation. La répartition des dentistes au Québec. Québec, 1980.
- Direction générale des services sociaux, service de l'évaluation. La répartition territoriale des médecins, omnipraticiens, des dentistes et spécialistes par municipalité (...). Québec, 1980.
- Dugas, C. Les régions périphériques: défi au développement du Québec. Québec: Presses de l'Université du Québec, 1983.
- Dussault, G. Les effectifs sanitaires au Québec. Traité d'anthropologie médicale. 1983.
- Dussault G., Brodeur J.M., Contandriopoulos, A.P. Les effectifs dentaires au Québec. Montréal, Département d'administration de la Santé, Université de Montréal, 1979.
- Fréchette, P. Y a t-il un avenir pour les régions ? dans Premier mandat: prospective à court terme du gouvernement péquiste. Montréal: Editons de l'Aurora, 1977.

- Frémont, A. La région espace vécu. Vendôme: Presses universitaires de France, 1976.
- Gagnon, A. Le modèle centre-périphérie appliqué à l'Est du Québec. Rimouski, GRIDEQ, Université du Québec à Rimouski, 1979.
- Gagnon, A. Développement régional, Etat et groupes populaires. Hull: Asticou, 1985.
- Godbout, J. La transformation du pouvoir au Québec: quelques réflexions en guise de synthèse. Dans ACSALF, La transformation du pouvoir au Québec. Québec: Albert St-Martin, 1980.
- Grandbois, M. Le développement des disparités régionales en Gaspésie 1760-1960. Revue d'Histoire de l'Amérique Française, 1983, vol. 36, no.4.
- Hall, E. Canada's national provincial health program for the 1980's: a commitment for renewal. Ottawa, 1980.
- Higgins, B., Martin, F., Raynauld, A. Les orientations économiques. MEER, Ottawa, Canada, 1970.
- Isard, W. Location and space economy: a general theory relating to industrial location, market areas, land use, trade and urban structure. Cambridge: MIT Press, 1956.
- Jalbert, L. La question régionale comme enjeu politique. Espace régional et nation. Montréal: Boréal Express, 1983.
- Marshall, C. et al. Principal components analysis of physicians, dentists, and osteopaths in a midwestern state. American journal of public health, 1971, vo. 61, no. 8.

Ministère de la santé nationale et du bien-être social.
Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada. Ottawa,
1985.

Ministère des transports du Québec. Distances routières.
Québec, 1984.

Office des professions du Québec. Rapports annuels. Québec.
1975/76 - 1985/86.

O'Mullane, D.M., Robinson, M.E. The distribution of dentists
and the uptake of dental treatment by schoolchildren in
England. Communy dental oral epidemiology, 1977.

Ordre des dentistes du Québec, annuaires dentaires, O.D.Q.,
Montréal, 1976-78-80-81-83-84-85-86-87.

Ordre des denturologistes du Québec, tableaux des membres,
O.D.Q., Montréal, 1980-81-82-85-86.

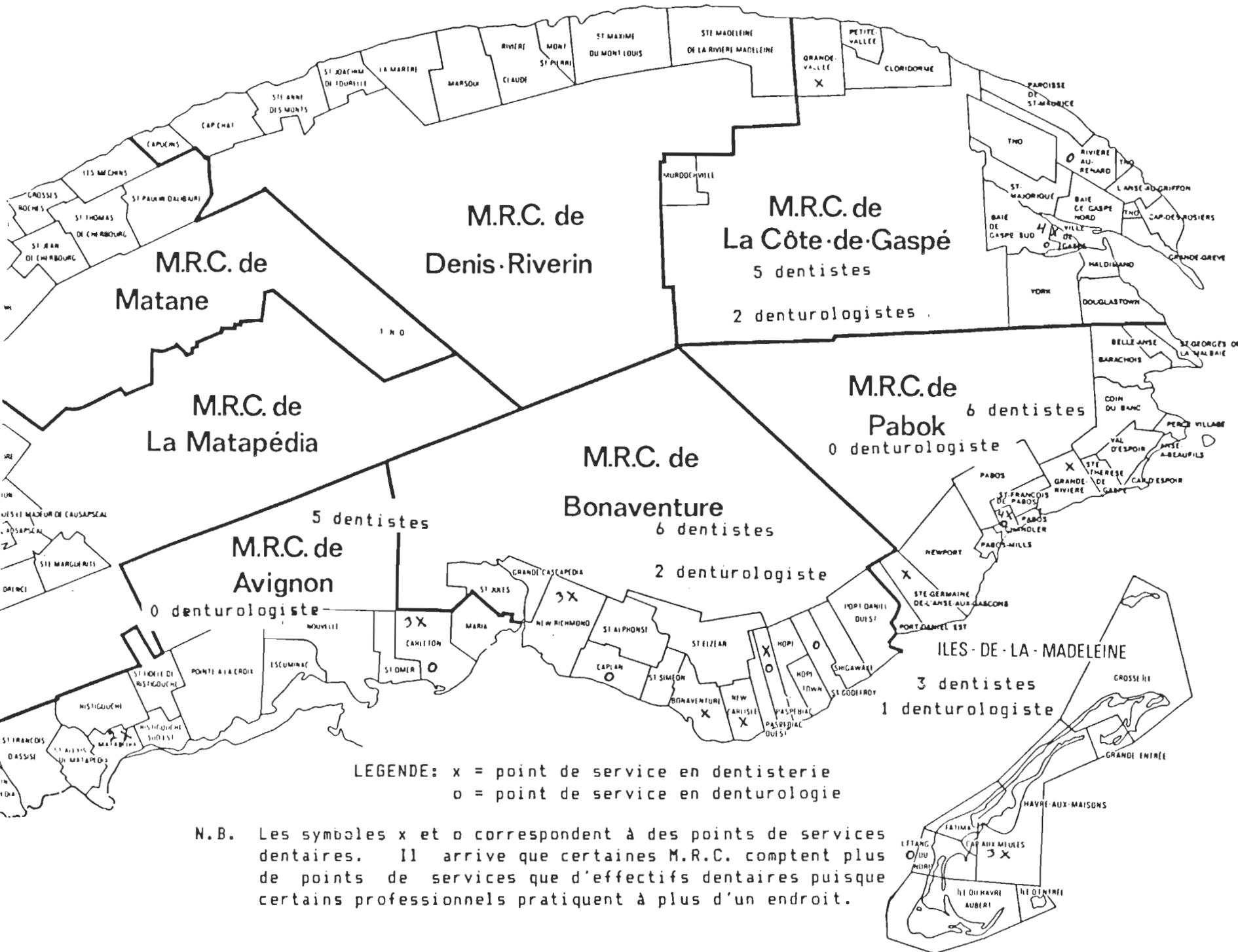
Penchansky, R., Thomas W. The concept of access: definition
and relationship to consumer satisfaction. Medical care,
1981, vol. 19, no. 2.

Pépin, J.G., Léveillé, C. Les attitudes préventives des futurs
dentistes. Montréal, département de dentisterie préventive,
Université de Montréal, 1981.

Polèse, M. Le développement économique des petites régions
est-il possible ? Tendances récentes et voies d'avenir.
Communication présenté au colloque sur l'avenir des
communautés culturelles isolées et des petites régions
économiques, Nouvelle-Ecosse: Presses Universitaires de
Ste-Anne, 1986.

- Ponsard, C. La région en analyse spatiale. Dijon, Institut de Mathématiques Economiques, Université de Dijon, 1977.
- R.A.M.Q. Rapport annuel. Québec, 1995/86
- R.A.M.Q. Statistiques annuelles, Québec, 1971, 1980-85.
- Reid, A.E., Cowan, A.M. Studies in dental education in Canada. Association of canadian faculties of dentistry project, Manitoba, University of Manitoba, 1972.
- Reynaud, A. Société, espace et justice. Paris: Presses Universitaires de France. 1981.
- Richardson, H.W. Regional economics: location theory, urban structure and regional change. New-York: Praeger publisher, 1969.
- Santé et bien-être Canada, Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire. Ottawa, 1976.
- Saucier, A., Contandriopoulos, A.P. Choix d'un lieu de pratique et prévision régionale d'effectifs dentaires. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal, 1982.
- Shultz, R., Haber, S. A study of factors in the choice of a rural dental practice. New-York dental journal, 1975, vol. 41.
- Statistique Canada, Recensement du Canada, Ottawa, 1976.

- R.A.M.Q. Echantillonnage statistique en vérification interne: description et expérience à la R.A.M.Q. Service de l'évaluation de la gestion. Québec, 1978.
- Thouez, J.P. et al. Disparités interrégionales des médecins au Québec: un problème de répartition géographique, de recrutement et non de pénurie de ressources. Revue d'économie régionale et urbaine. 1985, numéro spécial.
- Veatch, R.M. What is a just health care delivery in ethics and health policy ? R.M. Veatch and R. Branson Edt., 1976.
- Villeneuve, C., Giner, R.M. Etude sur les caractéristiques socio-économiques des parents d'enfants ayant reçu des soins dentaires gratuits. Ministère des affaires sociales. Québec, 1976.
- Vermot-Desroches, B. et al. Les services de soins de santé en Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine: une évaluation des coûts défrayés directement par les ménages. Trois-Rivières, Département d'administration et d'économique, Université du Québec à Trois-Rivières, 1986.
- Wilkins, R. The burden of ill-health in Canada: socio-economic inequalities in the healthfulness of life. Communication présentée dans le cadre du séminaire: Special seminar services on population health and health care, Hamilton, McMaster University, 1983.



ANNEXE B.

Questionnaire destiné aux ménagesI. IDENTIFICATION:

- 1- No. d'identification du ménage: _____
2. M.R.C. de résidence: 1. Côte-de-Gaspé
2. Bonaventure
3. Pabok
4. Avignon
5. Iles-de-la-Madeleine
- 3- Municipalité de résidence: _____
- 4- Nb. d'années vécues en Gaspésie/Iles: _____
- 5- Nb. de membres dépendant financièrement du ménage: _____
- 6- Identification de ces membres: 1. homme (père conjoint
sans enfant, homme seul)
2. femme (mère, conjoint
sans enfant, femme seule)
3. 1^{er} enfant
4. 2^{er} enfant
5. 3^{er} enfant
6. 4^{er} enfant
- 7- Age de l'homme (père, conjoint sans ...): _____ ans
 âge de la femme (mère, conjoint sans ..): _____ ans
 âge du 1^{er} enfant: _____ ans
 âge du 2^{er} enfant: _____ ans
 âge du 3^{er} enfant: _____ ans
 âge du 4^{er} enfant: _____ ans
- 8- occupation de l'homme: _____
 occupation de la femme: _____

I. IDENTIFICATION (suite):

9- Revenu annuel du ménage: _____ \$

10- Nb. d'automobiles possédées par le ménage: _____

II. L'OFFRE DE SOINS DENTAIRE:

1- Dites en quelques mots les divers problèmes qui se posent à vous (selon le cas) lorsque vous consommez des soins dentaires:

2- Comment considérez-vous le volume d'effectifs dentaires de votre région (région vécue):

DENTISTES

1. suffisant
2. insuffisant
3. ne sait pas

DENTUROLOGISTES

1. suffisant
2. insuffisant
3. ne sait pas

3- Comment qualifiez-vous la répartition des effectifs dentaires de votre région (région vécue):

DENTISTES

1. bonne répartition
2. mauvaise répartition
3. ne sait pas

DENTUROLOGISTES

1. bonne répartition
2. mauv. répartition
3. ne sait pas

4- A votre avis, la population de votre région aurait-elle besoin des services d'un-e ou plusieurs orthodontistes:

1. OUI
2. NON
3. NE SAIT PAS

II. L'OFFRE DE SOINS DENTAIRES (suite):

5- Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard des délais pour l'obtention de rendez-vous auprès de dentistes et denturologistes:

DENTISTES

1. très satisfait
2. satisfait
3. moyennement satisfait
4. peu satisfait
5. pas satisfait

DENTUROLOGISTES

1. très satisfait
2. satisfait
3. moyen. satisfait
4. peu satisfait
5. pas satisfait

6- Comment qualifiez-vous le niveau de qualité des soins dentaires que vous recevez dans votre région:

1. très bien
2. bien
3. passable
4. médiocre

III. CONSOMMATION DE SOINS DENTAIRES (suite):

2- Vous est-il arrivé (ménage) de vous priver de soins dentaires curatifs alors que vous en aviez besoin (durant la dernière année): 1. OUI

2. NON

Si OUI, pourquoi ?

1. les délais de rendez-vous sont trop longs

2. la clinique est trop éloignée de mon domicile

3. le coût des honoraires est trop élevé

4. autres raisons: -----

3- Croyez-vous qu'une partie de la population se soit privée de soins dentaires curatifs alors qu'elle en avait besoin (durant les 12 derniers mois): 1. OUI

2. NON

Si OUI, pourquoi ?

1. les délais de rendez-vous sont trop longs

2. la clinique est trop éloignée du domicile

3. le coût des honoraires est trop élevé

4. autres raisons: -----

4- Effectuez-vous (ménage) des visites régulières chez le dentiste (ou denturologiste) à titre de prévention: 1. OUI

2. NON

Si NON, pourquoi ?

1. les délais de rendez-vous sont trop longs

2. la clinique est trop éloignée de mon domicile

3. le coût des honoraires est trop élevé

4. autres raisons: -----

III. CONSOMMATION DE SOINS DENTAIRE (suite):

- 5- Croyez-vous que la population de votre région effectue régulièrement des visites de prévention dentaire: 1. OUI
2. NON

Si NON, pourquoi ?

1. les délais de rendez-vous sont trop longs
2. la clinique est trop éloignée du domicile
3. le coût des honoraires est trop élevé
4. autres raisons: -----

IV. PROGRAMMES DE SOINS DENTAIRE:

- 1- Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de l'aide financière offerte par le gouvernement provincial à travers les divers programmes de soins dentaires:
1. très satisfait
 2. satisfait
 3. moyennement satisfait
 4. peu satisfait
 5. pas du tout satisfait
 6. ne connaît pas ces programmes

COMMENTAIRES ADDITIONNELS:

Déroulement de l'entrevue:

Problèmes signalés: -----

ANNEXE C.

Questionnaire destiné aux effectifs dentaires de G/II IDENTIFICATION:

- 1- No. d'identification du répondant: _____
- 2- Sexe: 1. homme
2. femme
- 3- Age: _____ ans
- 4- Langues parlées actuellement au travail: 1. français
2. anglais
3. autres:

- 5- Municipalité où vous résidez actuellement:

- 6- Depuis combien de temps y vivez-vous: _____ ans
- 7- Municipalité où vous pratiquez actuellement:

- 8- Depuis combien de temps y pratiquez-vous: _____ ans
- 9- Vous êtes: 1. dentiste
2. denturologiste

II ANTECEDENTS:

- 1- A quels endroits (municipalité) avez-vous habité avant vos études en dentisterie ou denturologie:
(veuillez noter ces endroits en ordre chronologique ainsi que le nb. d'années passées à chaque endroit.)

ENDROIT (du plus ancien au plus récent)	PERIODE (années)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

2- Dans quelle(s) institution(s) avez-vous effectué vos études en dentisterie ou denturologie:

(veuillez noter ces endroits en ordre chronologique en commençant par la première institution fréquentée)

INSTITUTION (nom)	VILLE
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

4- En quelles années avez-vous effectué vos études en dentisterie ou denturologie: _____

3- A quel(s) endroit(s) avez-vous pratiqué depuis la fin de vos études en dentisterie ou denturologie:

(veuillez noter ces endroits en ordre chronologique et inscrire le nb. d'années passées à chaque endroit)

ENDROIT (du plus ancien au plus récent)	PERIODE (années)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

III FACTEURS DE LOCALISATION:

1- Au moment de vous localiser où vous pratiquez actuellement, aviez-vous l'intention d'y demeurer, ou si vous saviez dès le départ que ce ne devait être que provisoire:

1. j'avais l'intention d'y demeurer
2. ce ne devait être que provisoire

Si ce ne devait être que provisoire, quelles en étaient les principales raisons:

2- Quelles sont les principales raisons qui ont motivé votre localisation en Gaspésie/Iles:

III. FACTEURS DE LOCALISATION (suite):

3- Veuillez noter pour chacun des facteurs ci-bas le niveau d'importance que vous leur avez accordé lors de votre décision de vous localiser où vous pratiquez actuellement:

FACTEURS DE LOCALISATION	NIVEAU D'IMPORTANCE			
	très imp.	assez imp.	peu imp.	pas du *
a) facilité de me trouver un local pour mon cabinet.....				
b) facilité d'établir des relations sociales.....				
c) possibilité de me constituer un clientèle rapidement..				
d) possibilité de devenir un-e leader dans la communauté....				
e) possibilité d'activités de plein air.....				
f) qualité du milieu de vie...				
g) niveau de compétition professionnelle.....				
h) frais d'opération du cabinet avantageux.....				
i) possibilité d'association avec un-e confrère-conseur...				
j) suggestion d'un représentant d'équipements dent....				
k) connaît des gens dans la région.....				
l) manque d'effectifs dent. dans la région.....				
m) possibilité de contacts avec les confrères-conseurs..				
n) attrait de la région pour le conjoint.....				
o) structure d'âge de la population.....				
p) revenu moyen de la popul...				
q) possibilité de travailler dans un C.L.S.C.....				
r) types de soins réclamés par les patients.....				
s) avantages offerts par les délégués municipaux, gouv....				
t) bourse pour la pratique en région éloignée.....				
u) autre: _____				
v) autre: _____				

N.B. * = ne s'applique pas.

IV MILIEU DE PRATIQUE ET DE VIE:

1- Quels sont pour vous les facteurs favorables à la pratique dentaire dans la-les municipalité-s où vous pratiquez actuellement:

2- Quels sont **pour** vous les facteurs défavorables à la pratique dentaire dans la-les municipalité-s où vous pratiquez actuellement:

3- Compte tenu de vos attentes personnelles, comment qualifiez vous les conditions de pratique que vous offre votre lieu de pratique actuel:

4- Quels sont pour vous les aspects qui rendent votre municipalité agréable comme lieu de résidence:

5- Quels sont pour vous les aspects qui rendent votre municipalité peu agréable comme lieu de résidence:

IV MILIEU DE PRATIQUE ET DE VIE (suite):

6- Combien de temps avez-vous l'intention de pratiquer où vous êtes localisé actuellement: _____ ans

N.B. si vous ne prévoyez pas changer de lieu de pratique, veuillez passer à la partie V du questionnaire.

7- Si vous prévoyez quitter éventuellement votre lieu de pratique actuel, quelles en sont les principales raisons:

8- Le cas échéant, où prévoyez-vous vous relocaliser pour la pratique:

premier choix: _____

deuxième choix: _____

troisième choix: _____

V NIVEAU D'OFFRE DE SOINS DENTAIRES:

1- Considérant les besoins de la population, êtes-vous d'avis que les effectifs dentaires notés ci-bas sont en nombre suffisant dans le secteur environnant votre lieu de pratique:

DENTISTES : 1. OUI 2. NON

DENTUROLOGISTES: 1. OUI 2. NON

2- Considérant les besoins de la population, êtes-vous d'avis que les effectifs dentaires notés ci-bas sont en nombre suffisant dans la région Gaspésie/Iles (voir carte annexée):

DENTISTES : 1. OUI 2. NON

DENTUROLOGISTES: 1. OUI 2. NON

V NIVEAU D'OFFRE DE SOINS DENTAIRES (suite):

3- Si vous considérez qu'il y a un manque d'effectifs dans le secteur environnant votre lieu de pratique ou ailleurs en Gaspésie/Iles, quelles en sont les principales raisons à votre avis:

4- Considérant les besoins de la population d'une part et le volume des effectifs dentaires d'autre part, comment qualifiez-vous l'état de distribution des effectifs dentaires de Gaspésie/Iles:

DENTISTES : 1. bien distribués 2. mal distribués

DENTUROLOGISTES: 1. bien distribués 2. mal distribués

5- Si vous considérez que les effectifs dentaires sont mal distribués sur le territoire, quelles en sont les principales raisons à votre avis:

6- Considérant les besoins de la population, selon vous la Gaspésie/Iles aurait-elle besoin des services de certains spécialistes de la dentisterie (non itinérants) actuellement inexistantes dans la région: 1. OUI

2. NON

Si OUI, veuillez noter les spécialités manquantes:

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----
- 4. -----

V NIVEAU D'OFFRE DE SOINS DENTAIRES (suite):

7- Selon vous, la population de la Gaspésie/Iles reçoit-elle autant de soins dentaires curatifs qu'elle en aurait besoin: 1. OUI

2. NON

Si NON, quelles en sont les raisons à votre avis:

(veuillez donner un rang à chaque raison suggérée en inscrivant le chiffre 1 à la raison la plus importante, ainsi de suite)

-- appréhension face à la douleur

-- manque d'effectifs dentaires

-- coût des honoraires

-- distance à parcourir pour recevoir des soins

-- longs délais de rendez-vous

-- taux de rotation élevé des effectifs dentaires

-- manque d'éducation dentaire (négligence)

-- autres raisons: -----

8- Selon vous, la population de Gaspésie/Iles reçoit-elle autant de soins dentaires préventifs qu'elle en aurait besoin: 1. OUI

2. NON

Si NON, quelles en sont les raisons à votre avis:

(veuillez donner un rang à chaque raison suggérée en inscrivant le chiffre 1 à la raison la plus importante, ainsi de suite)

- __ appréhension face à la douleur
- __ manque d'effectifs dentaires
- __ coût des honoraires
- __ distance à parcourir pour recevoir des soins
- __ longs délais de rendez-vous
- __ taux de rotation élevé des effectifs dentaires
- __ manque d'éducation dentaire (négligence)
- __ autres raisons: -----

VI CONJOINT ET LIEU DE PRATIQUE:

- 1- Vous vivez actuellement: 1. avec un conjoint
(marié-e ou non)
2. seule

- 2- Avez-vous des enfants: 1. OUI
2. NON

Si OUI, vos enfants vivent-ils avec vous: 1. OUI
2. NON

Si NON, dans quelle ville résident-ils: -----

- 3- Considérez-vous que votre conjoint partage votre opinion au
sujet des aspects agréables et peu agréables de votre lieu
de résidence: 1. OUI
2. NON

Si NON, quelle est son opinion à ce sujet:

-COMMENTAIRES ADDITIONNELS:

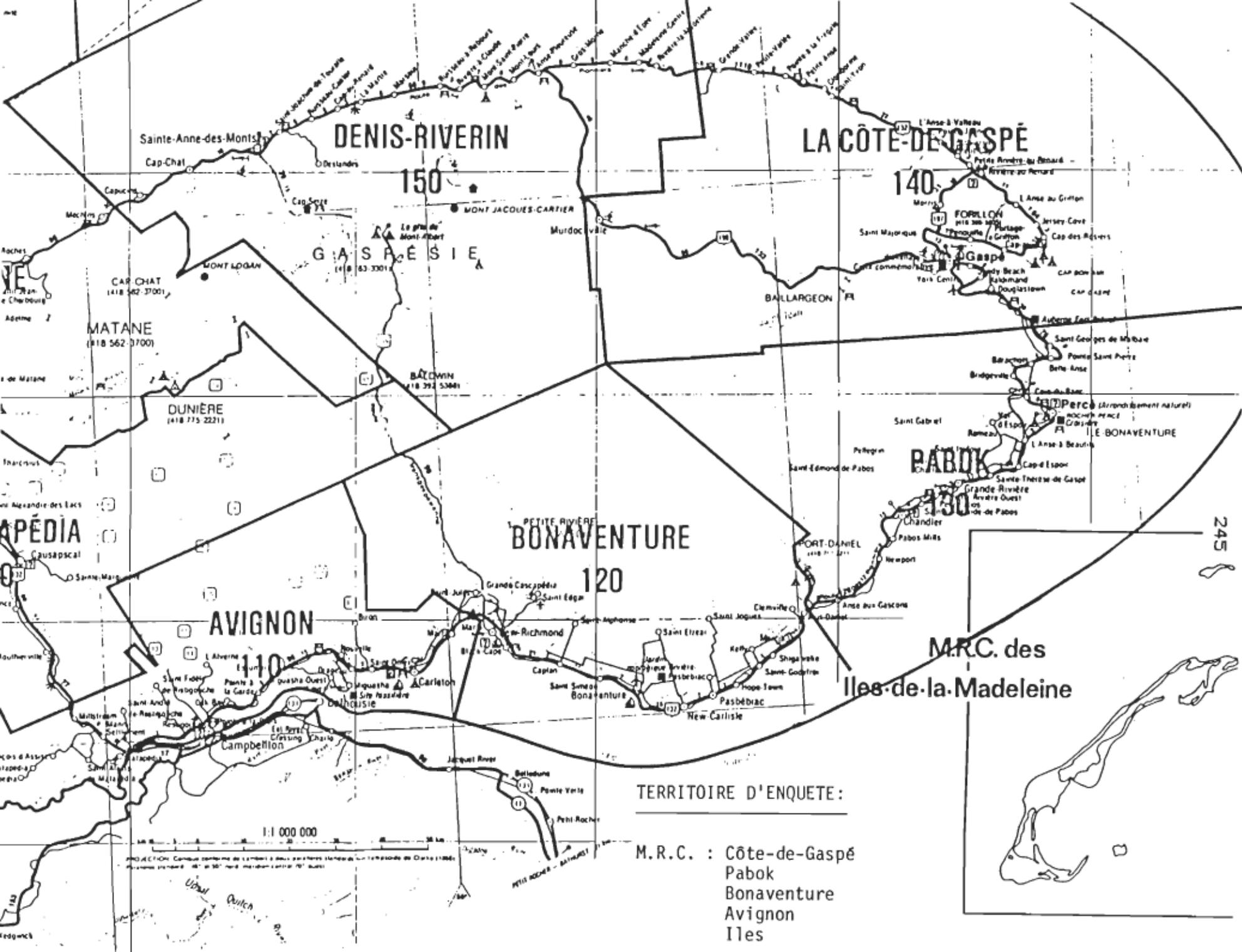
Merci de votre précieuse collaboration

Lina Leblond

B.Sc. Economique

Tél. (819) 376-5539 bur.

376-1693 rés.



ANNEXE D.

Questionnaire destiné aux dentistes ayant quitté la G/II IDENTIFICATION:

- 1- No. d'identification du répondant: _____
- 2- Sexe: 1. homme
2. femme
- 3- Age: _____ ans
- 4- Municipalité où vous pratiquez actuellement:

- 5- Municipalité où vous résidez actuellement:

II ANTECEDENTS:

- 1- A quel-s endroit-s avez-vous habité avant vos études en dentisterie:
- (veuillez noter ces endroits en ordre chronologique ainsi que le nombre d'années passées à chaque endroit)
- | ENDROIT (du plus ancien au plus récent) | PERIODE (années) |
|---|------------------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

II. ANTECEDENTS (suite)

- 2- Dans quelle-s institution-s avez-vous effectué vos études en dentisterie:

(veuillez noter ces endroits en ordre chronologique en commençant par la première institution fréquentée)

INSTITUTION (nom)	VILLE
1. -----	-----
2. -----	-----
3. -----	-----

- 3- A quel-s endroit-s avez-vous pratiqué depuis la fin de vos études en dentisterie:

(veuillez noter ces endroits en ordre chronologique et inscrire le nombre d'années passées à chaque endroit)

ENDROIT (du plus ancien au plus récent)	PERIODE (années)
1. -----	-----
2. -----	-----
3. -----	-----
4. -----	-----
5. -----	-----

III. FACTEURS DE LOCALISATION EN GASPESIE/ILES

- 1- Au moment de vous localiser en Gaspésie/Iles, aviez-vous l'intention d'y demeurer, ou si vous saviez dès le départ que ce ne devait être que provisoire:

1. j'avais l'intention d'y demeurer
2. ce ne devait être que provisoire

Si ce ne devait être que provisoire, quelles en étaient les principales raisons:

III FACTEURS DE LOCALISATION EN GASPÉSIE/ILES (suite):

2- Veuillez noter quel niveau d'importance chacun des facteurs suggérés a représenté dans votre décision de vous localiser en Gaspésie/iles:

FACTEURS DE LOCALISATION	NIVEAU D'IMPORTANCE			
	très imp.	assez imp.	peu imp.	pas du tout *
	imp.	imp.	imp.	imp.

- a) la quantité d'activités culturelles.....
- b) la possibilité de pratiquer en groupe.....
- c) endroit acceptable à mon conjoint.....
- d) possibilité d'une pratique orientée vers des actes choisis.....
- e) facilité de contacts avec les collègues.....
- f) possibilité d'un revenu net élevé à long terme.....
- g) éducation et motivation dentaire de la clientèle...
- h) facilité de poursuivre ma formation profess.....
- i) structure d'âge de la population.....
- j) revenu moyen de la population.....
- k) niveau de compétition professionnelle.....
- l) frais d'opération du cabinet.....
- m) bourse d'étude pour la pratique en région éloignée
- n) autres:_____

N.B. * = ne s'applique pas.

IV MILIEU DE PRATIQUE ET DE VIE:

1- Quels étaient pour vous les facteurs favorables à la pratique dentaire lorsque vous étiez localisé en Gaspésie/Ile:

2- Quels étaient pour vous les facteurs défavorables à la pratique dentaire lorsque vous étiez localisé en Gasp./Iles

3- Quels étaient pour vous les aspects agréables de votre lieu de résidence en Gaspésie/Iles:

4- Quels étaient pour vous les aspects peu agréables de votre lieu de résidence en Gaspésie/Iles:

V DEPART DE LA REGION GASPESIE/ILES:

1- Lorsque vous avez décidé de quitter la Gaspésie/Iles, quelles en étaient les principales raisons:

V DEPART DE LA REGION GASPESIE/ILES (suite):

2- Plusieurs facteurs ont pu motiver votre départ de la région Gaspésie/Îles. Veuillez noter pour chacun des facteurs suggérés, le niveau d'importance qu'ils ont représenté dans votre décision de quitter.

FACTEURS DE DEPART	NIVEAU D'IMPORTANCE				
	très imp.	imp.	peu imp.	pas du tout imp.	*

- a) peu d'activités culturelles.....
 - b) moins grande possibilité de pratique de groupe qu'en milieu urbain.....
 - c) endroit peu acceptable à mon conjoint.....
 - d) peu de choix d'écoles pour les enfants.....
 - e) faible possibilité de pratique orientée vers des actes choisis.....
 - f) difficultés de contacts avec les collègues (distance)
 - g) revenu net possible moins élevé qu'en milieu urbain
 - h) éducation et motivation dentaire peu élevées chez la clientèle
 - i) difficulté de poursuivre ma formation professionnelle
 - j) frais d'opération du cabinet peu avantageux
 - k) structure d'âge de la population
 - l) revenu moyen de la population
 - m) forte compétition professionnelle
 - n) faibles possibilités de pratiquer dans un centre hospitalier
 - p) difficulté de trouver du personnel auxiliaire
 - q) autres: _____
-

N.B. * = ne s'applique pas

VII CONJOINT ET LIEU DE PRATIQUE:

1- Au moment où vous pratiquez en Gaspésie/Iles vous viviez alors: 1. avec un conjoint (marié-e ou non)

2. seul-e

2- Aviez-vous des enfants: 1. OUI Combien: _____

2. NON ... veuillez passer au no. 3

Si OUI, veuillez indiquer la date de naissance de votre-vos enfant-s: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Vos enfants vivaient-ils avec vous à cette époque:

1. OUI

2. NON

Si NON, dans quelle ville résidaient-ils: _____

3- Lorsque vous viviez en Gaspésie/Iles, considérez-vous que votre conjoint (selon le cas) partageait votre opinion au sujet des aspects agréables et peu agréables de votre lieu de résidence: 1. OUI

2. NON

3. pas de conjoint

Si NON, quelle était son opinion à ce sujet:

COMMENTAIRES ADDITIONNELS:

Merci de votre précieuse collaboration

Lina Leblond
B.Sc. Economique
Tél. (819) 376-5080 bur.
376-1693 rés.