Utilisation des services dentaires de façon préventive par les mères immigrantes au Québec

Christophe Bedos, PhD¹

Jean-Marc Brodeur, PhD²

Mike Benigeri, PhD³

Marie Olivier, MSc⁴

RÉSUMÉ

Objectifs : Des études réalisées au Canada montrent que les immigrants récents tendent à sous-utiliser les services préventifs fournis par le système de santé. L'objectif de cette étude était de savoir si ce phénomène s'appliquait aussi aux soins dentaires.

Méthodes : L'échantillon comprenait 5 795 femmes vivant au Québec et âgées de 30 à 44 ans. Ces personnes complétèrent à leur domicile un questionnaire auto-administré qui portait sur leur statut en regard de l'immigration et sur leurs habitudes de consultation du dentiste. Dans les analyses, nous avons comparé le comportement d'utilisation de différents groupes : les immigrantes récentes (10 ans ou moins au Canada), les immigrantes de longue date (plus de 10 ans) et les Canadiennes d'origine.

Résultats : 55 % des immigrantes récentes déclarent consulter le dentiste de manière préventive, contre 69 % des immigrantes de longue date et 76 % des non-immigrantes. La barrière financière explique en partie ces différences car les familles immigrantes ont souvent des revenus modestes et disposent rarement d'une couverture dentaire. Néanmoins, la possession d'une assurance dentaire privée ne suffit pas à combler l'écart entre immigrantes et non-immigrantes, ce qui suggère l'existence d'une barrière culturelle dans l'accès aux soins buccodentaires.

Conclusions : La sous-utilisation des services préventifs par les immigrants ne touche donc pas seulement le domaine médical, elle concerne aussi le domaine dentaire. Aussi, afin de faciliter leur adaptation au système de santé, nous encourageons l'État à leur fournir des services dentaires gratuits et adaptés à leur culture d'origine.

The translation of the abstract appears at the end of the article.

1. Professeur adjoint à la Faculté de médecine dentaire de l'Université McGill (Canada) et chercheur associé au GRIS, Université de Montréal, Montréal (Québec)

2. Professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

3. Chercheur associé, GRIS, Université de Montréal

4. Dentiste-conseil, Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Auteur chargé de la correspondance et des demandes de réimpression : Dr Christophe Bedos, Université McGill – Faculté de médecine dentaire, 3640 University (Pavillon Strathcona), Montréal (Québec) H3A 2B2, Tél. : 514-398-7203, poste 0129, Téléc. : 514-398-8900, Courriel : christophe.bedos@mcgill.ca

Remerciements : Cette étude a été financée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec et par le Réseau de recherche en santé buccodentaire du FRSQ. Elle a également bénéficié de l'appui des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) par le biais d'une bourse post-doctorale attribuée au Dr Christophe Bedos. Les auteurs remercient également Mme Laurence Boucheron pour son appui.

Le Québec, comme le reste du Canada, est une terre d'immigration. Depuis l'établissement des premiers européens sur les berges du fleuve Saint-Laurent, au 16^e siècle, les vagues de nouveaux arrivants se sont succédées et ont façonné une société d'une grande diversité ethnique et culturelle. Autrefois encouragée afin d'occuper les vastes espaces vierges de ce pays et de fournir de la main d'œuvre à l'industrie, l'immigration répond toujours à des besoins économiques et démographiques puisque la fécondité décline depuis près d'un demi-siècle.¹ Depuis 1990, le Québec, dont la population totale avoisine sept millions d'habitants, accueille chaque année près de 35 000 personnes qui proviennent d'une multitude de pays. Si tous les continents sont représentés, une grande partie des immigrants proviennent du tiers-monde.²

En arrivant au Canada, les immigrants découvrent un nouvel environnement et entament un processus d'adaptation qui comprend plusieurs phases.³ La première est celle de l'installation dans laquelle les individus multiplient les démarches pour régulariser leur situation administrative, trouver un logement, scolariser les enfants, etc. Après l'installation survient le choc culturel. Les immigrants découvrent des valeurs et des coutumes qui bousculent leurs propres perspectives, affectent leurs relations professionnelles, sociales voire même familiales, et souvent les déstabilisent. Commence alors une phase d'ajustement dans laquelle les individus modifient progressivement leurs attitudes, leurs comportements, et ainsi préparent leur intégration dans leur société d'accueil. Ce processus d'adaptation prend plusieurs années pour conduire à une intégration culturelle, professionnelle ou linguistique harmonieuse.³

Ce processus d'adaptation s'applique au système de santé puisque les immigrants sont inévitablement amenés à découvrir de nouvelles structures, de nouvelles personnes, de nouvelles valeurs. Des « zones d'incompréhensions culturelles » pourraient donc entraver leur accès aux services de santé.³ De fait, des études effectuées au Québec soulignent la faible utilisation par les immigrants des services de santé, et en particulier des CLSC.^{1,4} Plus récemment, des chercheurs ont permis de raffiner cette analyse en montrant que si l'utilisation des services

curatifs différait peu entre les Canadiens d'origine et les immigrants,^{5,6} cela n'était pas le cas pour les services préventifs que les immigrants tendaient à sous-utiliser.⁷

Les études sur l'utilisation des services dentaires par les immigrants restant rares, nous ignorons si ces personnes consultent régulièrement le dentiste pour des contrôles ou si, au contraire, elles attendent l'apparition de symptômes avant de contacter un praticien. En Ontario, Locker⁸ montre que le pourcentage d'adolescents qui consultent le dentiste est plus faible parmi les immigrants, mais l'auteur ne fait pas la distinction entre les consultations préventives et celles motivées par des symptômes. Considérant la littérature sur l'immigration au Québec, nous émettons l'hypothèse selon laquelle les immigrants seraient portés à attendre l'apparition de symptômes avant de consulter le dentiste et, en cela, iraient à l'encontre des recommandations de la profession dentaire qui prescrit des visites semestrielles.⁹

MÉTHODES

Nous avons analysé les données recueillies dans le cadre de l'*Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans* (ESBDQ). Le but de cette étude transversale, dirigée conjointement par l'Université de Montréal et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (et approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal), était de brosser le portrait buccodentaire des enfants scolarisés en maternelle et en primaire deuxième année. Pour cela, l'équipe de l'ESBDQ sélectionna un échantillon représentatif de cette population d'écoliers selon une procédure aléatoire stratifiée par région, zone de résidence et niveau socio-économique de la zone de résidence. La collecte des données s'appuyait sur des examens buccodentaires effectués dans les écoles et sur des questionnaires auto-administrés adressés au domicile des parents d'enfants sélectionnés.^{10,11} Chaque famille recevait un seul questionnaire; comme aucune recommandation n'était faite pour désigner le répondant, les parents décidaient eux-mêmes qui devait le remplir.

Dans cette étude sur l'utilisation des services dentaires, nous avons utilisé les

TABLEAU 1

Distribution des répondantes selon leur revenu, leur niveau de scolarité et leur situation en regard d'une couverture dentaire

	Immigrantes récentes (≤10 ans) (n = 128)	Immigrantes de longue date (>10 ans) (n = 228)	Non-immigrantes (n = 5298)	Valeur-p
Revenu familial annuel				< 0,01
Moins de 30 000 \$	70 %	51 %	27 %	
De 30 000 à 49 999 \$	16 %	27 %	33 %	
50 000 \$ ou plus	14 %	22 %	40 %	
Niveau de scolarité		ns		
Secondaire V ou moins	39 %	41 %	45 %	
Cégep / université	61 %	59 %	55 %	
Couverture dentaire				< 0,01
Aucune couverture	56 %	50 %	48 %	
Couverture publique (prestataires de la sécurité du revenu)	21 %	9 %	5 %	
Couverture privée	23 %	41 %	47 %

Figure 1. Exclusion de certaines catégories de répondants à partir de l'échantillon initial

données provenant de ce questionnaire. Précisons que ce dernier a été élaboré puis prétesté selon les recommandations du Secrétariat national à l'alphabétisation afin d'être accessible à des personnes de différents milieux socio-économiques et ethniques.¹² Une section du questionnaire comprenait une série de variables socio-démographiques dont une se rapportait à l'immigration : « Avez-vous immigré au Canada ? » En cas de réponse affirmative,

le répondant précisait le temps passé au Canada. Une autre section traitait de l'utilisation des services dentaires et comprenait la question suivante : « Habituellement, quand allez-vous chez le dentiste pour vous-même ? » Le répondant choisissait une des trois réponses citées dans cet ordre : *jamais (ou quasiment jamais)*; *surtout lorsque quelque chose ne va pas, me dérange ou me fait mal*; et enfin *surtout pour des contrôles ou des nettoyages*.

TABLEAU II

Fréquence des visites de contrôle parmi les répondantes qui consultent de manière préventive

	Immigrantes récentes (≤10 ans)	Immigrantes de longue date (>10 ans)	Non-immigrantes
Visite de contrôle une fois par 6 mois	44 %	37 %	37 %
Visite de contrôle une fois par an	48 %	46 %	54 %
Visite de contrôle une fois tous les 2 ans (ou moins souvent)	8 %	17 %	9 %

Test du Chi carré : Valeur-p < 0,01

Figure 2. Pourcentage des répondantes qui déclarent consulter le dentiste de manière préventive

Figure 3. Pourcentage des répondantes qui consultent de manière préventive en fonction de leur couverture dentaire

Ceux qui répondaient *surtout pour des contrôles* – que nous avons classifiés utilisateurs préventifs dans les analyses –

devaient répondre à une question supplémentaire sur la fréquence de leurs visites de contrôle.

Sur les 9 930 questionnaires adressés aux parents, 8 430 (85 %) furent renvoyés complétés. Comme 12 % seulement des répondants étaient des hommes, et que ces derniers étaient probablement peu représentatifs de la population masculine, nous avons décidé de les exclure des analyses. Nous avons également écarté les femmes totalement édentées dont l'utilisation des services dentaires répond généralement à des modèles différents. Enfin, pour obtenir un échantillon homogène, nous avons exclu les femmes âgées de moins de 30 ans ou de plus de 44 ans (Figure 1). En bref, nos données proviennent de 5 795 questionnaires complétés par des mères non totalement édentées et âgées de 30 à 44 ans. Parmi elles, 5 298 (93,7 %) étaient non-immigrantes, 228 (4,1 %) immigrantes de longue date (plus de 10 ans au Canada) et 128 (2,3 %) immigrantes récentes (10 ans ou moins). Dans nos analyses, nous avons comparé l'utilisation des services dentaires de ces trois groupes et évalué les associations statistiques à l'aide du Chi carré de Pearson.

RÉSULTATS

Le tableau I montre que, si les immigrantes et les non-immigrantes diffèrent peu sur le plan du niveau de scolarité, il en va différemment en terme de revenu : les familles immigrantes ont souvent de faibles revenus et nombre d'entre elles bénéficient du programme de la sécurité du revenu. Ce programme public procure à ses prestataires la gratuité des soins buccodentaires de base. En conséquence, les immigrantes se distinguent aussi des non-immigrantes par la nature de leur couverture dentaire : elles sont proportionnellement plus nombreuses avec une couverture publique, et moins nombreuses avec une couverture privée.

La figure 2 répond directement à notre hypothèse : la proportion d'utilisatrices préventives est d'autant plus faible que l'immigration est récente. Toutefois, si l'on s'en tient aux seules utilisatrices préventives, les immigrantes récentes sont proportionnellement plus nombreuses à consulter sur une base semestrielle (tableau II).

La figure 3 montre l'importance d'une couverture dentaire dans l'accès aux

services préventifs. Elle montre aussi les différences entre les trois groupes de répondantes : dans les catégories « pas de couverture » et « couverture privée », la proportion d'utilisatrices préventives est d'autant plus faible que l'immigration est récente. Il en va différemment pour la catégorie « couverture publique » où ce sont les immigrantes récentes qui présentent la plus grande proportion d'utilisatrices préventives.

DISCUSSION

Avant d'interpréter nos résultats, rappelons que cette étude est transversale et que les deux catégories d'immigrantes correspondent à deux cohortes différentes. Aussi convient-il de rester prudent dans l'analyse du processus d'adaptation et dans l'évocation de tendances séculaires.² Mentionnons aussi que l'échantillon représente un groupe populationnel particulier. Toute extrapolation à d'autres groupes doit donc s'effectuer avec circonspection. Qu'en est-il, par exemple, des hommes ou des familles sans enfant ? Dans ce dernier cas, en assumant que les enfants ont un effet intégrateur sur les familles arrivant au Québec, l'écart entre immigrants et non-immigrants sans enfants pourrait être accru. Enfin, précisons qu'un biais de désirabilité n'est pas à exclure et pourrait entraîner une surévaluation de la prévalence des comportements préventifs.

Nos résultats soutiennent donc l'hypothèse selon laquelle les immigrantes récentes utiliseraient moins les services dentaires préventifs que les immigrantes de longue durée et les non-immigrantes. Cette observation concorde avec les travaux de Short,⁷ qui rapporte une sous-utilisation des services préventifs dans le domaine médical, et avec ceux de Locker,⁸ qui montre que le pourcentage d'adolescents immigrants consultant annuellement le dentiste est positivement corrélé à leur durée de vie au Canada. Notre étude révèle aussi, et cela est plus inattendu, que parmi les utilisatrices préventives, les immigrantes récentes sont proportionnellement plus nombreuses à consulter sur une base semestrielle, plutôt que sur une base annuelle par exemple. Autrement dit, leurs visites de contrôle sont relativement fréquentes. Bien que cette période de six mois

entre les visites de contrôle soit jugée inutilement courte par Sheiham,¹³ elle est recommandée par l'Ordre des dentistes du Québec. Dans le cas des immigrantes, cette fréquence pourrait répondre à une plus grande vulnérabilité aux maladies buccodentaires.

Comment expliquer la faible utilisation préventive des immigrantes ? Nous avançons deux explications : la barrière financière et la barrière culturelle. La barrière financière n'est pas négligeable car les familles immigrantes ont souvent des revenus modestes et disposent rarement d'une assurance privée. L'absence d'assurance privée est toutefois compensée, pour certaines d'entre elles, par le programme de la sécurité du revenu qui leur octroie une couverture dentaire de base. Bien que cette couverture présente des lacunes – la gratuité débute un an après l'inscription au programme¹⁴ – notre recherche montre qu'elle est utile aux immigrantes et pourrait constituer une solution temporaire avant l'obtention d'une assurance privée. Notons que les immigrantes récentes tirent plus parti de cette couverture publique que les immigrantes de longue date et que les non-immigrantes (cf. figure 3). Dans ces deux derniers groupes, les prestataires de la sécurité du revenu constituent une population particulière : leur pauvreté est de longue durée¹⁵ et leur accès aux soins est très limité.^{16,17}

L'accès des immigrants aux services dentaires répond également à des obstacles d'ordre culturel ou linguistique. Des chercheurs ont ainsi observé que les immigrants avec un haut niveau d'acculturation étaient plus enclins à consulter le dentiste que ceux avec un bas niveau d'acculturation.^{18,19} Cela, au fond, est peu surprenant : beaucoup d'immigrants viennent de pays du tiers monde dans lesquels les systèmes de soins dentaires sont précaires et laissent une large place à la médecine traditionnelle et aux savoirs profanes.²⁰ En Haïti, par exemple, d'où proviennent beaucoup de nouveaux Québécois, la consultation du dentiste reste exceptionnelle en milieu rural, faute de dentiste accessible géographiquement.²¹ Dans cet environnement, la notion de consultation préventive a peu de chances d'être reconnue et appliquée par la population. Au contraire, l'absence de

dentiste laisse le champ libre à des « arracheurs de dents » itinérants et favorise une culture de l'extraction.²² Les immigrants provenant de pays industrialisés peuvent également ressentir un choc culturel en arrivant au Canada. Les Français, par exemple, semblent éprouver des difficultés avec les visites préventives : dans un programme expérimental, 43 % seulement des parents ont conduit leur enfant chez le dentiste pour un contrôle gratuit, et ce malgré différentes incitations.²³ Les mœurs, les croyances et les habitudes acquises dans le pays d'origine, qu'il soit industrialisé ou non, ne coïncident donc pas forcément avec celles du Canada dans le domaine buccodentaire.

CONCLUSION

La sous-utilisation des services préventifs par les immigrants ne touche donc pas seulement le domaine médical, elle concerne aussi le domaine dentaire. Pour atténuer les obstacles économiques et culturels que rencontrent les immigrants, que faut-il faire ? Nous proposons que, dès leur arrivée, l'État leur offre des services éducatifs et curatifs incluant des consultations dentaires gratuites. Cela permettrait aux immigrants de prendre contact avec le système de soins dentaires, d'être sensibilisées à son fonctionnement et, éventuellement, de recevoir les traitements dont ils ont besoin. Quant à la barrière culturelle, le système de santé devrait favoriser l'accès aux services dentaires des différentes communautés ethniques, et ce dans le respect de leurs caractéristiques culturelles. Une des solutions serait de former des fournisseurs de services « culturellement compétents », c'est à dire capables de s'adapter à la culture des immigrants et de faciliter leur processus d'adaptation.²⁴

RÉFÉRENCES

1. Bibeau G. La santé mentale et ses visages : un Québec pluriethnique au quotidien. Boucherville, Québec : Gaëtan Morin, 1992.
2. Duchesne L. La situation démographique au Québec. Bilan 2003. Les ménages au tournant du XXI^e siècle. Québec : Institut de la statistique du Québec. Gouvernement du Québec, 2003.
3. Battaglini A, Gravel S. Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000. Report No.: 2894942281.

4. Beiser M, Barwick JW, Berry G, Fantino AM, Ganesan S, Lee C, et al. Puis...la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés. Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et du Bien-être social. Ottawa : Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et du Bien-être social, 1986.
5. Blais R, Maiga A. Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada. *Soc Sci Med* 1999;48(9):1237-45.
6. Chen J, Ng E, Wilkins R. La santé des immigrants au Canada en 1994-1995. Rapports sur la santé, Statistique Canada 1996;7(4):37-50.
7. Short KH, Johnson C. Ethnocultural parent education in Canada: Current status and directions. *Can J Community Mental Health* 1994;13(1):43-54.
8. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(3):177-81.
9. Salois R. L'examen dentaire, une norme à respecter. *J Dentaire du Québec* 1997;34(janvier):5.
10. Brodeur J-M, Olivier M, Benigeri M, Bedos C, Williamson S. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, 2001. Report No.: Collection analyses et surveillance - 18.
11. Bedos C. Demande et utilisation des services dentaires parmi les adultes québécois. Cahiers du GRIS. Montréal : GRIS. Faculté de Médecine. Université de Montréal, 2000. Report No.: T01-01.
12. Secrétariat national à l'alphabétisation. Pour un style clair et simple. Ottawa : Multiculturalisme et Citoyenneté Canada, 1991.
13. Sheiham A. Is there a scientific basis for six-monthly dental examinations? *Lancet* 1977;2(8035):442-44.
14. RAMQ. Statistiques annuelles 1999. Montréal : Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ), Direction des communications, 2000.
15. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Règlement sur le soutien du revenu. Québec : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Direction des affaires juridiques; Avril 2002. Report No.: R.R.Q., 1981, c. S-32.001, r.1.
16. Bedos C, Brodeur JM, Boucheron L, Richard L, Benigeri M, Olivier M, et al. The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. *Soc Sci Med* 2003;57(11):2089-99.
17. Paquet G. Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture, 1989. Report No.: 21.
18. Ismail AI, Szpunar SM. Oral health status of Mexican-Americans with low and high acculturation status: Findings from southwestern HHANES, 1982-84. *J Public Health Dent* 1990;50(1):24-31.
19. Marino R, Stuart GW, Wright FA, Minas IH, Klimidis S. Acculturation and dental health among Vietnamese living in Melbourne, Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(2):107-19.
20. Massé R. Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Montréal : Gaëtan Morin, 1995.
21. Bedos C, Brodeur J-M. Déterminants de la carie dentaire parmi les écoliers haïtiens et implications pour la santé publique. *Cahiers santé* 2000;10:161-68.
22. Hunter JM, Arbona SI. The tooth as a marker of developing world quality of life: A field study in Guatemala. *Soc Sci Med* 1995;41(9):1217-40.
23. Tubert-Jeannin S, Morel-Papernot A, Woda A. Evaluation of a dental benefit plan for children conducted in Auvergne, France, since 1992. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26(4):272-82.
24. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs* 2002;13(3):181-84; discussion 200-1.

Reçu : 28 novembre 2002

Accepté : 23 octobre 2003

ABSTRACT

Objectives: Studies conducted in Canada show that recent immigrants tend to under-utilize preventive services provided by the health care system. The objective of our study was to learn whether this phenomenon also applies to dental care.

Methods: Our sample was composed of 5,795 women who live in Quebec and are between 30 and 44 years old. These women filled out a self-administered questionnaire regarding their immigration status and their habits concerning dental visits. In our analyses, we compared the use of dental services of recent immigrants (10 years or less in Canada), long-term immigrants (more than 10 years), and non-immigrants (Canadians of origin).

Results: 55% of recent immigrants are preventive service users compared to 69% of long-term immigrants and 76% of non-immigrants. The financial barrier partly explains this result: immigrants often have a modest income and rarely benefit from dental coverage. However, having private dental insurance does not in itself explain the gap between these groups. This suggests that there is a cultural barrier in dental services access.

Conclusions: Under-use of preventive services by immigrants is not limited to the medical field, it extends to dental services as well. In order to facilitate immigrants' adaptation to the health system, we recommend that the government provide them with free dental services that respect their culture.