



HAL
open science

Comportements en santé orale et déterminants du recours aux soins dans le département de Dabou - Côte d'Ivoire

Abou Dramane Sangare

► **To cite this version:**

Abou Dramane Sangare. Comportements en santé orale et déterminants du recours aux soins dans le département de Dabou - Côte d'Ivoire. Médecine humaine et pathologie. Université Claude Bernard - Lyon I, 2011. Français. NNT : 2011LYO10047 . tel-00845002

HAL Id: tel-00845002

<https://theses.hal.science/tel-00845002>

Submitted on 16 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE L'UNIVERSITE DE LYON

Délivrée par

L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1



ECOLE DOCTORALE INTERDISCIPLINAIRE SCIENCES – SANTE
EQUIPE DE RECHERCHE EN INGENIERIE DES CONNAISSANCES
(ERIC)

DIPLOME DE DOCTORAT EN SANTE PUBLIQUE

(Arrêté du 7 Août 2006)

Soutenue publiquement le 28/03/2011

par

SANGARE Abou Dramane

**COMPORTEMENTS EN SANTE ORALE ET DETERMINANTS DU
RECOURS AUX SOINS DANS LE DEPARTEMENT
DE DABOU- CÔTE D'IVOIRE**

Directeur de thèse : Professeur Denis Bourgeois

JURY: Professeur Ramata Bakayoko-Ly
Docteur Claude Dussart
Professeur Denis Bourgeois
Professeur Michel Lamure
Professeur Juan Carlos Llodra
Professeur Michèle Muller-Bolla

RESUME

En Côte d'Ivoire comme dans la majeure partie des pays en développement, la problématique de l'accessibilité aux soins reste entière en raison de l'insuffisance des infrastructures sanitaires et du manque de ressources financières. Aussi, la population a-t-elle souvent recours à l'odontologie traditionnelle pour répondre à ses besoins prioritaires de santé. Cependant, l'absence de données factuelles dans un contexte de pluralité de soins constitue un handicap pour la définition d'une politique de santé bucco-dentaire efficiente. L'objectif de la présente étude a été de décrire l'activité des tradipraticiens exerçant dans le département de Dabou, puis de déterminer les facteurs influençant le recours et le renoncement aux soins bucco-dentaires des populations. L'étude de type transversale pilote a porté sur un échantillon de 28 tradipraticiens et 927 adultes. Les informations ont été recueillies à l'aide de deux types de questionnaires: l'un destiné aux tradipraticiens et l'autre aux usagers. Des analyses descriptives ont été faites. Pour l'étude menée auprès des usagers, des modèles de régression logistique ont été construits pour déterminer les facteurs socio-démographiques associés au recours thérapeutique et ceux en rapport avec les raisons justifiant les différents itinéraires des patients. Les résultats ont montré que les consultations bucco-dentaires représentaient le 1/5 de l'ensemble des activités des tradipraticiens. La majorité des tradipraticiens a déclaré prendre en charge les douleurs bucco-dentaires et était disposé à collaborer avec la médecine conventionnelle. Les tradipraticiens ont déclaré être satisfaits des honoraires perçus. Cependant 15 tradipraticiens ont déclaré exercer une autre activité. Les ressources végétales et minérales étaient principalement utilisées pour la confection des remèdes. S'agissant de l'étude menée auprès des usagers, 301 personnes ont eu recours à un tradipraticien, 310 ont consulté un chirurgien-dentiste, alors que 316 personnes ont renoncé aux soins. Les principales raisons du recours aux soins traditionnels étaient: le coût jugé abordable de ces soins, la proximité des tradipraticiens, l'absence de douleur lors des soins et l'efficacité des traitements traditionnels. Pour le choix du chirurgien-dentiste les principales raisons étaient: la confiance faite aux soins modernes, la propreté et l'hygiène dans les cabinets dentaires. Le renoncement aux soins a été justifié par: l'automédication, le manque de ressources financières et la non perception de la nécessité des soins. Le principal déterminant du recours aux soins était le niveau scolaire des enquêtés. Alors que les adultes non scolarisés avaient recours en majorité aux tradipraticiens ($p = 0,001$), ceux qui disposaient d'une assurance de santé ($OR = 3,28$; $IC_{95\%} = [1,48 - 7,3]$) ou qui avaient le niveau d'étude du secondaire ou plus ($OR = 2,35$; $IC_{95\%} = [1,60 - 3,47]$) ont consulté préférentiellement le chirurgien-dentiste. Les adultes ayant un niveau d'étude secondaire ou plus ont eu recours à un tradipraticien en raison de sa proximité. Le recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins a été plus évoqué par les adultes ayant un âge compris entre 30 et 44 ans ($OR = 2,89$; $IC_{95\%} = [1,35 - 6,15]$), par ceux résidant en milieu urbain ($OR = 1,89$; $IC_{95\%} = [1,12 - 7,45]$) et par ceux situés à plus de 15 km du cabinet dentaire ($OR = 2,97$; $IC_{95\%} = [1,09 - 8,10]$). Quant au recours au chirurgien-dentiste en raison de la confiance faite aux soins modernes et la propreté des cabinets dentaires, il a été majoritairement le fait d'adultes vivant dans des habitats modernes ($OR = 2,31$; $IC_{95\%} = [1,17 - 4,59]$ et $OR = 2,11$; $IC_{95\%} = [1,20 - 3,98]$). Le renoncement aux soins traditionnels en raison de l'automédication a été le plus évoqué par les femmes ($OR = 2,11$; $IC_{95\%} = [1,33 - 3,34]$). Les adultes situés entre 5 et 15 km du cabinet dentaire ont majoritairement renoncé aux soins traditionnels en raison de la non perception de leur nécessité ($OR = 1,86$; $IC_{95\%} = [0,90 - 3,87]$). Le manque de ressources financières a été le plus évoqué par les adultes vivant en milieu urbain pour justifier leur renoncement aux soins modernes [$OR = 2,19$; $IC_{95\%} = [1,28 - 3,76]$). La non perception de la nécessité des soins a été plus évoquée par les adultes situés entre 5 et 15 km du cabinet dentaire ($OR = 2,17$; $IC_{95\%} = [1,15 - 4,09]$) pour justifier le renoncement aux soins modernes. Cette étude a mis en évidence la relation entre l'accessibilité aux soins bucco-dentaires et la pauvreté. Ainsi l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires doit s'inscrire dans le cadre global de la lutte contre les inégalités sociales, de l'alphabétisation et de l'aménagement du territoire. En outre, l'odontologie traditionnelle doit être valorisée pour venir en aide au système de santé dans un contexte marqué par l'insuffisance des ressources financières.

ORAL HEALTH BEHAVIOUR AND FACTORS OF CARE SEEKING IN THE DEPARTMENT OF DABOU – CÔTE D’IVOIRE

SUMMARY

In Côte d'Ivoire as in most developing countries, the issue of access to care remains unanswered due to the lack of good public health infrastructure and very limited financial resources. As a result, poor and disadvantaged people often prefer to address their priority health needs to traditional healers. However, the lack of evidence data in a context of plurality of care is a handicap for the definition of an efficient oral health strategy. The main objectives of this study were to describe the activities of traditional healers practicing in the department of Dabou and determine the various factors influencing the populations in using them or not in oral. The cross-sectional pilot study focused on 28 traditional healers and 927 adults. Informations were collected through two types of questionnaires, one for the traditional healers and another one for the users. Descriptive analyses were made. For the users in addition to descriptive analysis, logistic regression models were constructed to determine the socio-demographic factors associated with therapeutic use as well as those related to the reasons of patients' different itineraries and choices. The results showed that the consultations represented 1/5 of all the activities of the traditional healers. The majority of traditional healers reported that they were called to heal oral pain of patients and were ready to work with conventional medicine. Traditional healers declared to be satisfied by the level of fees. However 15 traditional healers reported to have another job. Vegetable and mineral resources were mainly used for making medicines. Regarding the survey of users, 301 of them consulted a traditional healer, 310 of them visited a dentist, while 316 of them claimed not to have seen a practitioner. The main reasons to attend a traditional healer were: the cost of treatment, the proximity of traditional healers, the lack of pain during treatment and the effectiveness of traditional treatments. Those who visited the dentist gave the following reasons: confidence or trust in modern health care, clean and hygienic conditions in dental offices affordable cost. The renunciation of care was justified by: self-medication, lack of financial resources and not-perceived need of care. The main determinant of seeking care was the educational level of respondents. While no schooling adults visited in priority traditional healers, those who had health insurance (OR = 3.28, CI_{95%} = [1.48 - 7.3]) and those who had secondary educational level or more (OR = 2.35, CI_{95%} = [1.60 - 3.47]) preferably consulted the dentist. Adults with secondary educational level or more claimed to have been to a traditional healer because of its proximity. The effectiveness of care as a reason for attending a traditional healer was more often mentioned by adults within 30 and 44 years (OR = 2.89, CI_{95%} = [1.35 - 6.15]), by adults living in urban areas (OR = 1.89, CI_{95%} = [1.12 - 7.45]) and those living at a distance of more than 15 km from the dental office (OR = 2.97, CI_{95%} = [1.09 - 8.10]). Seeking modern treatment because of the confidence and the cleanliness in dental offices was more the fact of adults living in a modern home (OR = 2.31, CI_{95%} = [1.17 - 4.59] and OR = 2.11, CI_{95%} = [1.20 - 3.98]). The renunciation of traditional care because of self-medication was more often reported by women (OR = 2.11, CI_{95%} = [1.33 - 3.34]). Abandoning the traditional treatments because of failure to perceive the need of care was mentioned by adults ranged between 5 and 15 km from the dental practice ([OR = 1.86, CI_{95%} = [0.90 - 3.87]). Lack of financial resources was cited by most adults living in urban areas to justify the renunciation to modern health care [OR = 2.19, CI_{95%} = [1.28 - 3.76]). Failure to perceive needs for care was mentioned by adults ranged between 5 and 15 km from office dental (OR = 2.17, CI_{95%} = [1.15 - 4.09]) to justify their abandonment of modern oral health care. This study gave evidence of the complex relationship between access to oral health care and the level of poverty. Thus, improving access to oral health care must fit into the overall framework of the fight against social inequality, illiteracy and the territory development. In addition, traditional odontology should be valued and integrated in any strategy the health system given the low level of current financial resources to the public health sector in Côte d'Ivoire.

DISCIPLINE : SANTE PUBLIQUE - ODONTOLOGIE

MOTS-CLES: Accessibilité, Côte d'Ivoire, déterminants socio-démographiques, indicateurs, médecine traditionnelle, santé bucco-dentaire

Laboratoire ERIC – Faculté d'Odontologie Rue Guillaume Paradin - 69372 Lyon CEDEX 08

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
PREMIERE PARTIE :	10
I. LES POLITIQUES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN AFRIQUE.....	11
1.1. JUSTIFICATION DE LA NECESSITE D'UNE POLITIQUE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN AFRIQUE.....	11
1.2. LES POLITIQUES ACTUELLES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE.....	13
1.2.1. La conférence d'Alma-Ata et l'Initiative de Bamako.....	13
1.2.2. La stratégie régionale africaine de la santé bucco-dentaire 1999-2000.....	14
1.2.3. La résolution WHA 60.17.....	15
1.2.4. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).....	16
1.2.5. Les orientations politiques de la consultation régionale de Hararé.....	17
II. L'ACCESSIBILITE AUX SOINS.....	18
2.1. DEFINITIONS.....	18
2.2. LES SYSTEMES DE SANTE AFRICAINS FACE AU DEFI DE L'ACCESSIBILITE.....	20
2.2.1. Les fonctions essentielles d'un système de santé.....	20
2.2.2. Approches et stratégies pour un système de santé financièrement accessible et durable en Afrique.....	20
2.2.3. L'accessibilité aux soins bucco-dentaires en Côte d'Ivoire.....	22
III. LE SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN.....	23
3.1. PRESENTATION DE LA CÔTE D'IVOIRE.....	24
3.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	25
3.2.1. La politique de santé.....	26
3.2.2. Le secteur sanitaire public.....	26
3.2.3. Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif.....	27
3.3. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN.....	27
3.3.1. La politique de santé bucco-dentaire.....	27
3.3.2. L'offre de soins.....	28
3.3.3. Les difficultés de la santé bucco-dentaire en Côte d'Ivoire.....	32
IV. LES INDICATEURS EN ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE.....	34
4.1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DES INDICATEURS.....	35
4.2. INDICATEURS POUR L'EVALUATION DE L'IMPACT DE L'ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE	36

4.2.1. Impact de l'odontologie traditionnelle au niveau de la surveillance de la santé bucco-dentaire de la population.....	36
4.2.2. Impact de l'odontologie traditionnelle sur le système de santé bucco-dentaire.....	38
4.2.3. Qualité de la vie liée à la santé orale.....	39
4.3. LES INDICATEURS UTILISES AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	41
DEUXIEME PARTIE:.....	43
I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	44
II. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	45
2.1. OBJECTIF GENERAL.....	45
2.3. OBJECTIFS DE L'ETUDE MENEES AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	45
2.2. OBJECTIFS DE L'ETUDE MENEES AUPRES DES USAGERS.....	45
III. POPULATIONS ET METHODES.....	45
3.1. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE.....	45
3.2. ENQUÊTE AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	46
3.2.1. Population	46
3.2.2. Méthode.....	46
3.3. ENQUÊTE AUPRES DES USAGERS.....	47
3.3.1. Population	47
3.3.2. Méthode.....	48
IV. RESULTATS.....	55
4.1. ETUDE MENEES AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	55
4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des tradipraticiens.....	55
4.1.2. Pratiques en odontologie traditionnelle.....	55
4.1.3. Les tradipraticiens et l'organisation des soins.....	57
4.2. ETUDE MENEES AUPRES DES USAGERS.....	60
4.2.1. Analyse descriptive de l'échantillon global.....	60
4.2.2. Analyse descriptive de la population ayant renoncé aux soins.....	62
4.2.3. Analyse descriptive des usagers ayant eu recours au tradipraticien.....	64
4.2.4. Analyse descriptive des usagers ayant consulté le chirurgien-dentiste.....	69
4.3. ETUDE ANALYTIQUE DE L'ECHANTILLON DES USAGERS.....	74
4.3.1. Relations entre le recours thérapeutique et les variables socio-démographiques	74
4.3.2. Relations entre les principales raisons du choix thérapeutique et les variables socio-démographiques.....	76

4.3.3. Relations entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques.....	80
4.4. DETERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES.....	84
4.4.1. Le recours thérapeutique et les variables socio-démographiques.....	84
4.4.2. Relations entre les raisons du recours thérapeutique et les variables socio-démographiques.....	86
4.4.3. Relations entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques	91
V. DISCUSSION.....	96
5.1. ASPECTS METHODOLOGIQUES.....	96
5.1.1. Le choix de l'enquête par interview face à face.....	96
5.1.2. Choix des trois types de populations d'étude	96
5.1.3. Représentativité de l'échantillon.....	96
5.1.4. Les biais.....	97
5.2. ETUDE MENEES AUPRES DES TRADIPRATICIENS.....	98
5.2.1. Données socio-démographiques.....	98
5.2.2. Les pratiques traditionnelles et l'organisation des soins	99
5.3. ETUDE MENEES AUPRES DES USAGERS.....	101
5.3.1. Impact de l'odontologie traditionnelle.....	101
5.3.2. Les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires.....	103
5.3.3. Liens entre les raisons du recours thérapeutique et les variables socio-démographiques.....	105
5.3.4. Liens entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques.....	106
VI. RECOMMANDATIONS.....	108
6.1. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DES TRADIPRATICIENS.....	108
6.2. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DES CHIRURGIENS-DENTISTES.....	109
6.3. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DES AUTORITES SANITAIRES.....	109
6.4. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DE L'ETAT DE COTE D'IVOIRE.....	110
CONCLUSION.....	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	114
ANNEXES.....	129

INTRODUCTION

La situation sanitaire de la plupart des pays en développement et principalement ceux situés au sud du Sahara a été marquée par un phénomène de « transition épidémiologique ». Celle-ci se traduisait jusqu'à l'avènement du VIH/Sida, par un allongement de la durée de vie, un meilleur contrôle des maladies infectieuses et une recrudescence des maladies chroniques. Les affections de la sphère orale, pathologies d'origine multifactorielle s'apparentent au groupe de maladies en progression [1]. Il s'agit principalement de la carie dentaire et des parodontopathies. Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2003, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avait fait le même constat et avait émis des recommandations pour infléchir la tendance [2]. Ainsi a-t-il été préconisé une stratégie de prise en charge intégrée de ces affections avec les pathologies cardio-vasculaires du fait de leurs facteurs de risque communs. Cette décision faisait suite au constat que peu d'intérêts étaient accordés aux affections bucco-dentaires et au fait que la santé orale ne faisait pas partie intégrante des programmes de développement sanitaire dans de nombreux pays africains [2, 3]. Cependant une telle stratégie ne pouvait donner les résultats escomptés que si la population cible était sensibilisée et avait accès aux structures de soins. C'est dire que les soins de santé primaires tels que définis depuis la conférence d'Alma Ata, demeurent d'actualité. Ils devaient en effet garantir à tous un accès équitable aux structures de soins. Vu sous cet angle, toute stratégie de prise en charge de la santé des populations et particulièrement en Afrique, doit tenir compte du comportement des populations, de l'environnement et du contexte socio-économique.

Par ailleurs, le système de santé de nombreux pays africains est marqué par une particularité: l'existence de deux formes de médecine. L'une dite moderne ou conventionnelle (la médecine occidentale) et l'autre dite traditionnelle. Malgré les importantes découvertes médicales qui ont fortement contribué à l'amélioration de la santé partout dans le monde, la médecine traditionnelle connaît aujourd'hui un regain d'intérêt principalement dans les pays en développement. Cette médecine a toujours existé avant l'avènement de la médecine moderne dont l'émergence dans les pays africains au sud du Sahara remonte à la période coloniale. En effet, l'art de se nourrir et de se soigner ayant toujours fait partie du quotidien des peuples, les premiers africains à l'instar des autres peuples de la planète ont utilisé ce que la nature leur offrait pour s'alimenter et lutter contre la maladie [4]. Hormis cette réalité socioculturelle, la médecine moderne est confrontée à certains obstacles dans les pays en développement. De ce fait, une partie de la population a recours à la médecine traditionnelle. Face à cette donne, les autorités de nombreux pays africains ont entrepris des efforts en faveur de la valorisation scientifique de la médecine traditionnelle en vue d'un partenariat entre les deux formes de médecines. Aussi, lors de la conférence sur la santé bucco-dentaire dans la région africaine co-organisée par l'OMS et la Fédération Dentaire Internationale (FDI) tenue à Nairobi en 2004, a-t-il été recommandé de « tenir compte des guérisseurs traditionnels et de l'utilisation des plantes traditionnelles, de la nécessité de la recherche dans ces régions et le besoin de données fiables pour faciliter la planification et la prise de décision » [5]. La santé étant un concept multidimensionnel, sa restauration doit tenir compte des éléments culturels et sociaux qui caractérisent le milieu où l'on veut intervenir [6].

Seulement, les études entreprises sur la médecine traditionnelle se sont le plus souvent focalisées sur les plantes médicinales, oubliant presque la prise en compte des déterminants expliquant les choix thérapeutiques des populations dans un contexte de pluralité des soins. L'objectif d'amélioration de la santé des populations affiché par les autorités des différents pays africains ne saurait faire l'économie d'une telle démarche, ni se soustraire à la collecte d'informations nécessaires pour satisfaire par des actes les besoins exprimés par la population. Par ailleurs, dans les pays industrialisés des études ont rapportées l'existence d'un lien étroit entre la santé et la situation socio-démographique des individus [7, 8]. Aussi est-il établi que l'utilisation des services dentaires est un bon indicateur du comportement de la population en santé orale [9, 10]. Les données relatives à l'utilisation des structures sanitaires,

les déterminants du recours aux soins sont des outils essentiels pour la formulation d'une politique tendant à réduire les inégalités en santé [11, 12]. De plus s'agissant du recours aux soins, il est admis que les expériences passées permettent de prédire le futur et déterminer certaines intentions cachées [13-16]. Le modèle prédictif permettant de faire des extrapolations, il s'avère utile pour une planification sanitaire efficiente. Enfin, la communauté scientifique ne sera véritablement mobilisée en faveur de la médecine traditionnelle, que lorsqu'elle sera convaincue de ses effets bénéfiques et de l'adhésion de la population à cette pratique. Adhésion qu'il ne sera possible de prouver que par des données factuelles.

S'agissant de la médecine traditionnelle, depuis quelques années, certains pays africains dans leur volonté de satisfaire aux recommandations de l'OMS se sont lancés dans la voie de son intégration dans leur système de santé sans aucune investigation préalable [17]. Qui sont les tradipraticiens? Que font-ils? Quels sont les facteurs influençant le choix d'un itinéraire thérapeutiques par les populations? Quelles sont les raisons du renoncement aux soins bucco-dentaires en Afrique? Ces questions sont souvent restées sans réponse en Côte d'Ivoire en raison des insuffisances structurelle et organisationnelle du système de santé. Cette situation n'est pas singulière car dans la plupart des pays africains, l'absence d'un système d'information alerte en santé bucco-dentaire n'a pas toujours favorisé la mise à la disposition des décideurs d'une information de qualité pour la mise en œuvre de politiques de santé efficientes [18]. C'est pour surmonter ce handicap et contribuer à une meilleure connaissance du système de santé ivoirien que nous avons entrepris cette étude. Elle s'est intéressée particulièrement aux comportements de la population en santé bucco-dentaire. Son objectif était de décrire l'activité des tradipraticiens puis de déterminer les principaux facteurs qui influençaient le recours et le renoncement aux soins bucco-dentaires de la population. Ce travail s'inscrit dans une démarche d'aide à la décision basée sur des données factuelles pour une meilleure organisation du système de santé bucco-dentaire. Cette démarche inspirée d'une part de la santé publique et de l'épidémiologie consiste à identifier un problème de santé et à en trouver les facteurs associés. D'autre part, nous avons eu recours aux sciences sociales qui abordent d'emblée la question des déterminants. A cet effet, l'on postule que les liens existent entre la santé et ses déterminants et que toute action entreprise au niveau de ceux-ci aura un effet sur la santé. Cette approche fait appelle aux attributs socio-démographiques de la population [6].

Ainsi, dans la première partie de l'étude, sont abordés les politiques de santé bucco-dentaire en Afrique, l'accessibilité aux soins, le système de santé ivoirien et la recommandation d'indicateurs pour l'évaluation de l'impact de l'odontologie traditionnelle. La deuxième partie est relative à l'enquête menée auprès des tradipraticiens et la population. Dans le premier chapitre la problématique de l'étude est présentée. Puis dans le deuxième chapitre, le matériel et les méthodes utilisées sont précisés. Le chapitre suivant est consacré à la présentation des principaux résultats notamment l'activité des tradipraticiens, les principaux aspects du recours et du renoncement aux soins bucco-dentaires, ainsi que les facteurs socio-démographiques associés à chaque itinéraire. Ces résultats ont fait l'objet d'une analyse dans le quatrième chapitre. Pour finir, les enseignements tirés de la discussion ont permis la formulation de recommandations pour la mise en œuvre d'un système de santé plus accessible et efficient en Côte d'Ivoire.

PREMIERE PARTIE

Politiques de santé bucco-dentaire et recommandation d'indicateurs essentiels en odontologie traditionnelle

I. LES POLITIQUES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN AFRIQUE

1.1. JUSTIFICATION DE LA NECESSITE D'UNE POLITIQUE DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN AFRIQUE

On entend par «politique sanitaire», un choix de moyens ou de méthodes cohérents susceptibles d'améliorer manifestement la santé d'une population à moyen ou à long terme. Elle suppose un processus d'élaboration associant plusieurs personnes et comprend des procédures qui impliquent un ensemble d'institutions, d'organisations, de services, ce qui sous-entend des accords de financement concernant le système de santé. Cependant, ce terme qui dépasse le cadre des services de santé couvre les actions menées ou envisagées par des organismes publics, privés ou bénévoles ayant un impact sur la santé [19].

A l'échelle d'un pays, une politique de santé peut être définie comme l'attitude officielle exprimée par le gouvernement dans le domaine de la santé, lors de déclarations solennelles ou au sein de documents de planification [20]. Il s'agit de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction d'une part de cet état de santé, et d'autre part des moyens disponibles. Il s'agit également de mesurer l'effet de ces activités pour corriger si nécessaire les orientations qui ont été prises.

Appliqués à la santé bucco-dentaire, les stratégies et plans nationaux de promotion de la santé bucco-dentaire ont longtemps fait défaut dans la région africaine. Ou lorsqu'ils existaient, ils n'ont pas réussi à améliorer de façon notable la santé des populations. Pourtant, les progrès récents de la science laissent supposer qu'il est possible d'éradiquer et de maîtriser les principales affections bucco-dentaires [19]. Par conséquent, une méthode d'analyse et de révision des politiques profiteraient à l'ensemble des pays qui sont à la recherche de directives adaptées au contexte local, susceptibles d'améliorer sensiblement la santé bucco-dentaire. Dans cette région, la détérioration de la santé bucco-dentaire est étroitement liée à la pauvreté et à la croissance économique (tableau 1).

Tableau 1: Prévalence des maladies bucco-dentaires parmi les groupes socio-économiques faibles dans la région africaine

Maladies bucco-dentaires	Prévalence	Morbidité	Mortalité
Noma	Elevée	Elevée	Elevée
Manifestations bucco-dentaires du Vih	Elevée		Elevée
Cancer de la bouche	Moyenne	Elevée	Elevée
Traumatismes oro-faciaux	Très élevée	Moyenne	Moyenne
Malformations congénitales	Elevée	Moyenne	Moyenne
Pratiques dangereuses	Elevée	Moyenne	Moyenne
Parodontopathies chroniques	Moyenne	Faible	Faible
Fluorose	Moyenne	Faible	Faible
Caries dentaires	Moyenne	Moyenne	Faible
Tumeurs bucco-dentaires	Faible	Moyenne	Faible
Edentulisme	Faible	Moyenne	Faible

Source: Document de planification des politiques de santé bucco-dentaire en Afrique [19]

Les politiques de santé élaborées semblaient se réduire au seul document qui de toute évidence même s'il renfermait de bonnes idées, a eu très peu d'impact sur la santé des populations. Les raisons de l'échec des politiques résultent de leur mauvaise application ou d'une application partielle.

C'est pourquoi il est nécessaire d'élaborer des Politiques de Santé Bucco-Dentaire (PSBD) claires et opérationnelles. Ces politiques devront à partir d'une démarche méthodologique rigoureuse, répondre aux besoins des populations [figure 1].

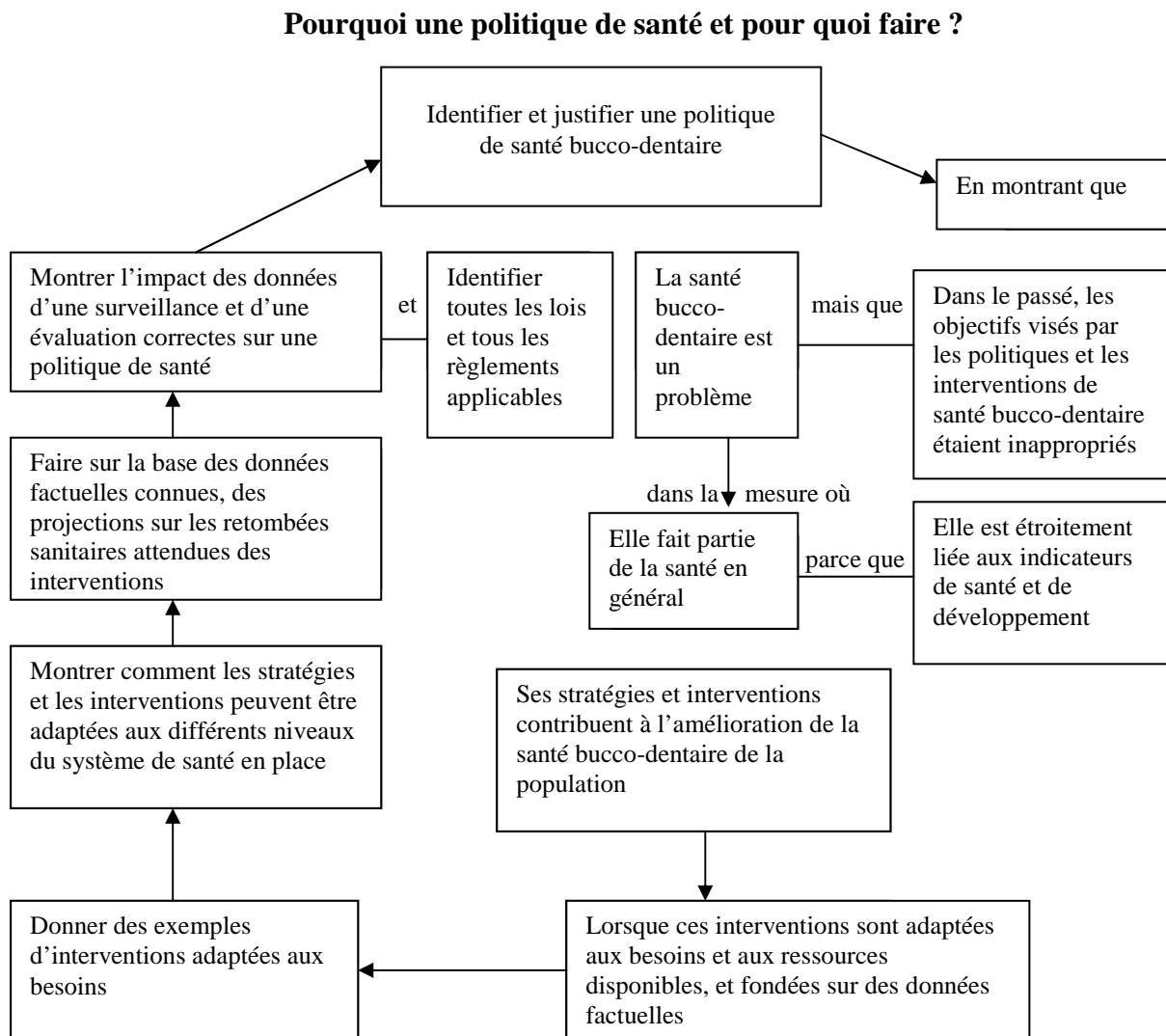


Figure1: Justification d'une politique de santé bucco-dentaire [19]

Pour ce faire, elles devront:

- Présenter une méthode viable, simple et rationnelle;
- Evaluer les besoins prioritaires en matière de santé bucco-dentaire en tenant compte du contexte;
- Sélectionner les interventions sur la base des données scientifiques;
- Assurer l'adéquation entre les interventions et les ressources disponibles;
- Enoncer des indicateurs de performance simples et significatifs;
- Et enfin pouvoir s'adapter à l'évolution de la situation sociale, politique et économique du pays.

La planification de la santé bucco-dentaire en Afrique repose sur un certain nombre de politiques de santé.

1.2. LES POLITIQUES ACTUELLES DE SANTE BUCCO-DENTAIRE

1.2.1. La conférence d'Alma - Ata et l'Initiative de Bamako (IB)

La conférence d'Alma-Ata tenue en septembre 1978 sous l'égide de l'OMS, peut être retenue comme le point de départ d'une prise de conscience effective à l'échelle mondiale du problème de l'accessibilité aux soins de santé [21]. Cette conférence s'attaquait à un problème capital qui n'avait jamais été correctement réglé dans le passé: "les si nombreuses inégalités en matière de santé et de prestations sanitaires qui portaient le témoignage d'une épouvantable somme de négligence et de privation". Elle a posé le principe de « la santé pour tous » avec comme épine dorsale les soins de santé primaires. La déclaration d'Alma-Ata qui se présente sous forme de dix résolutions avait souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de toutes les personnes des secteurs de la santé et du développement, ainsi que la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde. Elle a demandé que soit lancée d'urgence au plan national et international une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et en particulier dans les pays en voie de développement. Ces soins ont été définis comme des « soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination » [21].

L'adoption de la stratégie des soins de santé primaires a incité les gouvernements de nombreux pays africains à développer un système de santé caractérisé par une forte décentralisation et la formation d'un personnel de base. Cependant, la mise en œuvre des résolutions de cette conférence n'a pas donné les résultats escomptés. La réflexion sur l'organisation qui devait soutenir les priorités définies n'avait pas fait l'objet d'une élaboration poussée. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 80 que l'échec relatif des politiques de santé a conduit à rechercher l'intégration des actions de santé dans le cadre d'une organisation sanitaire selon une logique de système. L'accent sera alors mis sur l'approche en termes de système de district pour permettre à la population d'accéder aux soins de santé primaires [22]. De plus, la plupart des pays s'étaient heurtés à des obstacles extérieurs au domaine de la santé à savoir: une conjoncture économique difficile, la sécheresse et ses conséquences immédiates, l'inflation qui avaient entravé les volontés politiques les plus fermes. Ces pays ne disposaient pas encore de moyen pour la mise en oeuvre de leur politique et devaient compter sur la collaboration internationale indispensable pour traduire dans les faits les politiques nouvelles. Tous les pays reconnaissaient la nécessité d'associer les collectivités à la prise de décisions en matière de santé afin d'impliquer les individus et les familles dans la prise en charge par de leur santé. Pour y parvenir, un accent devait être mis sur la qualité des soins dispensés à la population [21].

La crise financière des années 1980 a détérioré gravement la situation économique des pays en développement et entraîné une réduction de la part du budget alloué à la santé. Face à l'insuffisance des ressources financières, l'instauration du recouvrement des coûts a été proposée à ces pays en 1985 [23] et exigée par la banque mondiale en 1987 [24] afin de disposer de ressources additionnelles pour financer les activités sanitaires. Ainsi, sous l'égide du bureau régional de l'Afrique de l'OMS, les ministres de la santé des pays africains au sud du Sahara se sont réunis à Bamako en 1987 pour réfléchir sur les stratégies de financement des dépenses de santé [25]. Suite à cette rencontre il a été institué le principe du recouvrement des coûts des soins de santé qui prendra le nom de « Initiative de Bamako (IB) ». Elle stipule l'autofinancement communautaire des soins de santé primaires par le biais d'un

approvisionnement en médicaments essentiels et du recouvrement de leurs coûts. La particularité ici étant que les ressources générées devaient servir principalement à l'amélioration de la qualité des services offerts. L'application effective de cette mesure connaîtra des succès remarquables dans de nombreux pays avec des centres de santé moins dépendants des pouvoirs publics dans leur fonctionnement et leur gestion. Cependant, il y a eu plusieurs controverses autour de l'impact de ces systèmes de recouvrement des coûts sur l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé [26]. Si Sauerborn et al, ont montré dans leurs différents travaux l'effet négatif du prix sur la demande [27], Akin et al. [24] affirmaient le contraire. Aujourd'hui, l'utilité de la participation financière des usagers n'est pas remise en cause, mais un recentrage s'opère sur ce qu'il est raisonnable d'en attendre. Son rôle en temps qu'instrument de recherche de l'efficience semble prendre le pas sur l'objectif financier qui lui était traditionnellement assigné. Deux effets potentiels sont en ce sens à rechercher. Le partage des coûts s'assimile dans un premier temps à un allègement de la contrainte financière de l'Etat. En second lieu, le partage des coûts peut améliorer l'efficience des structures de soins et la qualité des prestations par des incitations financières octroyées au personnel et en générant un contrôle venant d' « usagers-clients » plus exigeants [22].

Mais cela n'a toujours pas été le cas. En effet, plusieurs auteurs ont montré la barrière que constitue le système de recouvrement des coûts pour les utilisateurs des soins et services de santé et ont mis en évidence la situation particulière des indigents qui deviennent des exclus du système de santé [28-33].

Par ailleurs, si Alma-Ata est désormais indissociable de l'un des grands mouvements de l'histoire de la santé publique, la santé bucco-dentaire apparaissait comme un secteur particulier où certaines dispositions restaient peu applicables. Le rapport sur la santé dans le monde de 1995, avait constaté en effet une amélioration dans les pays développés tandis que dans les pays en développement, la situation se détériorait [34]. Il était davantage reconnu que les problèmes d'accès au service de santé bucco-dentaire de base ou d'urgence étaient un obstacle dans les pays en développement. C'est pourquoi, les responsables en charge de la santé bucco-dentaire, les autorités sanitaires des pays et l'OMS, se sont retrouvés ces dernières années pour définir des politiques idoines. Elles concernent: la définition d'une stratégie qui tienne compte des réalités africaines, une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques, une plus grande implication des communautés dans la prise de décision concernant leur santé et l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Les politiques actuelles de santé bucco-dentaire s'articulent autour de:

- La stratégie régionale africaine de la santé bucco-dentaire 1999-2008;
- La résolution WHA60.17 « Santé bucco-dentaire : plan d'action pour la promotion et la prévention intégrée des maladies » (2007);
- « La déclaration du Millénaire »;
- Les orientations politiques de la consultation régionale de Hararé (2004).

1.2.2. La stratégie régionale africaine de la santé bucco-dentaire 1999-2008

La pauvreté généralisée et le sous développement qui prévalent en Afrique, exposent de plus en plus les communautés à tous les principaux déterminants écologiques des affections bucco-dentaires. En adoptant un modèle de soins de type occidental, les systèmes de santé africains n'ont pas réussi à venir à bout de ces déterminants. L'un des principaux obstacles à l'amélioration de la santé bucco-dentaire dans la région africaine réside dans l'absence d'une politique de santé bucco-dentaire clairement définie et destinée à orienter leurs activités dans ce domaine. Dans de nombreux pays, les approches précédemment adoptées en matière de santé bucco-dentaire ont généralement consisté à créer des services

curatifs au gré des circonstances et sans planification aucune. Par conséquent, il est indispensable d'élaborer des directives pour la formulation de politiques susceptibles d'assurer une planification, une gestion et une évaluation correcte des programmes de soins de santé bucco-dentaire dans la région [19]. C'est ainsi qu'en septembre 1998, le comité régional OMS a adopté une stratégie décennale (1999-2008). Cette stratégie était destinée à renforcer la capacité des États membres à améliorer la santé bucco-dentaire de leurs populations. Elle s'articulait autour de l'élaboration de politiques nationales et de plans d'action appropriés, avec un accent sur la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des cas. Elle mettait l'accent sur les soins bucco-dentaires et les problèmes les plus graves auxquels les populations devaient faire face [35]. Le comité régional OMS avait révélé que les approches élaborées par le passé ne tenaient pas compte de l'épidémiologie et ne reposaient pas sur des stratégies sûres et élaborées. Les efforts déployés ont consisté à gérer les services de santé lorsqu'ils existaient sans planification aucune. La formation du personnel ne répondait pas toujours aux besoins de la population. Les soins étaient essentiellement d'ordre curatif et concernaient principalement la carie dentaire. La pauvreté généralisée et le sous-développement exposaient les communautés aux principaux déterminants écologiques des affections bucco-dentaires.

L'objectif de cette nouvelle stratégie était de garantir pour les 25 prochaines années une amélioration notable de la santé bucco-dentaire des populations par: une forte réduction de l'incidence des affections bucco-dentaires courantes dans la région, un accès équitable à tous et partout à un service bucco-dentaire adéquat de qualité et peu coûteux, l'adoption de modes de vie sains. Les pistes envisagées étaient: la participation de la communauté à l'identification des problèmes de santé bucco-dentaires, des besoins et des interventions; la planification, la gestion et l'évaluation efficace des services; l'orientation des activités vers la prévention, l'action multisectorielle pour ce qui concerne l'éducation et la promotion de la santé; l'adéquation entre les types de personnels et les besoins des populations.

Pour atteindre ces objectifs cinq stratégies ont été dégagées:

- L'élaboration d'une stratégie nationale et sa mise en œuvre;
- L'intégration de la santé bucco-dentaire au sein des programmes de santé;
- La prestation de services;
- Une approche régionale d'éducation et de formation;
- Le développement d'un système d'information pour la gestion en santé bucco-dentaire.

Au niveau régional, il s'agissait d'aider les pays à élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des plans de santé orale, susceptibles de garantir à tous un accès équitable à des services de santé bucco-dentaire de qualité dans un système de santé de district. Cependant, l'amélioration de la santé bucco-dentaire n'a pas connu d'amélioration notable du fait de l'insuffisance des ressources. Cette situation a amené l'OMS à intégrer la santé bucco-dentaire dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques.

1.2.3. La résolution WHA 60.17 « Santé bucco-dentaire: plan d'action pour la promotion et la prévention intégrée des maladies »

La soixantième assemblée mondiale de la santé tenue le 23 mai 2007, a adopté la résolution WHA60.17 relative au plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des actions [36]. Il s'agissait de la première résolution de l'OMS consacrée à la santé bucco-dentaire. Cette résolution faisait suite au constat du lien intrinsèque entre la santé bucco-dentaire, la santé générale et la qualité de vie. Elle a souligné la nécessité d'incorporer la promotion de la santé bucco-dentaire dans la prévention et la prise en charge des affections bucco-dentaires. En termes de politique de santé, les États membres étaient

invités à prendre des mesures afin que la santé bucco-dentaire soit incorporée aux politiques relatives à la prévention et à la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles chroniques et des maladies transmissibles, ainsi qu'aux politiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant. Aussi, des mesures devaient-elles être prises pour que des approches fondées sur des données factuelles soient utilisées pour incorporer en tant que besoin, la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention et de lutte intégrée, concernant les maladies non transmissibles. Cette résolution s'est en outre prononcée en faveur de la couverture de la population en soins de santé bucco-dentaires essentiels, de l'incorporation de la santé bucco-dentaire dans le cadre des soins de santé primaires renforcés pour les maladies non transmissibles chroniques, de la promotion de l'accès aux services de santé bucco-dentaire. Les actions de ceux-ci devaient être orientées vers la prévention des maladies et la promotion de la santé des populations pauvres et défavorisées en collaboration avec les programmes intégrés de prévention des maladies non transmissibles chroniques. D'autres actions devaient être mises en œuvre pour renforcer la recherche en santé bucco-dentaire, l'utilisation de la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies fondées sur des preuves scientifiques. Ces différentes initiatives étaient destinées à consolider et ajuster les programmes de santé bucco-dentaire. Elles devaient permettre également d'encourager les échanges inter-pays de connaissances et d'expériences fiables dans le domaine des programmes communautaires de santé orale.

Au chapitre des ressources, la résolution a invité les Etats membres à veiller à la planification des ressources humaines et des effectifs de santé bucco-dentaire dans le cadre des plans nationaux de santé. Aussi des efforts devaient-ils être faits pour accroître en tant que besoin, les allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte contre les affections bucco-dentaires et cranio-faciales. Enfin, il a été demandé au Directeur Général de l'OMS de veiller à ce que l'organisation aux niveaux mondial et régional, fournisse des conseils et un appui technique aux Etats membres qui en font la demande pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de santé bucco-dentaire. Ces actions devaient s'inscrire dans le cadre d'approches intégrées de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles.

L'application effective de cette résolution devait permettre l'amélioration notable de la santé bucco-dentaire en Afrique par la prise en compte des groupes défavorisés.

1.2.4. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

Le monde a connu au cours du siècle dernier des progrès scientifiques et technologiques importants qui ont contribué globalement à l'amélioration de la santé des populations. Cependant, les pays en développement ont modestement bénéficié de ces avancées. La bipolarisation du monde semble s'accroître. A la fracture Est-Ouest fait place désormais une fracture entre pays industrialisés et les pays pauvres. La pauvreté se conjugue avec un faible niveau d'instruction, un système de santé défaillant et une dégradation du cadre et de la qualité de vie. A titre d'exemple, l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire est de 49 ans contre 80 ans dans les pays industrialisés [37].

Après la gouvernance austère de la période coloniale, les années 80 ont connu dans la plupart des pays du tiers monde, les Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) et dans les années 90 jusqu'en 2015, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les conditionnalités imposées aux pays pauvres par les pays riches détenteurs du pouvoir de décision dans les instances internationales, ont davantage aggravé les souffrances des populations. Les politiques de développement basées sur les solutions exogènes n'ont pas donné les résultats escomptés. L'accent était désormais mis sur les capacités intrinsèques de chaque société et non sur les solutions globales. Cette réalité imposait une prise en compte des

causes endogènes du sous développement. Désormais, les africains devaient se considérer eux-mêmes comme les principaux acteurs du développement.

C'est dans ce contexte que depuis 1990, une série de conférences et sommets mondiaux ont eu lieu sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Elles avaient pour but d'établir un programme d'actions comportant des objectifs internationaux de développement quantifiables assortis de cibles et d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis dans chaque domaine. Ainsi le 8 septembre 2000, 191 pays dont la Côte d'Ivoire ont adopté à New York une résolution à l'Assemblée Générale des Nations Unies appelée "Déclaration du Millénaire". Cette déclaration définit une vision à l'horizon 2015 d'un monde presque débarrassée de l'extrême pauvreté où grâce à la scolarisation universelle, il y aurait l'égalité des chances pour les filles et les garçons dans vie socio-économique et politique. Les objectifs du millénaire constituaient un défi pour toute l'humanité. Pour les pays en développement, ils fixaient comme cibles la réduction de la pauvreté et la faim, la lutte contre la mauvaise santé, les inégalités entre sexes, le manque d'instruction, le défaut d'accès à l'eau potable et la dégradation de l'environnement. Les OMD reconnaissaient aussi les contributions que les pays développés pouvaient apporter par l'intermédiaire du commerce, de l'aide au développement, de l'allègement de la dette, de l'accès aux médicaments et du transfert de technologie.

La santé constitue au même titre que l'éducation, une composante du capital humain et donc un facteur de productivité. C'est donc à travers des activités à hauts impacts sur la santé et la réduction de la pauvreté que les OMD ont été définis. Originellement, les OMD constituaient une plate-forme de huit (8) objectifs déclinés en dix-huit cibles (18) ou sous-objectifs quantifiés. Les discussions menées au niveau international ont permis de définir un ensemble de quarante huit (48) indicateurs consensuels permettant de mesurer les progrès accomplis dans les différents pays. Dans le cadre du millénaire, l'OMS, la Fédération Dentaire Internationale (FDI) et l'Association Internationale pour la Recherche Dentaire (IADR) ont retenu les objectifs de santé bucco-dentaire pour 2020. Ces objectifs englobent outre la carie dentaire et les autres maladies bucco-dentaires, la qualité de la vie, la recherche de l'adéquation entre l'information sanitaire, les systèmes et les priorités de santé bucco-dentaires, ainsi que les conditions socio-environnementales [38]. Cette approche de l'évaluation est à la base du projet de l'élaboration des indicateurs pour la surveillance de la santé orale en Europe, tout comme ce lui a cours en Afrique [40].

1.2.5. Les orientations politiques de la consultation régionale de Hararé

Conscients de l'importance des données de qualité dans la définition des politiques de santé, les Etats africains se sont engagés dans une politique d'élaboration d'indicateurs de santé bucco-dentaire selon le modèle du projet européen EGOHID [39]. Ainsi lors de l'atelier de travail tenu à Brazzaville en 2005, un ensemble de 34 indicateurs ont été proposés [40]. Ces indicateurs ont fait l'objet d'études pour aboutir à la recommandation de 22 indicateurs essentiels pour la surveillance de la santé bucco-dentaire dans la région africaine. Les systèmes de surveillance existants n'étant plus en adéquation avec le profil épidémiologique des maladies bucco-dentaires, un recadrage des indicateurs était nécessaire. Ces indicateurs s'intéressent aux groupes vulnérables et aux conséquences négatives des facteurs communs de risque. La consultation de Hararé apparaît comme une concrétisation de la résolution WHA 60.17 relative à la promotion de la santé et la prévention intégrée des maladies bucco-dentaire, puis la « déclaration du millénaire ». De ce fait, l'Afrique est devenue la première région du monde à intégrer la santé bucco-dentaire aux programmes d'autres maladies chroniques. La consultation de Hararé a suggéré que l'intégration de la santé bucco-dentaire aux activités d'autres maladies chroniques, pourrait être un moyen réaliste de traiter en

urgence les besoins de la collectivité. Les participants à la consultation de Hararé ont débattu des possibilités de la mise en place d'activités intégrées dans le contexte de la santé de la mère et de l'enfant, la gestion intégrée des maladies infantiles, la santé en milieu scolaire, le VIH/SIDA, la médecine traditionnelle, les programmes de nutrition et l'éducation à la santé. Les experts ont également indiqué qu'il était nécessaire de proposer des directives pour une approche intégrée de la santé bucco-dentaire, basée sur des mesures concrètes afin d'aider les pays membres à mettre en place la résolution sur la santé bucco-dentaire, adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2007.

L'ensemble de ces mesures avaient pour objectifs d'améliorer l'accessibilité aux soins bucco-dentaires des populations, un concept aux nombreuses ramifications politiques économiques et sociales. Comment se présente la réalité en Côte d'Ivoire ?

II. L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

2.1. DEFINITIONS

Toutes les sociétés qu'elles soient développées ou non font de la réduction des inégalités un souci permanent. Dans le domaine de la santé et plus particulièrement de l'accès et de l'accessibilité aux services sanitaires, les acceptions usitées en géographie de la santé et en économie de la santé sont discutées dans un objectif global d'amélioration de la santé des populations [41]. L'étymologie du mot accessibilité (*ac-cedere*, parvenir) suggère la notion géographique mais aussi économique. Plusieurs définitions sont proposées selon le domaine de référence.

Ainsi, dans le dictionnaire Robert, l'accessibilité, c'est la possibilité d'accéder, ou d'arriver. L'accès y est défini comme la possibilité d'atteindre, de connaître ou de participer à une activité.

Pour Picheral en géographie de la santé: « c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources et aux services de santé. Elle présente au moins deux dimensions: l'une matérielle et l'autre sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Elle est surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule les recours aux soins effectifs (c'est-à-dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale), ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque » [42].

Cette définition met en évidence d'une part la notion de distance entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours. D'autre part, l'accessibilité dépendra de la forme économique et technique du service. A chaque nouvelle technologie se positionne une nouvelle problématique d'accessibilité. Le niveau d'accessibilité est perçu comme un facteur de risque: sous-entendu de développement anormal d'une maladie qui n'est pas enrayerée car pas traitée. L'accessibilité au service devient dans une de ses acceptions un des déterminants de la diffusion ou de la complication d'un problème morbide et donc un des déterminants des conséquences de l'évènement-maladie, de son

impact en particulier économique à l'échelle sociétale, ou psychologique à l'échelle individuelle.

En économie de la santé, Auray et al, définissent l'accessibilité comme « l'ensemble des facteurs qui permettent à un malade d'accéder à des soins appropriés, dans les délais normaux que requièrent l'urgence et la gravité de la pathologie dont il souffre » [43]. Plusieurs facteurs sont à prendre en compte: l'aménagement du territoire en terme de biens et service médicaux, le dispositif de prise en charge des frais médicaux, pharmaceutiques, dentaires.... mis en œuvre dans un système de santé; et le facteur socioculturel.

Pour Lambert, « les conditions d'accessibilité aux équipements sont toujours contrastées dans les grandes nations, où persistent les inégalités régionales et des régions de peuplement dispersées (zone de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre l'offre et la demande de soins. La progression des taux d'utilisation des services existants (consultation, hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports, prise en charge des dépenses par les assurances). La concentration des médecins et des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. Les zones d'attraction et de rayonnement des grands hôpitaux spécialisés (CHU) se sont souvent étendues au détriment de filières de soins moins coûteuses. De même, l'implantation des médecins libéraux, celle des pharmacies ou laboratoires d'analyses, révèle des déséquilibres. Par voie de conséquence, les populations peu médicalisées et éloignées des centres de soins seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation de personnes âgées) ou connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. A l'opposé, les populations de régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale. La planification sanitaire peut favoriser un rationnement des ressources et l'unification qu'elle impose s'accompagne des effets pervers de la bureaucratie » [44].

L'auteur fait apparaître ici le rôle de la démographie, des activités économiques et de l'organisation territoriale dans le service public et plus précisément dans les équipements collectifs.

Du côté de l'OMS, dans le cadre des soins de santé primaires, l'accessibilité sanitaire, implique la fourniture continue et organisée de soins, qui soient géographiquement, financièrement et fonctionnellement, à la portée de la communauté toute entière [21].

L'accessibilité apparaît donc comme un concept dont les indicateurs signent les inégalités d'accès aux soins, mesures qu'il faudra mobiliser et réformer en fonction de l'intérêt général. L'intérêt étant d'améliorer la santé de la population. L'étude de l'accessibilité et de son déterminisme pourra prendre des formes assez variées en fonction des contextes rencontrés. Lorsque les soins sont couverts, les barrières économiques sont en partie levées mais il resterait à lever les barrières sociales et géographiques, le rôle de pilotage des réformes revenant à l'Etat. Par contre si les soins ne sont pas couverts, l'accessibilité sera plus déterminée par l'aspect économique que géographique et sera dépendante de la richesse du demandeur.

L'Afrique aujourd'hui doit faire face au SIDA, son plus grand défi de santé publique pour les années à venir ainsi qu'à d'autres maladies émergentes. L'Etat aura un rôle majeur à jouer pour organiser la lutte contre ces maladies et mettre en place des mesures de prévention efficaces [45]. L'environnement économique au demeurant est morose. Ces dernières

décennies se sont caractérisées par une faible croissance économique et une augmentation de la pauvreté [46]. Dans ce contexte économique difficile, il est nécessaire de concevoir et mettre en œuvre un système de santé assurant des activités préventives et curatives techniquement et financièrement accessibles à toutes les catégories de la population tout en garantissant leur pérennité.

Comment devraient dans ce cas réagir les Etats africains face au défi de l'accessibilité?

2.2. LES SYSTEMES DE SANTE AFRICAINS FACE AU DEFI DE L'ACCESSIBILITE

2.2.1. Les fonctions essentielles d'un système de santé

Le rapport sur la santé dans le monde de 2000 définit les systèmes de santé comme la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires et dont l'objectif principal est d'améliorer la santé [47]. Il identifie quatre fonctions dont doivent s'acquitter les systèmes de santé: administration générale, financement de la santé, production de ressources humaines et matérielles et prestation de services de santé. Aucun système de santé au monde n'est identique à un autre. Cependant, la fonction primordiale de tout système de santé plus que l'efficacité est de garantir un accès équitable aux soins à l'ensemble de la population. Cette recherche de l'équité fait intervenir trois dimensions:

- La disponibilité des soins qui renvoie à l'accessibilité physique et géographique. Elle inclut la compatibilité des services offerts avec les besoins exprimés par la population, la permanence des soins, les facilités d'accès...
- L'abordabilité des soins qui suppose les coûts des soins supportables par la population en absence de tout dispositif assurantiel individuel ou collectif;
- L'acceptabilité qui concerne l'accessibilité culturelle. Les praticiens tout comme les patients doivent être dans de bonnes dispositions pour nouer un dialogue constructif.

Ces trois aspects sont intimement liés de sorte qu'une défaillance sur l'un aura des répercussions sur l'ensemble du système [48].

2.2.2. Approches et stratégies pour un système de santé financièrement accessible et durable en Afrique

Vital dans son étude sur « la promotion de la santé et les itinéraires thérapeutiques » trouve que le choix d'un recours thérapeutique est déterminé par divers facteurs dont les plus importants sont: le modèle explicatif de la maladie, sa gravité, l'accessibilité financière et le rôle joué par l'entourage dans la gestion de la maladie [49]. Les recours aux soins sont donc complexes et dépendent de multiples facteurs de localisation, sociaux, économiques ou culturels qui déterminent pour chaque individu un cadre d'actions plus ou moins restreint dans la volonté de se faire soigner ou d'être soigné. L'Etat reste le garant de la qualité de la santé de la population. Il doit prendre les mesures nécessaires pour lever les obstacles à un système de santé efficace et durable. Certains aspects importants sont à considérer pour rendre un système de santé performant.

a. La gouvernance du système

Un système de santé ne peut être réellement performant que s'il existe une gouvernance crédible. Qu'il soit national ou organisé autour d'une caisse maladie, seule la mise en place d'outils de contrôles rigoureux permettra d'assurer une bonne gouvernance

avec pour corollaire la satisfaction des besoins en santé de la population. Les retombées sont énormes pour la société entière car il ne saurait y avoir de développement sans une bonne santé. La santé entraînant à long terme la croissance économique et une réduction de la pauvreté [50].

b. Partenariat entre les différents acteurs du système

Le système de santé est un ensemble complexe où interviennent différents acteurs du secteur public et privé. Dans les pays en développement, les principales causes de mortalité générale sont les maladies parasitaires, les diarrhées graves, les affections des voies respiratoires et la malnutrition. Ces maladies sont liées aux facteurs du milieu dont la prise en compte peut favoriser une réduction des événements à risques par une stratégie de prévention efficace. Or, les déterminants de la santé humaine et leurs interactions dans les écosystèmes donnés ne sont pas très souvent bien connus par les populations concernées. Cette situation a de fortes conséquences sur leur comportement, aussi bien au niveau des choix thérapeutiques que de l'impact possible des mesures de prévention. C'est dire que les communautés doivent être impliquées dans le système de santé pour avoir des comportements responsables. C'est pourquoi la compréhension des déterminants de la maladie doit être transdisciplinaire, participative et assimilée par les populations et les agents de santé communautaires. L'action sanitaire étant dépendante de l'instauration d'un dialogue avec tous les acteurs, une meilleure compréhension des déterminants des problèmes de santé par les communautés et les autres acteurs concernés permettrait une meilleure implication de tous.

Par ailleurs, la médecine moderne pratiquée dans les pays africains calqué sur le modèle occidental, bien qu'elle ait permis de résoudre bon nombre de pandémies n'est pas la seule voie de recours. Les populations sont restées attachées aux pratiques traditionnelles uniques médications qui existaient avant l'arrivée du colonisateur. L'accès équitable aux soins ne peut se faire que si l'on s'intéresse aux données socioculturelles des populations auxquelles on s'adresse. Il serait donc difficile qu'une politique sanitaire qui occulte le travail des dépositaires du savoir de la médecine traditionnelle soit efficace. L'intérêt du malade réside dans la franche collaboration entre l'ensemble de ces acteurs. C'est dans cette logique que le Tropical Institute of Community Health and Development (TICH) a proposé un modèle de partenariat qui va au delà de la simple collaboration [figure 2].

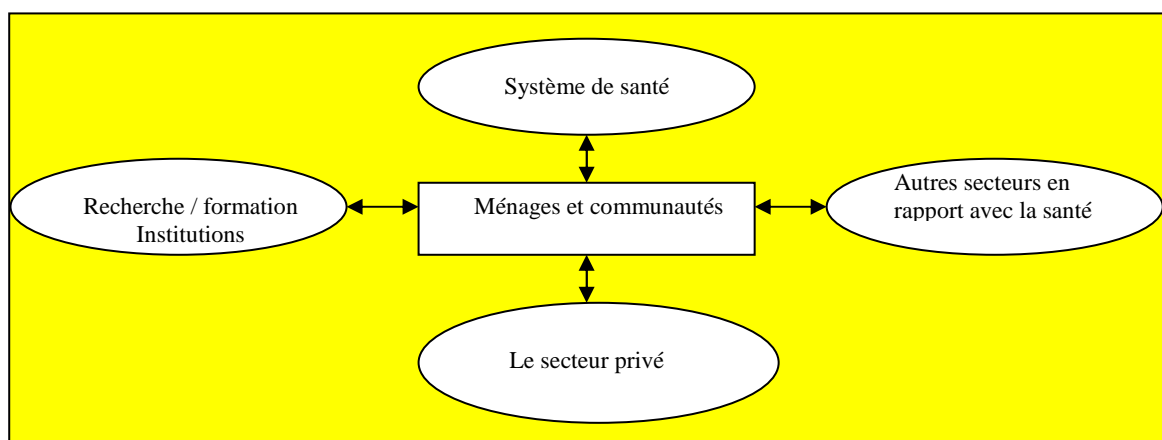


Figure 2: Modèle de partenariat entre différents acteurs du système de santé [51]

Ce modèle expérimenté au Kenya depuis 1998, apparaît comme un exemple de coopération entre différents acteurs pour un système de santé efficace [52].

c. Un système d'information efficace pour une planification rationnelle

La définition d'une politique cohérente de santé suppose l'existence d'un système d'information fiable qui soit à mesure de renseigner efficacement sur le contexte d'intervention. Une information crédible permet la réduction de l'inefficacité du système et une amélioration des résultats [53]. Actuellement en Afrique, les systèmes d'information de la plupart des pays présentent des défaillances [54]. Les données sur les indicateurs essentiels ne sont pas toujours disponibles, ce qui rend difficile la planification d'actions efficaces [55].

d. L'enjeu des ressources humaines

Sans personnels de santé compétents, il ne peut y avoir de système de santé viable. La formation de médecins et autres spécialistes de la santé est coûteuse. De ce fait, on assiste à une insuffisance des personnels dans de nombreux pays. La formation doit non seulement fournir un personnel qualifié en nombre suffisant, mais aussi être axée sur les problèmes rencontrés localement. Le personnel devra être formé sur les enjeux environnementaux de la santé et être à l'écoute de la population [56]. L'éducation pour la santé et la promotion devront avoir une place de choix dans les programmes de formation.

e. Le financement

Le financement de la santé est une dimension clé de toute politique de santé. Dans de nombreux pays africains, la part des budgets alloués à la santé ne cessent de diminuer alors que les besoins augmentent dans un contexte de pauvreté grandissante. Le coût des soins constituent une barrière, privant de nombreuses personnes de soins de santé [57]. Le modèle de sécurité sociale existant dans certains pays européens ne serait pas viable en Afrique vu le niveau de pauvreté. Cependant, une plus grande implication des Etats est nécessaire pour le financement de la santé. Il devra améliorer l'équipement en infrastructures sanitaires en rapprochant les structures de santé des populations, favoriser la formation du personnel, créer les conditions d'une bonne complémentarité entre le secteur privé et le secteur public. La contribution financière des usagers est nécessaire. Mais elle doit être raisonnable et convenable. Une mutualisation des ressources financières pourrait rendre plus efficace la solidarité familiale. L'aide au développement devrait venir en appoint pour améliorer l'équipement sanitaire et le renforcement des capacités. Les stratégies de soins devront mettre l'accent sur la prévention et non les soins curatifs coûteux.

Comment se présente la situation de la Côte d'Ivoire en termes d'accessibilité aux soins bucco-dentaires ?

2.2.3. L'accessibilité aux soins bucco-dentaire en Côte d'Ivoire

De nombreuses études bien que parcellaires ont abordé cette question. Ainsi en 1997, une étude a été consacrée au thème : « Accessibilité aux soins en odonto-stomatologie et perspectives en Côte d'Ivoire » [58]. Elle a souligné les difficultés d'accès de la population ivoirienne aux soins bucco-dentaires. Les problèmes rencontrés étaient: une faible couverture du territoire national en personnel soignant, l'insuffisance des infrastructures sanitaires, un faible pouvoir d'achat des populations qui ne parvenaient pas à faire face aux dépenses de santé suite à la dévaluation du franc CFA intervenue en 1994. Par ailleurs, l'étude effectuée en 1997 à Ouragahio dans le centre-ouest de la Côte d'Ivoire, a montré que 86 % des

personnes enquêtées avaient besoin de prothèses dentaires [59]. Les deux principales causes de l'absence des soins prothétiques étaient: le problème financier et le manque d'information. Il ressort de ces travaux que le coût des soins bucco-dentaires constituait un obstacle pour l'accès aux soins. Face à cette situation, les compagnies d'assurance ont été présentées comme une alternative. Cependant, l'étude menée en 1999 a montré que malgré le souci d'équité qu'avaient les compagnies d'assurance, elles ne profitaient en majorité qu'aux personnes appartenant aux catégories socio-professionnelles moyenne ou élevée [60]. De plus, les dépenses en soins bucco-dentaires ne représentaient que 4,7 % des dépenses totales de santé. Une étude similaire effectuée en 2000 cette fois-ci à travers la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEFCI), a également souligné la faiblesse des dépenses en soins bucco-dentaires. Elles ne représentaient que 3 % des dépenses totales de remboursement [61]. Les difficultés financières éprouvées par la population ont été confirmées par d'autres études. A Abidjan, l'étude sur les consommations en soins bucco-dentaires en Côte d'Ivoire en 2002, a montré qu'il se posait un problème d'accessibilité financière pour les couches défavorisées. En effet, 87,4 % des enquêtés ont avancé comme obstacle majeur le problème financier [62]. Cependant, d'autres facteurs notamment celui culturel représentait un frein à l'accès aux soins. C'est ainsi qu'une étude effectuée en 2003 à Abidjan s'est intéressée à l'itinéraire thérapeutique de la population. Il en est ressorti que la population ne consultait majoritairement le chirurgien-dentiste qu'en deuxième (52 %) et troisième intention (76,3 %), tandis que l'automédication moderne était le principal recours en première intention (51,7 %) [63]. Cette problématique était au centre d'une autre étude effectuée dans le département de Dabou. Ainsi, près de 23 % des enquêtés avaient eu recours au tradipraticien contre 24 % pour le chirurgien-dentiste en première intention [64]. La pluralité des soins a été soulignée avec une présence marquée des soins traditionnels en milieu rural. L'étude effectuée en 2005 dans les structures publiques de soins bucco-dentaires, a montré que ces dernières étaient très peu fréquentées et l'obstacle financier à une fois de plus été évoqué [65].

Face aux difficultés de financement des soins modernes et aux réalités socio-culturelles, la médecine traditionnelle apparaît souvent comme une solution de rechange en Afrique. Ainsi, l'étude effectuée en 2001 dans le département de Béoumi sur l'odontostomatologie traditionnelle, a montré que les tradipraticiens possédaient des remèdes contre plusieurs affections bucco-dentaires. Leurs rémunérations qui se font en nature ou en espèce étaient accessibles pour la population [66]. Cependant, cette pratique souffrait d'un problème de rationalisation, de diagnostic et d'établissement des posologies.

Ces différentes études ont souligné les difficultés d'accès aux soins de santé de la population. Pour y remédier, quelle politique de santé bucco-dentaire est mise en œuvre en Côte d'Ivoire pour améliorer la santé des populations ? Pour apporter un début de réponse à cette préoccupation, faisons connaissance avec le système de santé Ivoirien.

III. LE SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

Un système de santé désigne toutes les activités officiels ou non qui portent sur les services de santé mis à la disposition d'une population donnée, et sur l'utilisation des services par les populations. Chaque pays conçoit son système de santé selon une politique qui renferme des objectifs, des stratégies et des programmes prioritaires. Avant d'aborder l'organisation de la santé proprement dite, il est important de situer le contexte d'intervention.

3.1. PRESENTATION DE LA CÔTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire est située en Afrique de l'Ouest, dans la zone intertropicale au bord du Golf de Guinée. Sa superficie est de 322 462 km². Le pays est bordé: au sud, par le golf de Guinée, à l'est par le Ghana, à l'ouest par le Liberia et la Guinée, au nord par le Mali et le Burkina-Faso [figure 3]. Le pays présente un relief monotone très peu accidenté caractérisé par: des plaines au Sud ; des plateaux prolongeant les plaines vers le Nord et des massifs montagneux localisés essentiellement dans l'Ouest. Il bénéficie d'apports en eau considérable sur l'ensemble du territoire, notamment à partir de quatre principaux fleuves de direction Nord-Sud que sont le Cavally, le Sassandra, le Bandama et la Comoé.



Figure 3: Carte de la Côte d'Ivoire

Source: www.diplomatie.gouv.fr/fr/IMG/gif/cote_ivoire.gif (consulté le 05/10/2010)

Trois types de climats sont rencontrés en Côte d'Ivoire: le climat tropical sec ou climat soudanais au nord, le climat tropical humide au centre, le climat de type subéquatorial, tout au long de la région côtière. A ces trois zones climatiques correspondent également trois zones de végétation: au nord la savane herbeuse, au centre la savane arborée et au sud la forêt dense.

Sur le plan administratif, la Côte d'Ivoire est divisé en 19 régions économiques, 2 districts, 80 départements, 389 sous-préfectures, 197 communes et plus de 8500 villages. La capitale économique et administrative est Abidjan, Yamoussoukro étant la capitale politique.

Le peuplement de la Côte d'Ivoire s'est surtout effectué entre le XII^{ème} et le XIX^{ème} siècle. L'installation des populations actuelles s'est faite par vagues successives suite à l'éclatement des empires voisins. La première vague est celle des Mandés qui partis de l'empire du Mali à la suite de son éclatement, vont s'installer dans le nord, d'Odienné à Kong

repoussant les Sénoufos vers le Sud. Ils se repandront jusqu'au Bandama et créeront plusieurs royaumes dont ceux du Worodougou, du Nafara et l'empire de Kong en 1705. La deuxième vague de peuplement remonte au XVIII^{ème} siècle, suite aux crises politiques et aux guerres de conquête entre les empires du Ghana, du Mali et du Songhaï. Ces différentes vagues de migrations successives et convergentes, vont mettre en présence au XIX^{ème} siècle, environ 70 ethnies sur le territoire national. Ces ethnies peuvent être regroupées en quatre grandes aires ethno-culturelles: Mandé, Krou, Gur ou Voltaïque et Akan.

Après plusieurs phases d'évolution de la conquête du territoire par les français, la Côte d'Ivoire devint en 1946 un territoire d'Outre-Mer au sein de l'Union Française. En 1958, elle devint une république au sein de l'Union Française. Le 7 Août 1960, la Côte d'Ivoire acquiert son indépendance.

La population de la Côte d'Ivoire était estimée en 2006 à 20 581 770 habitants d'après les projections de l'Institut National de la Statistique (INS). Le taux de croissance annuel était estimé à 2,8. C'est une population relativement jeune (43 % à moins de 15 ans) avec 49 % femmes et 52 % vivant en zone rurale [67]. La crise militaro-politique survenue le 19 décembre 2002 a entraîné une partition du pays en deux zones: le Sud sous contrôle gouvernemental et les zones Centre Nord et Ouest (CNO) sous contrôle des Forces Nouvelles (FN). Les accords de Ouagadougou ont permis la mise en place d'un gouvernement de transition le 7 avril 2007 avec pour mission de préparer la sortie de crise par la tenue d'élections libres et transparentes sous l'égide de la communauté internationale.

Le rapport 2006 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) plaçait la Côte d'Ivoire au rang de 164^{ème} pays sur 177, avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 41,5 %. La proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1 dollar US par jour) est estimée à 44 % [67].

Sur le plan sanitaire, l'épidémiologie est dominée par les maladies infectieuses et parasitaires. On note par ailleurs l'émergence des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des maladies bucco-dentaires, des accidents de travail et de la circulation routière, de la consommation abusive de l'alcool et des drogues. La mortalité a connue une augmentation ces dernières années, surtout la mortalité maternelle. Le taux brut de mortalité est passé de 12,3 ‰ en 1988 à 14 ‰ en 2006 [68]. L'on note également une augmentation des maladies mentales depuis le début de la crise socio-politique de 2002. Les informations disponibles montrent que la situation épidémiologique est caractérisée par la survenance d'épidémie de choléra, de rougeole et de méningite cérébro-spinale, par la persistance du paludisme, de la tuberculose du SIDA, de la dracunculose et l'ulcère de Bureli. Les maladies non transmissibles constituent également un motif de préoccupation du fait de l'existence de facteurs de risque non maîtrisés. En outre, la santé de la mère et de l'enfant demeure un problème majeur.

3.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

Le système de santé ivoirien s'est constitué et développé progressivement à partir du dispositif sanitaire hérité de la période coloniale. Malgré quelques avancées enregistrées dans le domaine de la prévention, de la lutte contre la maladie, le système de santé est confronté à des difficultés liées à une conjonction de facteurs internes et externes. Ces facteurs constituent pour certaines d'entre eux, de véritables défis aussi bien pour le gouvernement, les prestataires que les bénéficiaires du système de santé. L'organisation du système de santé comprend l'offre publique de soins, l'offre privée, et l'administration sanitaire.

3.2.1. La politique de santé

La Côte d'Ivoire aspire à mettre en œuvre un système de santé responsable « équitable et efficace » dans lequel tous les ivoiriens auront accès à des soins de qualité sur tout le territoire national. La politique sanitaire est définie à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le dernier plan trace les grandes orientations pour la période 2009-2013. L'objectif général du PNDS 2009-2013 est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations dans un contexte de post-conflit. De manière spécifique, il s'agira:

- d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système sanitaire;
- d'améliorer l'offre et la qualité des prestations des services de santé;
- de promouvoir des comportements individuels et collectifs favorables à la santé.

3.2.2. Le secteur sanitaire public

L'Etat assure à lui seul l'offre publique de soins à travers les structures sanitaires gérées par le Ministère de la Santé Publique. Le décret n° 96-876 du 25 octobre 1996 précise la classification, la définition et l'organisation des établissements sanitaires publics. Cette classification selon le niveau d'intervention des établissements sanitaires se présente comme suit :

- | | |
|--|--|
| - Centre de Santé Rural (CSR) | - Centre Hospitalier Régional (CHR) |
| - Centre de Santé Urbain (CSU) | - Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) |
| - Centre de Santé Urbain Spécialisé (CSUS) | - Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) |
| - Formation Sanitaire Urbaine (FSU) | - Institut National Spécialisé (INS) |

L'offre de soins se subdivise en trois niveaux d'intervention réalisant la pyramide sanitaire [figure 4].

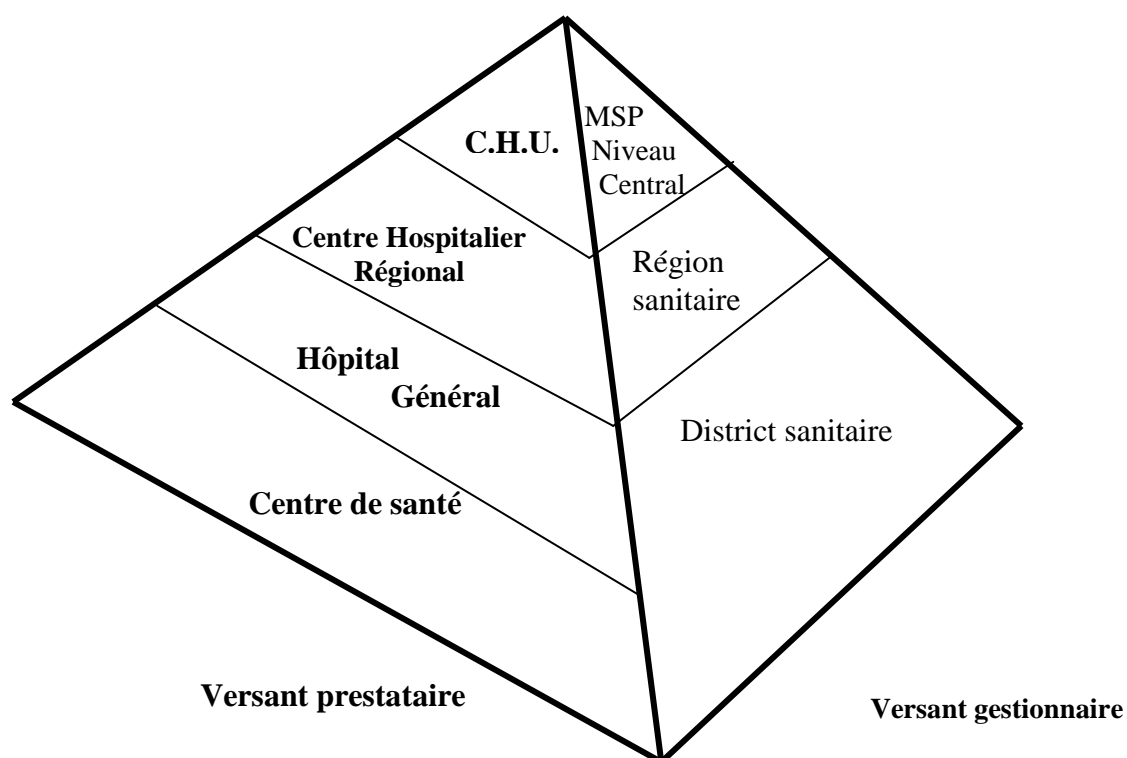


Figure 4: Schéma de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire [69]

- Le niveau primaire: représenté par les Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), les dispensaires, les maternités, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Formations Sanitaires Urbaines (FSU).
- Le niveau secondaire: représenté par les Hôpitaux Généraux et les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- Le niveau tertiaire: représenté par les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et les structures spécialisées.

L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du cabinet du MSHP, des services et des directions rattachés et des directions générales et centrales. Ils ont une mission de définition, d'appui et de coordination globale de la santé. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 83 Directions Départementales (DD) ou Districts Sanitaires (DS) en 2008. Ils ont pour mission de coordonner l'activité dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

3.2.3. Le secteur sanitaire privé à but lucratif et non lucratif

Le secteur sanitaire privé s'est développé progressivement ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories. Cependant, ce secteur s'est développé de façon anarchique parfois sans autorisation préalable. Par ailleurs, on note une faible collaboration entre le secteur privé et le secteur public et une insuffisance de la réglementation de ce secteur. Le secteur privé confessionnel, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire. Mais l'absence d'une politique de contractualisation et l'insuffisance organisationnelle des ONG constituent une entrave à l'expansion du secteur associatif.

3.3. LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DANS LE SYSTEME DE SANTE IVOIRIEN

3.3.1. Politique de santé bucco-dentaire

La politique de santé bucco-dentaire comme celle des autres disciplines médicales est définie à travers le PNDS. Depuis la mi-décembre 2001, après une présence discrète dans les différents plans sanitaires, la santé bucco-dentaire est apparue sous la forme d'un programme national de santé bucco-dentaire au sein du PNDS. Le nouveau PNDS (2009-2013) a fixé comme objectif l'amélioration de la santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population, en particulier celle des enfants et des adolescents [68]. Les activités consisteront à mettre en place une politique de prévention fluorée avec la promotion des suppléments fluorés, la supplémentation en fluorures des eaux de boisson dans les écoles primaires et la promotion des bonnes pratiques de santé bucco-dentaire auprès des communautés. Il y a lieu de réhabiliter et de renforcer la capacité de soins de certains cabinets dentaires. Des activités de recherche opérationnelle en collaboration avec l'UFR d'Odontostomatologie viendront en soutien de la prise en charge et de la prévention. Une banque de données sur les pathologies du complexe maxillo-facial pourra être développée.

La mise en œuvre de cette politique est sous la responsabilité de la Direction de la Coordination du Programme National de Santé Bucco-Dentaire qui est une structure du ministère de la santé et de l'hygiène publique.

3.3.2. L'offre de soins

a. Les soins modernes

En Côte d'Ivoire, nul ne peut exercer la profession de chirurgien-dentiste, ni se prévaloir du titre de chirurgien-dentiste s'il n'est régulièrement inscrit au tableau de l'ordre national de l'ordre des Chirurgiens-dentistes [70]. La Direction des Établissements et des Professions Sanitaires (DEPS) du Ministère de la Santé, donne les agréments d'installations aux cabinets dentaires et veille à la réglementation et à la qualité des prestations dans les établissements privés et publics. L'offre de soins modernes de santé bucco-dentaire est assurée essentiellement par deux secteurs: le secteur public et le secteur privé (lucratif et/ou confessionnel à caractère social).

En 2007, l'effectif total des chirurgiens-dentistes était de 410, dont 285 dans le public et 125 dans le privé [68].

b. Les soins traditionnels

Le regard que portent les populations sur une pathologie, ses manifestations et ses facteurs d'explication varient d'une culture à une autre. Le raisonnement de la médecine occidentale ne représente pas l'unique référence pour les populations africaines en matière de santé [45]. En Afrique, l'être humain est conçu comme un ensemble d'éléments ou de principes distincts mais étroitement liés et dépendants les uns des autres. Il existe à travers plusieurs dimensions: il est individu, être humain en tant que relation avec les autres (famille, entourage social), être humain en tant que relation avec l'au-delà, les ancêtres...Ce qui fait l'individu, c'est sa place dans sa lignée, sa famille, le groupe social auquel il appartient, mais aussi tout ce qui est de l'ordre religieux. Toutes ces dimensions étant matérialisées dans le corps qui lorsqu'il est affecté par la maladie, les causes en plus d'être physiologiques peuvent être liées aux autres dimensions humaines (relation avec les ancêtres, l'au-delà, la famille, l'entourage) [72]. Cette conception de la maladie va influencer la prise en charge et l'itinéraire thérapeutique [73].

Ainsi, malgré un effort considérable de développement du système sanitaire et social ivoirien, 70 % de la population a encore recours en première intention à la médecine et à la pharmacopée traditionnelles. Plus de la moitié de cette population se soigne grâce aux tradithérapeutes et aux médicaments traditionnels tirés des 5.000 espèces végétales recensées, et parmi lesquelles on distingue 304 espèces hautement pharmaceutiques [74]. C'est pourquoi la volonté politique exprimée au plus haut niveau de l'Etat de promouvoir cette médecine traditionnelle s'est concrétisée par la création du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). Ce programme devenu opérationnel est chargé de coordonner toutes les activités liées à la médecine traditionnelle [75].

Selon l'OMS, la médecine traditionnelle dont fait partie intégrante l'odontologie traditionnelle se définit comme «l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social. Elle se fonde exclusivement sur les expériences vécues ou non, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, en tenant compte du concept originel de la nature qui, en Afrique, inclus tout à la fois le monde matériel, l'environnement sociologique, vivant ou mort, ainsi que les forces métaphysiques de l'univers » [76].

Quant au guérisseur traditionnel ou tradipraticien, c'est une personne reconnue compétente par la communauté, pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des

substances appartenant au règne végétal, animal ou minéral et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, les comportements et les croyances liés aux bien-être physique, mental, social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies et des invalidités prévalant dans la collectivité [77].

L'OMS s'est clairement prononcée en faveur de l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé des pays en voie de développement. Cet engagement s'est matérialisé par l'élaboration d'une stratégie pour la médecine traditionnelle sur la période 2002-2005 [78]. S'agissant de l'odontologie traditionnelle, sa pratique est effective en Côte d'Ivoire. L'étude effectuée en 2003 à Abidjan, a montré que 20 % de la population avaient recours aux remèdes traditionnels en première intention, quand plus de la moitié des personnes interrogées avaient recours à l'automédication [63]. Dans le département de Dabou en 2005, ce sont près de 23 % des enquêtés qui consultaient le tradipraticien contre 24% pour le chirurgien-dentiste [64].

Cette réalité n'est pas singulière à la Côte d'Ivoire. Une étude effectuée sur l'utilisation des services de santé bucco-dentaire à Ouagadougou en 2005, a montré que près de la moitié des enquêtés pratiquait l'automédication avec une parité entre les formes traditionnelle et moderne [1]. Au Nigeria, l'on a observé au cours d'une enquête que seulement 9 % des ménages avaient consulté un chirurgien dentiste [79]. Ces études montrent une faible utilisation des services de soins dentaires modernes et un secteur traditionnel encore présent. Cependant, les déterminants qui influencent les recours aux soins sont très peu connus et l'itinéraire thérapeutique est parfois complexe.

α. Pratiques et savoirs en odontologie traditionnelle

Les domaines d'application des savoirs traditionnels en odontologie, sont nombreux. L'étude effectuée en 2001 dans la commune de Béoumi dans le centre de la Côte d'Ivoire en donne une illustration [66].

La douleur constitue le principal motif de consultation des patients en odontostomatologie d'une manière générale [80, 81]. Pour les tradipraticiens, cette douleur serait causée par des «bêtes» qui rongent les tissus calcifiés de la dent. La thérapeutique consiste donc à tuer ces bêtes par des remèdes. Les méthodes utilisées peuvent varier selon le cas en présence ou les tradipraticiens. Il s'agit de bourrage de la cavité carieuse, d'une alvéole dentaire ou une application sur le pourtour d'une dent par une préparation poudreuse ou pâteuse. Cette méthode est utilisée en cas d'odontalgie ou d'une avulsion dentaire. Le traitement de la douleur peut se faire par gargarisme d'une décoction ou d'une infusion, ou par le bain de vapeur provenant d'une décoction chaude. Une autre méthode consiste en l'application cutanée des remèdes (cataplasmes) dans le cas des oedèmes faciaux. Le remède est appliqué au niveau de la malléole ou de la cheville du pied correspondant à l'hémi arcade comportant la dent douloureuse.

Pour les soins anticariogènes, la notion de bêtes intervient également. Le remède est introduit dans la cavité pour tuer les bêtes et arrêter l'évolution de la carie.

S'agissant des extractions dentaires, elles peuvent être immédiates pour les dents mobiles. Dans ce cas après une médication antalgique, le tradipaticien tient la dent entre le pouce et l'index et grâce à des mouvements de version et de traction il procède à son avulsion. Les extractions sont différées lorsque la dent n'est pas mobile. Un remède est introduit dans la cavité carieuse et la chute de la dent a lieu ultérieurement. Après toute extraction, l'alvéole dentaire est comblée d'un médicament qui arrêterait l'hémorragie.

Le traitement des infections vise à traiter un abcès, une cellulite, une gingivite ou une inflammation de la muqueuse buccale. Le remède est utilisé en application cutanée pour les inflammations extra buccales et en bain de bouche pour les inflammations intra buccales.

Les soins cicatrisants et hémostatiques visent à cicatriser une plaie buccale et à arrêter un saignement d'origine buccale. Le médicament est utilisé en bain de bouche ou inhalé sous forme de vapeur.

Les soins contre l'halitose consistent généralement en l'utilisation de bâtonnets frotte dents ou d'écorces à mâchonner. Ces éléments interviennent également dans l'hygiène bucco-dentaire.

D'autres pratiques traumatisantes quoi que de moins en moins répandues en Côte d'Ivoire sont à relever :

- le tatouage gingival et labial, qui s'observe plus fréquemment chez la femme. Les motivations invoquées sont d'ordres esthétiques et thérapeutiques (limiter les gingivorragies, les démangeaisons, la fétidité de l'haleine). Il est réalisé à l'aide d'une aiguille et le noir de fumée.

- le limage des dents est une pratique qui a pour but de modifier la forme des dents du bloc incisif maxillaire ou mandibulaire. En général, un biseautage du tiers incisif est réalisé pour donner une forme en pointe aux incisives.

- la prothèse fixée est plus le fait des artisans que des tradipraticiens. A l'origine les dents en or étaient l'attribut des pèlerins revenant de la Mecque. De nos jours le port de telles prothèses est essentiellement esthétique.

Il est à noter que les remèdes bucco-dentaires traditionnels sont généralement à base de végétaux avec des adjuvants d'origine minérale ou animale. Il s'agit : du sel, du beurre de karité, de la salive, du tabac, du citron, du gingembre, du kaolin, de l'urine et des excréments humains.

Concernant les coûts des soins traditionnels, ils varient en fonction de l'acte du tradipraticien. La rémunération est soit en nature, en espèce ou les deux à la fois. En nature, il s'agit de boissons alcoolisées, d'animaux (généralement le poulet), d'œufs, de colas et de cauris. En espèces, les honoraires vont du franc symbolique à 1200 Fcfa (1.83€). Les tarifs du type 5 Fcfa (0.01€), 105 Fcfa (0.16€), 205 Fcfa (0.31€) sont très souvent appliqués. Dans ces cas, il intervient une composante spirituelle où les esprits ne réclament qu'une part symbolique d'où les 5 Fcfa (0.01€) ajoutés à la part du praticien. La particularité est que l'honoraire est très souvent versé après la guérison. Dans biens des cas l'honoraire est laissé à l'appréciation du malade. Les médicaments traditionnels eux, sont généralement vendus par le tradipraticien lui-même et la vente obéit à la même logique que celle de la rémunération de l'acte. Les plantes médicinales peuvent être vendues par d'autres personnes qui en font une activité entière.

β. Valorisation scientifique des plantes médicinales

Avant toute valorisation scientifique, les plantes doivent être recensées dans un premier temps. Plusieurs travaux se sont consacrés à la question jusqu'à ce jour.

Ainsi, les travaux d'Aké ont permis d'inventorier de nombreuses plantes dotées d'une efficacité contre les pathologies bucco-dentaires. Il s'agit au total de 36 plantes parmi lesquelles on peut citer: *Carica papaya*, *Fagara macrophylla*, *Fagara zanthoxyloïde* et *Prosopis africana* [82]. Ensuite en 1994, il a été recensé à travers la Côte d'Ivoire plusieurs remèdes traditionnels. Ces plantes sont utilisées surtout pour faire face à la douleur [83]. Puis dans la commune de Béoumi, 21 remèdes tirés des ressources végétales ont été recensés auprès des tradipraticiens. Ces remèdes sont utilisés contre la douleur dentaire, les infections dentaires, les hémorragies, les ulcérations buccales et la mauvaise haleine [66.]. En 2003, une étude menée dans différentes régions de la Côte d'Ivoire a répertorié une quarantaine de plantes ayant des vertus thérapeutiques en odonto-stomatologie [84].

Les plantes recensées font l'objet d'une valorisation à travers des études expérimentales et cliniques au sein du laboratoire de Santé Publique et Plantes Médicinales de l'UFR d'odonto-stomatologie d'Abidjan avec le concours d'autres partenaires scientifiques.

Ainsi en 1998, Kouakou a étudié l'action antalgique de deux plantes utilisées dans le traitement de la douleur en milieu traditionnel. Il s'agit du palmier ou *Elaeis guineensis* et du citronnier ou *Citrus aurantifolia*. Selon cette étude, l'activité antalgique de ses substances est supérieure à celle du paracétamol [85]. Une autre plante du patrimoine floristique ivoirien a fait l'objet d'investigation, il s'agit de *Parkia biglobosa*. En 1999, l'étude réalisée par Kouadio a porté sur cette plante. Il en ressort que *Parkia biglobosa* utilisé traditionnellement contre les douleurs d'origine dentaire pourrait effectivement avoir des effets antalgiques et anti-inflammatoires au niveau périphérique [86]. Il a été également initié un projet de recherche intitulé « le fluor et le fer source végétale dans la prévention et les affections bucco-dentaires ». C'est ainsi qu'en 1999, il a été évalué la teneur en fer et en fluor de cinq substances végétales utilisées pour les soins bucco-dentaires en milieu traditionnel: *Alchornea cordifolia*, *Citrus aurantifolia*, *Cnestis ferruginea*, *Elaeis guineensis*, *Paullinia pinnata*. L'étude chimique de ces plantes a montré que la teneur en fer est plus élevée chez *Alchornea cordifolia* que chez les autres espèces végétales. *Elaeis guineensis* et *Alchornea cordifolia* sont plus riches en fluor que les autres plantes [87]. Puis en 2003, une étude s'est intéressée au rôle du fluor contenu dans ces deux substances dans la minéralisation dentaire chez le rongeur. L'étude a consisté à soumettre des rongeurs à différents types de régimes alimentaires (cariogène, normal) associés ou non à l'apport d'extrait végétal fluoré. Les résultats de l'analyse macroscopique des dents de lots de rongeurs soumis aux différents régimes ont montré que le fluor contenu dans ces substances s'incorporait dans l'émail des dents des rongeurs [88]. Toujours au chapitre des études expérimentales, une étude a été également menée sur l'évaluation de l'activité antifongique d'une substance végétale « *Cassia alata* » sur *Candida albicans*. La première étape de cette étude a mis en évidence l'activité antifongique de cette substance sur la croissance in vitro de *Candida albicans* [89]. La deuxième étape consistera à étudier in vivo, l'efficacité et la tolérance des extraits éthanoliques de *Cassia alata* dans le traitement des candidoses buccales.

Ces différents travaux montrent que la recherche sur les plantes médicinales est en cours. Elle devrait aboutir à l'élaboration de phytomédicaments efficaces et accessibles aux populations. Une telle initiative pourrait être salutaire pour les pays en développement qui connaissent une situation économique difficile. C'est pourquoi des projections doivent être faites pour canaliser la dynamique de la recherche en englobant tous les aspects d'une prise en charge rationnelle de la santé des populations. Les tradipraticiens dont la collaboration est nécessaire devraient également être pris en compte et leurs savoirs protégés.

3.3.3. Les difficultés de la santé bucco-dentaire en Côte d'Ivoire

a. Le faible revenu des ménages

La population ivoirienne est à majorité rurale et tire l'essentiel de ses revenus de l'agriculture dont les cours mondiaux sont soumis à une perpétuelle instabilité. La crise socio-politique que connaît le pays depuis le 19 décembre 2002, avec le déplacement massif des populations a entraîné une baisse aussi bien qualitative que quantitative des principaux produits d'exportations, des pertes d'emploi dans le secteur industriel et des transports. L'urbanisation croissante a entraîné une augmentation du nombre de pauvres dans les zones urbaines. La crise a par ailleurs accentué les inégalités sociales avec des populations qui arrivent difficilement à satisfaire leurs besoins de santé [68]. Le pourcentage de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est passé à 48,9 % [67].

b. Le coût des soins

Durant la crise économique des années 80, les services publics de santé ont connu d'énormes difficultés liées aux réductions de crédits. L'initiative de Bamako qui recommande le recouvrement des coûts des soins a mis fin à la gratuité des soins. La tarification des soins dentaires mise en place dans le secteur public dépasse largement le pouvoir d'achat d'une frange importante de la population. Selon le rapport de la conférence de Nairobi sur la santé bucco-dentaire, dans certains pays à faibles revenus, le traitement des caries dentaires chez les enfants dépasse le budget total des soins destinés aux enfants [5]. Ainsi, hormis la région sud qui avait un taux de fréquentation des cabinets dentaires de 21,8 % avec 57,4 % pour la ville d'Abidjan, le reste du pays se situe en deçà de 20 % avec un taux moyen de 10,16 % [90]. Les difficultés rencontrées pour satisfaire leur besoins de santé ont amené les ménages à adopter des comportements alternatifs néfastes comme le recours à l'automédication et aux soins peu fiables.

c. Une faible couverture sociale

Il n'y a pas de système de protection sociale généralisé en Côte d'Ivoire. De ce fait 85 % à 90 % de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale [91]. La couverture du risque maladie existante ne profite qu'à une minorité (fonctionnaires et agents de l'Etat, cadre du secteur privé. La Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MU.GE.F-CI.), principale organisme de couverture du risque maladie, pour une cotisation de 3 % du salaire, offre à ses adhérents et ayant droits (famille de l'adhérent) différentes prestations notamment: les soins et prothèses dentaires couverts à hauteur de 70 % de leur coût; les produits pharmaceutiques figurant sur une liste nominative et limitative de spécialité établie par la mutuelle et prescrits par ordonnance d'un praticien agréé à hauteur de 70 % de leur prix de vente. Cependant, le niveau d'activité de la MUGEFICI en matière de santé bucco-dentaire est faible car la part des soins et prothèses dentaires dans ses dépenses était de 3,2 %. Quand au taux de fréquentation des cabinets dentaires, il était seulement de 2,25 % et les soins bucco-dentaires courants et prothétiques ne représentaient que 1 % de l'ensemble des prises en charge [61].

Cependant vu la complexité de la mise en place d'une protection sociale généralisée, le ministre de la santé publique préconise qu'il soit d'abord instauré l'assurance maladie afin de maîtriser les différents paramètres. Les objectifs de l'assurance maladie seront d'améliorer l'accessibilité géographique et financière de l'offre des soins, de promouvoir le Paquet Minimum d'Activité (PMA.), de renforcer la décentralisation des services de santé et de stimuler le développement du secteur privé.

d. L'insuffisance des infrastructures

Les infrastructures sanitaires sont insuffisantes par rapport aux normes de l'OMS. Lorsqu'elles existent, elles sont non fonctionnelles. Les couches défavorisées, éloignées des centres de soins sont obligées de parcourir de grandes distances pour avoir accès à un cabinet dentaire du fait du faible développement des moyens de transport (29 % de la population vit à plus de 15 Km d'un centre de soins). De ce fait, l'on assiste à « la loi des soins inversés » où les communautés qui ont les besoins les plus importants sont celles qui ont moins de services et de ressources [5]. Cependant, lorsqu'elles parviennent aux centres de soins, les longues files d'attente constituent un facteur de démotivation et de réticence. Le secteur privé contribue à l'accroissement de l'offre de soins mais demeure relativement inaccessible financièrement à un grand nombre de personnes. La crise a contribué à la détérioration de la situation sanitaire par la désorganisation du dispositif sanitaire sur toute l'étendue du territoire et plus particulièrement dans les zones Centre Nord Ouest (CNO).

e. Les difficultés liées à la gestion et à l'organisation des soins

S'agissant de l'offre de services, on observe un dysfonctionnement dans la gestion, l'organisation et le fonctionnement entraînant des résultats médiocres. La faible capacité des structures centrales et décentralisées en charge de la gestion des ressources humaines, concourt dans une certaine mesure à la démotivation du personnel notamment par la faible valorisation des ressources humaines aussi bien en termes de rémunération, de profil de carrière que de renforcement continu de leurs compétences. La vétusté du plateau technique et les pénuries en produits de santé ont pour conséquence une réduction du taux de suivi des soins dentaires (taux de fréquentation des cabinets dentaires 5 % à 20 % du fait de l'insuffisance des ressources humaines et matérielles). Les difficultés économiques que connaissent la plupart des pays africains, font que des secteurs aussi importants que la santé et l'éducation voient leur budget diminué alors que les besoins ne cessent de croître.

f. Les difficultés d'installation des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé

Le coût élevé de l'installation dans le secteur privé est aussi un autre problème. Les prêts bancaires sont pratiquement inaccessibles. L'Etat encourage très peu l'initiative privée. Il n'existe pas de fonds de garantie professionnelle pour faciliter l'installation des jeunes diplômés. A cela, il faut ajouter le coût élevé des taxes, l'Etat ne faisant aucun allègement fiscal.

g. Les difficultés liées au contexte socio-économique et aux croyances

Certaines populations rurales fréquentent très peu les cabinets dentaires à cause de leurs croyances ou de leurs coutumes. En revanche, elles ont recours à la médecine traditionnelle qui semble être plus proche et moins coûteuse. De plus, la crise économique des années 1980-1990 et celle qui a cours depuis le 19 septembre 2002, ont engendré la détérioration des conditions de vie des populations, surtout rurales avec des revenus de plus en plus faibles. Dans un tel contexte, la santé bucco-dentaire constitue rarement une priorité pour les ménages. Face à toutes ces entraves, il serait judicieux de penser à un système sanitaire adapté qui soit à mesure de concilier accessibilité, qualité et disponibilité des soins. Cet objectif ne saurait être atteint sans la définition d'une politique sanitaire capable de prendre en charge les populations et tenant compte des aspects socio-économiques, culturels et religieux.

Des données récentes ont établi que plus des 2/3 de la population ivoirienne utilisent la pharmacopée traditionnelle [75]. C'est dire qu'en plus de l'odonto-stomatologie

conventionnel, subsiste un secteur traditionnel qui, malgré son caractère informel attire toujours une grande partie de population. Cependant, très d'information sont disponibles sur ces pratiques et l'impact de l'odontologie traditionnelle dans la prise charge de la santé bucco-dentaire des populations est très peu perceptible. Cette situation nous a amené à proposer des indicateurs qui seraient à même de fournir les informations nécessaires

IV. LES INDICATEURS ESSENTIELS EN ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE

Les systèmes d'informations en santé sont reconnus comme de précieux outils de planification stratégique et d'aide à la décision [92]. Cependant, ils présentent de nombreuses insuffisances en Afrique dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Les données sur les tendances méthodologiques, le contrôle de la qualité et la présentation des résultats sont rares [18]. Ainsi, l'une des recommandations de la stratégie régionale africaine de santé bucco-dentaire 1999-2008, visait la mise en place d'une base de données durable permettant aux leaders politiques et professionnels de la santé de prendre des décisions fiables [Tableau 2].

Tableau 2: Orientations stratégiques pour l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les systèmes nationaux de gestion de l'information de la santé, région OMS Afrique

Domaines d'interventions prioritaires	Orientations stratégiques			
	Plaidoyer et mobilisation sociale	Renforcement des capacités	Information, Education et Communication	Promotion de la recherche opérationnelle
Intégration efficace de la santé bucco-dentaire dans les systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire <i>Objectifs</i> Rassembler et coordonner la collecte des informations nécessaires à la planification, au suivi et à l'évaluation des activités de santé bucco-dentaire	Promouvoir la collecte des données pour la planification, le suivi et l'évaluation à chaque niveau Promouvoir la cartographie des zones géographiques à fluorose endémique	Développer la capacité à collecter, analyser et interpréter les données à tous les niveaux, en particulier au niveau du district Développer les compétences informatiques le cas échéant	Evaluer et définir les informations du processus de planification Informer tous les agents de santé de la nécessité de collecter et d'utiliser ces données	Déterminer l'ensemble minimum de données Evaluer la pertinence des données collectées

Source: Stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire en Afrique: 1999-2008 [35]

La mise en œuvre de cette stratégie n'est cependant pas effective dans de nombreux pays africains. Les obstacles sont liés à l'insuffisance des ressources, la priorité accordés aux maladies transmissibles, la gestion insuffisante et peu pertinentes des données, et au système de surveillance lui-même qui est très peu alerte [54]. C'est pourquoi, suite aux recommandations et résolutions de l'OMS visant à promouvoir une information de qualité par des données fiables [93, 94], il été initié dans la région, des systèmes d'information via la recommandation de 34 indicateurs en santé bucco-dentaire [40]. Ces derniers ne prennent en compte que partiellement l'odontologie traditionnelle dont l'implication dans la prise en charge de la santé orale des populations est réelle. C'est pour palier cette insuffisance que

nous avons entrepris d'élaborer une liste restreinte d'indicateurs permettant d'évaluer l'impact de l'odontologie traditionnelle dans la prise en charge de la santé des populations, pour une information sanitaire plus globale en Afrique.

4.1. METHODOLOGIE D'ELABORATION DES INDICATEURS

Le travail s'est organisé autour de trois principales sources d'information. Dans un premier temps, les bases de données bibliographiques Pubmed/Medline et le moteur de recherche de l'OMS (www.who.int) ont été consultés. La recherche s'est faite de février 2007 à septembre 2007, sans limitation de date de parution des publications. Les mots clés incluaient: « santé bucco-dentaire », « odontologie traditionnelle », « indicateur ». Ces derniers ont été croisés à l'aide de l'opérateur « AND ». Les publications n'ayant aucun lien avec ces termes ont été exclues.

Ensuite, le rapport final du groupe de travail OMS/Afrique pour la standardisation de l'information en santé orale dans la région africaine [WHO/ROA, 2005] et a été consulté. Le premier document présente un ensemble de 34 indicateurs qui s'organisent autour de trois rubriques à savoir: la surveillance de la santé bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents; la surveillance de la santé bucco-dentaire en population générale; la surveillance des systèmes de soins bucco-dentaires. Les indicateurs ont été élaborés selon le modèle préconisé l'OMS [95]. Ils couvrent tous les domaines d'applications du système de santé bucco-dentaire (déterminants, processus, résultats). Les indicateurs ayant un rapport avec l'odontologie traditionnelle ont été retenus dans la présente étude.

Enfin, le catalogue des indicateurs essentiels en santé bucco-dentaire du projet « European Global Oral Health Indicators Development » (EGOHID) [39] a servi de document d'étude. Une des missions de ce projet était de « procéder à une revue systématique des indicateurs et de définir un processus permettant de définir un ensemble d'indicateurs de référence en matière de santé bucco-dentaire qui aideront les professionnels et services de santé bucco-dentaires publics nationaux à encourager, à améliorer et organiser en Europe la promotion de la santé bucco-dentaire, la qualité des soins et la surveillance des peuples » [39]. Ce catalogue est organisé selon le format des indicateurs en santé recommandés par l'OMS. Le choix des indicateurs dans ce catalogue a été guidé par le souci de répondre aux besoins prioritaires de l'odontologie traditionnelle en termes de bien être des populations, mais aussi du fait de leur caractère pratique, leur utilité et la possibilité de collecte de données. Les indicateurs choisis ont été par la suite adaptés au contexte de l'odontologie traditionnelle.

En ce qui concerne la revue bibliographie, les publications consultées ne s'adressaient pas spécifiquement à l'odontologie traditionnelle. Cependant, les questions qu'elles abordaient ont permis d'avoir une vue plus large sur les pratiques traditionnelles [96-99]. Ainsi, la justification du choix du tradipraticien comme premier recours, l'importance des soins bucco-dentaires dans l'activité des tradipraticiens, l'aspect culturel des soins traditionnels, la collaboration entre tradipraticiens et médecine moderne au sens large ont été pris en compte à l'aide de quatre indicateurs. Ce sont: la justification du choix du tradipraticien comme premier recours; la prévalence des affections bucco-dentaires dans la pratique des tradipraticiens; la collaboration entre tradipraticien et médecine moderne et l'aspect culturel de la médecine moderne.

S'agissant du rapport final du groupe de travail OMS/ Afrique pour la standardisation de l'information en santé orale dans la région africaine, cinq indicateurs étaient à même de rendre compte de l'impact de l'odontologie traditionnelle au niveau de la population. Il s'agit: du contact avec le tradipraticien en première intention; de la prévention en odontologie

traditionnelle; des ressources humaines; de l'accessibilité géographique aux soins traditionnels; de la satisfaction des usagers en rapport avec le coût des soins.

Enfin, les cinq indicateurs tirés du catalogue Egohid concernaient: les motifs de la consultation du tradipraticien; la perception des usagers sur l'efficacité des soins traditionnels; la disponibilité des tradipraticiens; du handicap oral lié aux limitations fonctionnelles chez usagers; de l'incapacité psychologique due à l'apparence des dents ou de la bouche.

4.2. INDICATEURS POUR L'EVALUATION DE L'IMPACT DE L'ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE

Quatorze indicateurs ont été identifiés et rédigés sur le même modèle. Ils comprenaient succinctement: la définition de l'indicateur, la justification de son choix, les méthodes recommandés pour la collecte des données et éventuellement la façon de présenter les résultats selon les recommandations de l'OMS (WHO, 1996). La source de l'indicateur a été également précisée dans un tableau récapitulatif. Ces quatorze indicateurs ciblaient trois chapitres: la surveillance de la santé bucco-dentaire de la population (cinq indicateurs), le système de soins bucco-dentaires (sept indicateurs) et enfin le la qualité de la vie liée à la santé orale (deux indicateurs).

4.2.1. Impact de l'odontologie traditionnelle au niveau de la surveillance de la santé bucco-dentaire de la population.

Indicateur 1: contact avec le tradipraticien en première intention

Cet indicateur indique la proportion des personnes ayant consulté uniquement le tradipraticien en première intention lors du dernier problème bucco-dentaire. Il peut être calculé aussi bien pour les enfants (âgés d'au moins cinq ans) que pour les adultes. Il permet de savoir dans quelle proportion les populations consultent le tradipraticien en premier recours dans un contexte de pluralité de soins. En effet, bien que la prévention soit essentielle, les soins de santé sont nécessaires pour un bien-être optimal. Des consultations régulières à titre préventif permettent de diagnostiquer tôt certaines affections, les prévenir ou les traiter. Les données nécessaires au calcul de l'indicateur seront recueillies au cours d'enquêtes auprès des ménages. Elles peuvent se dérouler à l'échelon national ou à un niveau local. Chez l'enfant, l'information est recueillie auprès d'un parent ou toute autre personne adulte qui en a la capacité. Les résultats seront indiqués en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction des enquêtés et de la localité d'habitation.

Indicateur 2: raisons du choix du tradipraticien lors du dernier problème bucco-dentaire

Cet indicateur s'intéresse aux raisons de la consultation du tradipraticien en première intention en cas d'affection bucco-dentaire par les personnes âgées de cinq ans et plus. Les patients sont très sensibles aux changements en termes d'accès aux services de santé bucco-dentaires et de qualité des soins dispensés. Le choix d'un système de soins par le patient relève souvent de considérations personnelles ou familiales. Il est donc utile de savoir les motivations du choix d'un recours thérapeutique, de connaître les raisons qui motivent le choix d'un tradipraticien plutôt qu'un chirurgien-dentiste. Les données nécessaires au calcul de l'indicateur seront recueillies au cours d'enquêtes auprès des ménages. Chez l'enfant, l'information est recueillie auprès d'un parent ou toute autre personne adulte qui en a la capacité. Ces enquêtes peuvent se dérouler à l'échelon national ou à un niveau local. Les

résultats seront indiqués en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation.

Indicateur 3: motif de la dernière consultation du tradipraticien

Cet indicateur représente la proportion des personnes âgées de cinq ou plus dont le motif de consultation était une douleur, une urgence, un abcès, un «mauvais sort », une visite de routine ou tout autre raison ayant justifiée le recours au tradipraticien. Les motifs pour lesquels une personne s'adresse à une structure de soins ou au personnel de santé influencent le type de soins qu'elle reçoit. Ces données peuvent aider les autorités sanitaires à connaître les affections bucco-dentaires les plus courantes dans une région donnée et les pathologies pour les quelles la population consulte en priorité le tradipraticien. Les données seront recueillies au cours d'enquêtes auprès des ménages à l'aide de questionnaires. Chez l'enfant, l'information est recueillie auprès d'un parent ou toute autre personne adulte susceptible de la fournir. Le mode de recueil des données reste le même. Les résultats seront présentés en fonction de l'âge, le sexe, la catégorie socio-économique et le niveau d'instruction.

Indicateur 4: prévalence des affections bucco-dentaires dans la pratique des tradipraticiens

Cet indicateur cible le nombre moyen des patients venus consulter le tradipraticien pour des problèmes bucco-dentaires au cours des douze derniers mois. Ce nombre est à rapporter à l'ensemble des consultations. Les tradipraticiens s'occupent en général de toutes les pathologies du corps. Il existe rarement de tradipraticiens s'occupant exclusivement des affections bucco-dentaires. Il est donc utile de connaître la place qu'occupent les consultations bucco-dentaires dans leurs activités. Les données seront recueillies directement auprès des tradipraticiens ayant un remède contre les affections bucco-dentaires lors d'enquêtes par interview. Ces données peuvent être également obtenues auprès des responsables de la médecine traditionnelle du ministère de la santé dans les pays où existe une structure pour la collecte de ce type d'information. Lorsque l'information n'est pas disponible, des enquêtes peuvent se dérouler à l'échelon national ou au niveau local. Les résultats seront indiqués en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation des usagers.

Indicateur 5: odontologie traditionnelle et prévention bucco-dentaire

Cet indicateur indique le pourcentage des enquêtés âgés de cinq ans et plus déclarant avoir reçu des conseils sur la prévention des maladies bucco-dentaires lors d'une rencontre avec le tradipraticien sur l'ensemble des usagers interrogés. Les soins de santé primaires sont des soins d'hygiène, de promotion pour la santé et de prévention qui doivent être disponibles pour tous. L'évaluation de telles pratiques au niveau de l'odontologie traditionnelle est nécessaire pour s'assurer de la prise en compte de ce pan important de la santé bucco-dentaire. Cela peut être objectivé par des conseils sur les mesures de prévention des affections bucco-dentaires. Les données peuvent être recueillies auprès de toute personne âgée d'au moins cinq ans ayant consulté un tradipraticien lors d'enquêtes. Chez l'enfant, l'information est recueillie auprès d'un parent ou toute autre personne adulte qui en a la capacité. Ces enquêtes peuvent se dérouler à l'échelon national ou à un niveau local. Les résultats seront indiqués en fonction du sexe, de l'âge, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation.

4.2.2. Impact de l'odontologie traditionnelle sur le système de santé bucco-dentaire

Indicateur 6 : les ressources humaines

Cet indicateur cible le nombre de tradipraticiens ayant des remèdes contre les affections bucco-dentaires dans une localité donnée. Ce nombre sera rapporté à la population d'une zone donnée. La gestion des personnels est un élément clé pour la performance d'un système de santé, en termes de satisfaction des attentes des populations et d'équité dans l'accès aux soins. S'agissant de l'odontologie traditionnelle, la démarche consiste à voir la représentativité des tradipraticiens dans la zone d'étude. L'objectif étant de fournir aux décideurs des informations utiles pour une meilleure organisation des pratiques. Les données seront recueillies au près des responsables de la médecine traditionnelle du ministère de la santé lorsqu'ils existent ou au près des associations de tradipraticiens. Lorsque l'information n'est disponible, il sera procédé à un recensement exhaustif des tradipraticiens dans la localité d'étude.

Indicateur 7 : accessibilité géographique des populations aux soins bucco-dentaires traditionnels

Cet indicateur renseigne sur le temps mit par les usagers pour avoir accès au tradipraticien. En effet, des obstacles financiers, structureaux ou liés au manque de personnels peuvent limiter l'accès aux soins bucco-dentaires. Les tradipraticiens sont présentés comme étant plus accessibles car proches des populations. Dans ce contexte, la surveillance de l'accès aux soins bucco-dentaires en termes de temps de déplacement pour se rendre chez un praticien constitue un indicateur utile pour faire des comparaisons avec d'autres types de recours. Il sera prit comme temps maximum une heure, qui représente le temps moyen nécessaire pour parcourir une distance de 5 km à pieds. En effet, selon les directives du ministère de la santé en Côte d'Ivoire, les centres de santé doivent être situés à moins de 5 km des lieux d'habitations des populations. Les données relatives à cet indicateur seront recueillies lors d'enquêtes auprès des ménages. Les résultats peuvent être distribués en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation.

Indicateur 8: satisfaction des usagers par rapport au coût des soins en odontologie traditionnelle

Cet indicateur identifie la proportion des enquêtés âgés de dix-huit ans et plus, estimant être satisfaits des tarifs pratiqués par les tradipraticiens. Il vise à rendre compte de la perception des usagers sur le coût des soins donnés par les tradipraticiens. Son importance réside dans le fait que les tradipraticiens exerçant en zone urbaine s'organisent pour améliorer leurs prestations sur le plan de la gestion et la qualité du service rendu aux malades. Cela occasionne des frais supplémentaires qui se répercutent sur les honoraires qu'ils perçoivent. Les informations seront recueillies auprès des adolescents et adultes au cours d'enquêtes auprès des ménages. Les résultats seront distribués en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation.

Indicateur 9: perception des usagers sur l'efficacité des soins traditionnels

Cet indicateur cible le pourcentage de personnes âgées de dix-huit ans et plus déclarant être satisfaites des prestations des tradipraticiens. Il s'agit de savoir si les usagers sont globalement satisfaits de l'efficacité des soins dispensés par les tradipraticiens. Leur avis

paraît important dans l'évaluation de la qualité des soins. Sont concernés par l'enquête les adolescents et les adultes. Les données seront recueillies à l'aide d'enquête en ménage. Les résultats seront distribués en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction, de la catégorie socio-économique et de la localité d'habitation.

Indicateur 10 : la disponibilité des tradipraticiens

Cet indicateur indique le pourcentage des personnes âgées dix-huit ans et plus, ayant attendu moins d'une heure pour recevoir des soins chez le tradipraticien. La disponibilité des praticiens est un élément à prendre en compte dans l'accessibilité aux structures de soins. Effet, un personnel difficilement accessible est source de désaffection au niveau des populations. Ce délai d'attente pourra être comparé à celui observé lors d'une consultation chez le chirurgien-dentiste dans la zone d'étude. Sont concernés par l'enquête, toute personne ayant consulté un tradipraticien. Les données seront recueillies au cours d'enquêtes en ménage. Ils seront distribués selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la catégorie socio-professionnelle et la localité d'habitation.

Indicateur 11: collaboration entre tradipraticiens et la médecine moderne

Cet indicateur représente la proportion des tradipraticiens déclarant avoir coopéré avec les chirurgiens-dentistes ou la médecine moderne pour la prise en charge d'une affection bucco-dentaire. Le tradipraticien dans bien des cas est le premier recours des populations. Il est donc utile de savoir s'il existe une collaboration entre ce dernier et le chirurgien-dentiste dans la prise en charge des malades. Une telle approche paraît judicieuse en ce sens que, les tradipraticiens peuvent intervenir dans la prise en charge coordonnée des affections bucco-dentaires. Un système de référence et contre référence ciblant certaines pathologies pour lesquels l'efficacité de l'odontologie traditionnelle est prouvée pourrait être envisagé. Ces informations seront recueillies directement auprès des tradipraticiens lors d'une enquête, à l'aide d'un questionnaire.

Indicateur 12: dimension culturelle de la médecine traditionnelle

Cet indicateur identifie la proportion de personnes âgées dix-huit ans et plus, déclarant approuver l'invocation du surnaturel ou affirmant ne pas être gênées par cette pratique. Dans les contrées africaines, la dimension culturelle de la santé est très forte. Ainsi, la maladie fait intervenir à la fois le corps et l'esprit. C'est pourquoi une guérison complète dans les sociétés traditionnelles nécessite souvent l'invocation du surnaturel. Avec cet indicateur, il s'agit de savoir si les pratiques traditionnelles faisant appel aux forces occultes conviennent aux populations. Il permettra en outre de mesurer l'impact de la dimension culturelle selon l'itinéraire thérapeutique. Les données seront recueillies au près des adolescents et des adultes au cours d'enquêtes auprès des ménages. Les résultats seront distribués selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la catégorie socio-professionnelle et la localité d'habitation.

4.2.3. Qualité de la vie liée à la santé orale

Indicateur 13: Handicap oral lié à des limitations fonctionnelles

Cet indicateur représente la proportion des personnes âgées dix-huit ans et plus, déclarant avoir des difficultés pour s'alimenter à cause d'un problème bucco-dentaire. En effet, la santé orale ne doit plus se traduire uniquement par l'absence d'affections bucco-dentaires. Elle doit se traduire également par le confort de vie des patients, en prenant en

compte les aspects fonctionnels et psychosociaux. Il s'agit ici de rendre compte de cette réalité chez les personnes ayant eu recours au tradipraticien en priorité. Les données seront recueillies lors d'enquêtes par interview auprès des ménages. Les résultats seront présentés en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle, du niveau d'instruction et de la localité d'habitation.

Indicateur 14: Incapacité psychologique due à l'apparence des dents ou de la bouche

Cet indicateur concerne la proportion des personnes âgées de dix-huit ans et plus déclarant avoir ressenti une gêne du fait de l'état de leur cavité buccale ou de leurs dents. La bouche joue un rôle important dans la vie relationnelle et dans les rapports humains. Connaître la perception qu'a la population sur l'apparence physique de cette partie du corps est une donnée importante. Les données seront recueillies lors d'enquêtes par interview auprès des ménages. Les résultats seront présentés en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socio-professionnelle et du niveau d'instruction.

Tableau 3 : Indicateurs essentiels recommandés en odontologie traditionnelle

Catégories indicateurs	Indicateurs	Source	Âges en années
<i>Odontologie traditionnelle et surveillance de la santé bucco-dentaire</i>	Contact avec le tradipraticien en première intention	AFRO	≥ 5
	Justification du choix du tradipraticien comme premier recours	AS	≥ 5
	Motifs de la dernière consultation	EGOHID	≥ 5
	Prévalence des affections bucco-dentaires dans la pratique des tradipraticiens	AS	
	Odontologie traditionnelle et prévention bucco-dentaire	AFRO	≥ 5
<i>Odontologie traditionnelle et système de soins bucco-dentaire</i>	Ressources humaines	AFRO	
	Accès géographique aux soins bucco-dentaires traditionnels	AFRO	≥ 18
	Satisfaction des usagers par rapport le coût des soins en odontologie traditionnelle	AFRO	≥ 18
	Perception des usagers sur l'efficacité des soins en odontologie traditionnels	EGOHID	≥ 18
	Disponibilité des tradipraticiens	EGOHID	≥ 18
	Collaboration entre tradipraticiens et médecine moderne	AS	
	Dimension culturelle de la médecine traditionnelle	AS	≥ 18
<i>Odontologie traditionnelle et qualité de la vie liée à la santé orale</i>	Handicap oral lié à des limitations fonctionnelles	EGOHID	≥ 18
	Incapacité psychologique due à l'apparence des dents ou de la bouche	EGOHID	≥ 18

AFRO: Projet des indicateurs recommandés dans la région africaine [WHO, 2007]

EGOHID: Projet européen des indicateurs essentiels utilisés en santé bucco-dentaire [Bourgeois et al., 2008]

AS: Autre Source (synthèse de la littérature)

4.3. LES INDICATEURS A UTILISER EN DIRECTION DES TRADIPRATICIENS

Ces indicateurs renseignent sur: le nombre de consultations générales et odontologiques, le coût des soins, le type de pathologies pris en charge par les tradipraticiens, la satisfaction des patients sur la qualité des soins, la volonté du tradipraticien à collaborer avec le chirurgien-dentiste. Ce sont au total six indicateurs qui ont été retenus.

Indicateur 1 : les ressources humaines

Cet indicateur renseigne sur la démographie professionnelle des tradipraticiens. La gestion des personnels de santé est un élément clé pour la performance du système sanitaire en termes de satisfaction des attentes des usagers et d'équité dans l'accès aux soins. Pour l'odontologie traditionnelle, il s'agit de connaître la représentativité des tradipraticiens dans une zone donnée sur le plan de la démographie professionnelle. Cette donnée permet d'avoir une idée sur l'offre de soins traditionnels. L'indicateur est obtenu en faisant le rapport entre le nombre de tradipraticiens recensé dans une localité donnée et la population de la dite localité. Le nombre de tradipraticien peut être obtenu auprès des autorités sanitaires ou à la suite d'un recensement au sein de la population.

Indicateur 2: le métier de tradipraticien comme activité principale

Cet indicateur montre l'importance socio-économique de la pratique de la tradithérapie. Il concerne les tradipraticiens déclarant exercer ce métier comme activité principale sur l'ensemble des tradipraticiens. Dans certaines zones urbaines, le métier de tradipraticien est souvent exercé comme un métier à part entière contrairement au milieu rural où cette activité n'est que secondaire. Dans l'optique d'une organisation des tradipraticiens au sein d'une structure professionnelle, il est important de connaître ceux qui vivent uniquement de cette activité. Ceci permet de montrer l'importance socio-économique de la médecine traditionnelle. L'information sera recueillie auprès des autorités sanitaires ou à la suite d'une enquête auprès des tradipraticiens.

Indicateur 3: importance des affections bucco-dentaires

Cet indicateur indique le nombre des patients venu consulter exclusivement pour des problèmes bucco-dentaires sur une période donnée, sur l'ensemble des consultations. Les tradipraticiens sont généralistes qui s'occupent de toutes les pathologies du corps. Il n'y a pas de tradipraticiens s'occupant exclusivement des affections bucco-dentaires. Il s'agit avec cet indicateur de rendre compte de l'importance des affections bucco-dentaires dans le volume de leurs activités. L'information sera recueillie au cours d'une enquête auprès des tradipraticiens.

Indicateur 4: satisfaction en matière de rémunération

Cet indicateur désigne la proportion des tradipraticiens déclarant être satisfaits de leur rémunération. Le facteur coût semble être un élément important pour la continuité des soins. La médecine traditionnelle ne faisant pas encore partie du système de santé officiel en Côte d'Ivoire, les actes ne sont pas codifiés. Les rémunérations perçues par les tradipraticiens peuvent être en nature ou en espèces et sont fixées par eux-mêmes. Il convient donc de savoir leur perception sur ces honoraires. L'information sera recueillie au cours d'une enquête auprès des tradipraticiens.

Indicateur 5: importance des us et coutumes lors des soins

Cet indicateur concerne le pourcentage des tradipraticiens déclarant faire référence aux forces occultes pendant l'exercice de leur activité. En effet les pratiques médicales traditionnelles font souvent références aux pratiques occultes, irrationnelles. Pour certains africains, la maladie est assimilée à une punition divine ou à un mauvais sort qui aurait été lancé par l'intermédiaire des mauvais esprits. De ce fait, l'acte de soins devrait comporter une dimension irrationnelle qui consistera à vaincre cette force du mal pour venir à bout de la maladie. Cette pratique est-elle toujours d'actualité en odontologie traditionnelle? L'information sera recueillie au cours d'une enquête auprès des tradipraticiens.

Indicateur 6 : collaboration entre tradipraticiens et chirurgiens-dentistes

Cet indicateur renseigne sur le pourcentage de tradipraticiens ayant affirmé coopérer avec les chirurgiens-dentistes ou avec la médecine moderne. Les tradipraticiens sont souvent les premiers recours des populations de part leur proximité. De ce fait, ils peuvent jouer un rôle important dans le cadre d'une prise en charge coordonnée des affections bucco-dentaires. Ils pourraient ainsi référer aux à la médecine moderne les cas qu'ils jugeraient au delà de leurs compétences. Il est donc utile de savoir s'il existe une collaboration entre ces derniers et les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des malades. L'information sera recueillie au cours d'une enquête auprès des tradipraticiens.

Tableau 4: Indicateurs pour l'évaluation de l'activité des tradipraticiens

Population concernée	Indicateurs
Les tradipraticiens	Ressources humaines
	Activité principale
	Importance des affections bucco-dentaires
	Satisfaction en matière de rémunération
	Utilisation des pratiques occultes lors des soins
	Collaboration avec le chirurgien-dentiste

DEUXIEME PARTIE

**Comportements en sante orale et
déterminants du recours aux soins dans le
département de Dabou - Côte d'Ivoire**

I. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans la région africaine, la détérioration de la santé bucco-dentaire est étroitement liée à la pauvreté et à la faible croissance économique. Vingt-sept sur les 46 pays de la région font partie des pays les moins avancés (PMA) et 80 % des populations de la région rentrent dans la catégorie des classes socio-économiques faibles [19]. La région connaît un extraordinaire lot de problèmes bucco-dentaires qui peuvent être classés selon leur prévalence, leur gravité ou leur impact social (Tableau 1).

Le système de santé de nombreux pays africains et en particulier celui de la Côte d'Ivoire est en crise. Les services préventifs et curatifs manquent cruellement de ressources et les disparités sont énormes entre zones urbaines et zones rurales. En outre, de nombreux dysfonctionnements sont relevés: le coût élevé des prestations dans les établissements hospitaliers; la forte dépendance de l'extérieur en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels; la défaillance des infrastructures (vétustes et en nombre insuffisant); l'insuffisance des personnels dans les établissements sanitaires; la faiblesse de la couverture médicale; un encadrement sanitaire insuffisant de certaines collectivités; l'enracinement profond et statique des croyances irrationnelles sur l'origine de nombreuses maladies. Au plan géographique, dans bien des cas, les services de santé bucco-dentaire se trouvent exclusivement dans les zones relativement urbanisées, ce qui compromet l'accès aux soins des populations des zones défavorisées.

En Côte d'Ivoire tout comme dans de nombreux pays en développement, la santé bucco-dentaire est lourdement handicapée par l'insuffisance des ressources qui lui sont accordées. La gravité des affections bucco-dentaires n'est toujours pas perçue par les pouvoirs politiques et mêmes certaines couches de la population. Dans ces conditions, qu'elle politique de santé mettre en œuvre? Le choix se portera certainement sur celle qui rend le plus grand service à la population au moindre coût. Cependant, le contexte africain est marqué par une pluralité de soins. Selon l'OMS, 80 % de la population africaine à recours à la médecine traditionnelle [100]. Dans un tel contexte, quels indicateurs seraient-ils à même d'évaluer l'impact de pratiques traditionnelles sur la santé des populations? Qui sont les tradipraticiens et quels sont les déterminants du recours aux soins bucco-dentaires des populations?

Les réponses à ces préoccupations s'inscrivent dans le cadre de la dentisterie factuelle, nouveau concept qui veut que toutes les décisions cliniques ou de gestion prises en santé bucco-dentaire, soient fondées sur la preuve palpable de leur efficacité. Ces preuves sont constamment rassemblées grâce aux études systémiques. De plus, il est établi que les facteurs socio-démographiques ont une influence sur les comportements en santé. Leur prise en compte est donc cruciale dans toute planification sanitaire [101]. En raison de l'insuffisance des ressources financières et matérielles, le choix a été porté sur une étude pilote dans le département de Dabou pour rendre compte des comportements de la population aussi bien en milieu urbain que rural.

La promotion de la santé bucco-dentaire passera par là, car c'est au vu des motivations exprimées par les populations dans le choix de leur itinéraire thérapeutique ou des contraintes auxquelles elles font face, que des solutions pourraient être trouvées pour l'élaboration d'une politique cohérente de santé.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de l'étude était de décrire l'activité des tradipraticiens exerçant dans le département de Dabou, puis de déterminer les facteurs influençant le recours et le renoncement aux soins bucco-dentaires des populations.

2.1.1. Objectifs de l'étude menée auprès des tradipraticiens

- Décrire les pratiques odontologiques traditionnelles dans le département de Dabou.
- Apprécier l'apport de l'odontologie traditionnelle au système de santé.

2.1.2. Objectifs de l'étude menée auprès des usagers

- Evaluer l'impact de l'odontologie traditionnelle dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire des populations du département de Dabou.
- Identifier les facteurs socio-démographiques influençant l'itinéraire thérapeutique de la population.
- Révéler les déterminants socio-démographiques en rapport avec les raisons du recours et du renoncement aux soins bucco-dentaires.

III. POPULATIONS ET METHODES

3.1. PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

L'étude a eu pour cadre le département de Dabou situé à environ 50 km de la capitale économique, Abidjan. La commune de Dabou et la sous-préfecture regroupent 41 villages et 176 campements [102]. La population était estimée à 138 869 habitants en 1998 et à dominante rurale [103].

Sur le plan sanitaire, dans le département de Dabou comme dans tous les autres du pays, les pathologies infectieuses restaient les plus courantes. Quant à la santé bucco-dentaire, la situation était préoccupante. Elle se caractérisait par une prévalence élevée des principales affections bucco-dentaires, le manque d'infrastructure avec un chirurgien-dentiste pour 39280 habitants [64] et une paupérisation de la population de plus en plus grandissante. Les populations avaient souvent recours à la médecine traditionnelle. Cependant, il n'existait aucune donnée officielle sur l'ampleur de cette pratique et le nombre de tradipraticiens exerçant dans le département.

3.2. ENQUÊTE AUPRES DES TRADIPRATICIENS

3.2.1. Population

La population était celle de l'ensemble des tradipraticiens reconnus comme tel par la communauté, exerçant leur activité dans le département de Dabou et ayant un remède contre les affections bucco-dentaires. L'échantillon de l'étude a été l'ensemble des tradipraticiens exerçant dans les localités choisies pour l'enquête et ayant accepté de participer à l'étude.

3.2.2. Méthode

a. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive, ayant pour finalité de rendre compte de l'activité des tradipraticiens dans la prise en charge des affections bucco-dentaires.

b. Conception et élaboration du questionnaire

L'outil de recueil des données était un questionnaire comportant deux types de variables: les caractéristiques socio-démographiques des tradipraticiens et celles relatives à la pratique de l'odontologie traditionnelle sous forme d'indicateurs d'impact.

a. Les variables socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des tradipraticiens concernaient: l'âge, le sexe, le milieu de résidence (rural ou urbain), le mode d'acquisition de son pouvoir de soigner, le niveau d'étude, l'exercice de l'odontologie traditionnelle comme activité principale et son appartenance ou non à une association de tradipraticien.

β. Les indicateurs d'impact

Les indicateurs d'impact utilisés étaient ceux recommandés pour l'évaluation de l'impact de l'odontologie traditionnelle énoncés au paragraphe quatre la première partie. En plus de ces indicateurs retenus, le questionnaire comportait trois autres questions. La première portait sur les affections bucco-dentaires que le tradipraticien estimait pouvoir prendre en charge. La deuxième concernait le retour d'information sur leurs pratiques d'après les malades. Il s'agissait de savoir si selon eux, les malades sont satisfaits de leurs prestations. Enfin, la dernière question s'est intéressée au souhait des tradipraticiens intégrer le système de santé officielle.

γ. Elaboration du questionnaire

Deux types de questions ont été utilisés: les unes étaient fermées et les autres semi fermées. Concernant les réponses, si certaines ont une forme dichotomique (oui/non), d'autres sont formulées sous forme d'une échelle de type Likert avec cinq modalités (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours) à laquelle nous avons ajouté « ne sait pas » pour respecter le droit de certaines personnes à ne pas répondre. Aussi, compte tenu du faible niveau de scolarisation de la population en général, les questions ont-elles été rédigées dans un langage familier accessible à la population (Annexe III).

c. Validation du questionnaire

Le questionnaire a été pré-testé. Cette pré-enquête visait à tester l'acceptabilité du questionnaire ainsi que sa compréhension. Il été administré à 10 tradipraticiens résidant à Abidjan et ayant des remèdes contre les affections bucco-dentaires. Ces tradipraticiens ont été recrutées à partir d'une liste fournie par l'Association des Tradipraticiens et Guérisseurs Traditionnels exerçant à Abidjan. Toutes les personnes contactées ont acceptés de se soumettre au questionnaire. A l'issue de la pré-enquête, certaines questions ont été reformulées pour une meilleure compréhension.

d. Echantillonnage

Les tradipraticiens concernés étaient ceux de la ville de Dabou et des villages retenus pour l'étude. Leur recensement s'est fait à partir d'informations données par la population. L'information sur l'existence éventuelle de tradipraticiens était recherchée auprès des autorités sanitaires, des chefs de village, des responsables de communauté ou des tradipraticiens rencontrés.

Les critères d'inclusion des tradipraticiens dans l'étude étaient:

- Exercer son activité de tradipraticien dans le département de Dabou;
- Avoir au moins un remède contre les affections bucco-dentaires;
- Être reconnu dans la localité comme étant capable de traiter les affections bucco-dentaires.

e. Recueil des données

Un enquêteur a été affecté au recueil des données auprès des tradipraticiens. A partir de la liste des enquêtés établit, l'enquêteur rentrait en contact avec les personnes concernées pour vérifier l'information et s'assurer qu'elles remplissaient les critères d'inclusion. Ensuite, en cas d'accord pour participer à l'étude, un rendez-vous était pris pour l'interview. Les tradipraticiens ont été interviewés soit à leur domicile, soit sur leur lieu d'exercice. Les données ont été recueillies par interview face à face à l'aide d'un questionnaire. L'enquêteur était accompagné par un traducteur pour permettre un dialogue avec les personnes ne pouvant pas s'exprimer en français. L'enquêteur commençait l'interview par situer l'intérêt de l'étude et à rassurer le tradipraticien quand à la confidentialité des données.

f. L'analyse des Données

La saisie des données a été faite à l'aide du logiciel Epidata version 3.1. Elles ont ensuite été traitées avec les logiciels SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16. 0 et Excel sous windows. Un tri à plat a été effectué avec l'ensemble des variables socio-démographiques. Pour l'analyse descriptive, les effectifs et les pourcentages ont été calculés.

3.3. ENQUÊTE EN DIRECTION DES USAGERS

3.2.1. Population

a- Population cible

La population cible était celle des adultes âgés de 18 ans et plus résidant dans le département de Dabou.

b- Echantillon de l'étude

L'échantillon de l'étude était composé des adultes du département de Dabou, ayant eu une affection bucco-dentaire au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les critères d'inclusion étaient :

- être âgé d'au moins 18 ans au moment de la réalisation de l'enquête;
- résider dans le département de Dabou;
- avoir ressenti un problème bucco-dentaire au cours des 12 mois précédant l'étude;
- accepter de participer à l'étude.

3.2.2. Méthode

a- Type d'étude

Il s'agit d'une enquête transversale pilote à visée descriptive et analytique. La partie descriptive est relative à l'utilisation d'indicateurs tant pour le recours aux soins modernes que pour le recours aux soins traditionnels. Puis la partie analytique a concerné la recherche des déterminants socio-démographiques du recours et du renoncement aux soins, ainsi que ceux associés aux principales raisons justifiantes les choix thérapeutiques des enquêtés.

b- Conception et élaboration de la fiche d'enquête

Un questionnaire à trois volets a été élaboré. Il répond aux trois situations pouvant se présenter à une personne ayant eu une affection bucco-dentaire à savoir: pas de recours à un praticien, recours à un tradipraticien, recours à un chirurgien-dentiste. Le questionnaire comporte deux types de variables: les variables socio-démographiques des enquêtés et des indicateurs d'impact en rapport avec un recours thérapeutique donné (Annexe IV).

α- les variables socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques concernent l'âge, le genre, le niveau d'instruction et la profession des enquêtés, le type d'habitat, la zone d'habitation, la présence d'un centre de santé dans la localité, la possession d'une couverture maladie. Elles sont identiques pour les trois fiches.

β. Les indicateurs

Les indicateurs sont des marqueurs de l'état de santé, de la performance du système, des processus ou ressources disponibles. Les choix ont donc été guidés par le souci de répondre aux besoins prioritaires de l'odontologie en termes de bien-être des populations, par le caractère pratique et l'utilité de ces indicateurs, par la possibilité de collecter les données. Les indicateurs utilisés dans l'étude étaient ceux recommandés pour l'évaluation de l'impact de l'odontologie traditionnelle au chapitre 4 de la première partie.

Pour les populations ayant recours au tradipraticien ou au chirurgien-dentiste, ces indicateurs renseignaient sur la surveillance de la santé bucco-dentaire et le système de santé. Pour celles n'ayant pas eu de recours, les informations recueillies portaient sur les raisons du non recours au tradipraticien ou au chirurgien-dentiste, les comportements des enquêtés ayant renoncé aux soins et la qualité de la vie liée à la santé orale.

γ. Elaboration de la fiche d'enquête

Deux types de questions ont été utilisés: les unes fermées et les autres semi-fermées. S'agissant des questions fermées, un choix de réponses était fourni. Elles étaient avec gradation, sans gradation ou binaires. Ce type de questions présentait l'avantage de faciliter la création de variables statistiques et étaient utiles pour déterminer lorsqu'il y avait une gradation l'intensité d'un sentiment. Il obligeait les sujets à réfléchir à certains détails qu'ils oublieraient peut-être de mentionner spontanément et diminuaient les variations dues aux enquêteurs. Cependant, il présentait l'inconvénient de passer à côté d'aspects importants non mentionnés et appauvrissaient considérablement la réalité. Parfois, la hiérarchisation pouvait inciter le sujet à se situer au milieu.

Les questions semi fermées présentaient un compromis. Certaines réponses étaient proposées au sujet alors que d'autres devaient être générées par lui. Leurs avantages étaient ceux du compromis entre la mémoire et la liberté de la réponse. L'inconvénient est que pour ce type de questions, certains sujets ont tendances à privilégier les réponses suggérées.

S'agissant des réponses, certaines étaient sous une forme dichotomique (oui/non). D'autres en revanche étaient formulées sous formes d'une échelle de type Likert avec cinq modalités (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours), à la quelle il a été ajouté « ne sait pas » pour respecter le droit de certaines personnes à ne pas répondre. Aussi, compte tenu du faible niveau de scolarisation de la population en général, les questions ont été rédigées dans un langage familier accessible à un grand nombre de personnes.

c. Validation du questionnaire

Le questionnaire a été préalablement testé au cours d'une pré-enquête. Dans un premier temps, il s'est agit de réduire au strict minimum les variabilités inter enquêteurs pouvant subvenir lors de la traduction des questions dans la langue locale. Avec l'assistance d'un cadre de santé habitué aux enquêtes et exerçant à la Direction Départementale de la Santé de Dabou, chaque question a été traduite par chacun des enquêteur oralement dans la langue locale. Puis, un consensus s'est dégagé sur la traduction de l'ensemble du questionnaire pour uniformiser le recueil des données.

Dans un second temps, le questionnaire a été testé pour évaluer le degré de compréhension de la population. Il a été remis à chacun des enquêteur dix (10) exemplaires de chaque type de fiches. Aucun cas de non réponse pour incompréhension n'a été enregistré. Cependant, certaines questions prêtaient à confusion, notamment « le motif de consultation » et « les raisons du recours » à un type de praticien. Les explications données ont permis de lever ces incompréhensions.

d. Echantillonnage

La technique de sondage stratifiée avec allocation proportionnelle à la taille a été utilisée. Elle reposait sur quatre niveaux de stratifications:

- la zone d'habitation, où l'on distinguait le milieu rural du milieu urbain. La zone rurale regroupe l'ensemble des villages rattachés au département (Annexe II). La zone urbaine concerne la ville de Dabou, chef lieu de département;

- le type d'habitat au nombre de deux. D'une part, les habitats de type moderne dont les matériaux de construction sont améliorés (des briques et du ciment) par opposition aux habitats traditionnels qui sont construits en banco ou en matériaux de récupération.

- la distance séparant la localité d'habitation de l'enquêté du cabinet dentaire le plus proche. Les localités sont regroupées selon 3 modalités. Celles situées à moins de 5 Km du cabinet dentaire, celles pour lesquelles la distance est comprise entre 5 et 15 Km et enfin les localités situées à plus de 15 Km du cabinet dentaire;

- la présence ou non d'un centre de santé ou d'un dispensaire dans la localité. Cette présence peut-être source d'informations pour les populations et les inciter à consulter un chirurgien-dentiste plutôt qu'un tradipraticien dont les pratiques ne sont pas pour l'instant intégrées dans le système de soins.

En zone urbaine, s'agissant des critères de distance et de présence d'un centre de santé, tous les quartiers étaient situés à moins de 5 km du cabinet dentaire et on notait la présence d'un centre de santé dans ce rayon. Relativement au critère du type d'habitat, les quartiers de la ville ont été repartis en deux groupes: les quartiers d'habitats traditionnels au nombre de huit (08) (Mangorotou, Gboubo II, Pepinière, Wrood 1 et 2, Akromanyatchi, Ancien dabou, Batos, Sosoriboubou) et les quartiers d'habitats modernes au nombre de douze (12) (Cité CIE, Cité caïman, Cité des professeurs, Djodjoraff, Dix-villas, Gedeon, Cité CAFOP, Memert-ville, Palm-industrie, Agbanou, Leboutou, Nouveau quartier). Deux quartiers ont été tirés au sort dans chaque groupe. Dans le premier groupe ont été tirés: Mermet-ville et Leboutou. Pour le second, Pepinière et Sosoribougou ont été retenus. Le nombre de personnes à interroger par quartier était de 60, soit un total de 240 personnes.

En zone rurale les villages ont été repartis d'abord en trois groupes selon le critère de distance. Puis dans chacun des trois groupes formés, deux autres sous-groupes ont été constitués selon la présence ou non d'un centre de santé. Ce qui faisait au total six ensembles. Un village a été tiré au sort dans chacun de ces six ensembles formés sur l'ensemble des 47 rattachés au département. Ce sont: Débrimou, Gboubo I, Lopou, Akradio, Toupah et Yomidj. Dans chaque village retenu, 60 personnes ont été interviewées par type d'habitat soit 120 personnes par village et 720 personnes pour l'ensemble des six villages.

Le nombre total d'adultes interviewés était de 960. Cependant 33 fiches d'enquête n'ont pu être exploitées, ce qui donne un échantillon de 927 personnes.

e. Recueil des données

Les données ont été recueillies par interview face à face auprès des ménages selon la méthode des itinéraires. Les personnes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire à trois volets. Le premier était destiné aux adultes n'ayant pas consulté un praticien lors du dernier problème bucco-dentaire. Quant aux deux autres, ils concernaient ceux ayant eu recours à un tradipraticien ou à un chirurgien-dentiste.

L'enquête s'est déroulée de mars à mai 2009 par quatre (4) enquêteurs préalablement calibrés et formés aux méthodes d'interview. En zone urbaine, l'accord des autorités préfectorales a été obtenu pour faire l'étude. Pour la zone rurale, des lettres d'informations ont été adressées à chacun des chefs de six villages retenus en précisant le but de l'enquête et le jour de notre arrivée. Aucun cas de refus n'a été constaté.

Le recueil des données a débuté par la zone urbaine. Chaque enquêteur avait en charge une zone d'habitation. La répartition des enquêteurs s'est faite le premier jour par tirage au sort en fonction des quatre points cardinaux. Chaque quartier retenu été subdivisé en quatre zones et chaque enquêteur avait en charge une zone précise. Une fois sur le site, l'enquêteur devait se diriger selon un repère préalablement déterminé par l'équipe de manière à s'orienter facilement tout en touchant de près la réalité de la zone. Lorsqu'une direction était choisie, la première maison à visiter était celle située immédiatement à la droite de l'enquêteur. Suivant la direction choisie, toutes les concessions pouvaient être visitées jusqu'à atteindre le nombre de sujets requis. Deux personnes au maximum pouvaient être interviewées dans un ménage à condition que les interviews soient réalisées séparément. Aussi les deux personnes ne devaient-elles pas assister l'une et l'autre à chacune des interviews.

L'enquête en zone rurale s'est déroulée après celle de la zone urbaine. Elle a obéi à la même logique que celle menée en zone urbaine. Une fois dans le village, l'équipe rencontrait dans le chef de village pour les salutations d'usage et pour avoir l'autorisation de faire l'enquête. Le chef à son tour chargeait le crieur public d'informer la population de la présence de notre équipe. L'autorisation de commencer l'enquête nous était enfin donnée et parfois, le chef désignait l'un de ses sujets pour nous assister afin de faciliter le contact avec la population. Les interviews ont été réalisées les samedis et les dimanches, jours non ouvrables, où les populations étaient à leur domicile. Lors d'une rencontre avec la personne à interviewer, après avoir expliqué l'objectif de l'étude et obtenu son accord à participer à l'étude, l'enquêteur vérifiait si elle répondait aux critères d'inclusion. Lorsque la réponse était affirmative, son attitude thérapeutique était alors demandée. Puis, suivait l'administration du questionnaire selon le cas en présence. A la fin de l'interview une brosse à dent et une pâte dentifrice était remis à l'enquêté comme présents pour sa participation à l'étude.

f. Analyse et traitement des données

Les données recueillies sur support papier ont été saisies à l'aide du logiciel Epidata version 3.1. Elles ont été minutieusement examinées afin de vérifier les incohérences et corriger les erreurs des saisies. La base de données a été par la suite transférée sur le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 16.0, pour être traitée. Nous avons eu recours à la statistique qui est une « méthode de raisonnement permettant d'interpréter le genre de données très particulières, qu'on rencontre notamment dans les sciences de la vie, et dont le caractère essentiel est la variabilité ». Elle a pour but de quantifier un phénomène d'intérêt et d'apporter une information concernant la précision avec laquelle les résultats ont été établis [104].

Ainsi, un tri à plat a été effectué avec l'ensemble des variables socio-démographiques. Les effectifs et les pourcentages ont été calculés en référence aux différents indicateurs. L'étude analytique a consisté en la recherche de facteurs qui déterminent le choix d'un recours thérapeutique par les usagers. Deux outils ont été utilisés: les tests du Khi 2 d'indépendance et la régression logistique.

a. Le test du khi 2

Principe

Le test d'indépendance du Khi 2 est utilisé pour caractériser les liaisons qui peuvent exister entre des séries d'observations considérées simultanément. En pratique, il s'agit de décider si une liaison observée au sein de l'échantillon indique ou non que les variables correspondantes soient associées. Ce test fonctionne sur un tableau d'effectif à double entrées

(ou tableau de contingence) qui contrôle l'indépendance de deux variables discrètes. Il utilise une table (la table du Chi 2) qui donne la correspondance entre α tel que $\alpha = p(X^2 > X^2\alpha)$.

Pour un risque α donné, lorsque $X^2 > X^2\alpha$, on rejette l'hypothèse nulle H_0 , on accepte H_1 et on affirme que la différence observée est significative. Mais lorsque $X^2 < X^2\alpha$, on ne rejette pas H_0 , mais la différence observée n'est pas significative.

Utilisation pratique

Des tris croisés entre les différents recours et les variables socio-démographiques ont permis de révéler les déterminants du recours aux soins ainsi que les raisons des choix thérapeutiques des enquêtés. Le comportement de la population a été analysé selon l'itinéraire thérapeutique: tradipraticiens, chirurgiens-dentistes et non recours aux soins. Pour chaque type de recours et le renoncement aux soins, une association a été recherchée avec les variables socio-démographiques. Puis, l'existence de liaisons entre les principales raisons justifiant les options thérapeutiques des enquêtés et les variables socio-démographiques a été vérifiée. Les tests statistiques ont été effectués pour un risque $\alpha = 5\%$.

Ces résultats ont été par la suite affinés par une régression logistique.

β. La régression logistique

Principe

Cette technique est utilisée pour des études ayant pour but de vérifier si des variables indépendantes peuvent prédire une variable dépendante. Elle se distingue d'une régression linéaire pour laquelle la variable dépendante est quantitative. C'est une méthode couramment utilisée dans les sciences de la santé lorsque la variable à prédire est dichotomique, en plus de s'appliquer aux grands échantillons. Son intérêt réside dans les limites de l'analyse univariée, qui ne tient pas compte des liens qui peuvent exister entre deux variables explicatives. Ainsi, il n'est pas possible lorsque plusieurs covariables sont statistiquement liées au facteur étudié d'identifier celles qui le sont indépendamment des autres. Le modèle logistique est un modèle multivarié qui permet d'exprimer sous forme de risque (ou de probabilité), la relation entre une variable Y dichotomique et une ou plusieurs variables X. Une variable aléatoire qualitative est décrite par les probabilités des différents attributs qu'elle peut prendre. Pour évaluer l'influence de différents facteurs sur cette variable, il est d'usage de modéliser les probabilités des différents attributs [105].

De manière générale l'équation de la régression logistique s'écrit alors :

$$P(Y/X_i) = 1/(1+e^{-(\varepsilon+\beta_i x_i)})$$

Cette équation correspond au risque de survenue de Y en fonction de l'exposition ou non aux facteurs X_i . La transformation logistique de ce modèle en fait une fonction linéaire :

$$\text{Logit } P = \log (P/1-P) = \varepsilon + \sum \beta_i x_i$$

où ε dépend de la fréquence de réalisation de Y.

L'estimation du modèle de régression logistique se fait généralement par la méthode du maximum de vraisemblance. Le principe de cette méthode est de donner une valeur qui maximise la probabilité de retirer le même échantillon.

Pour tester la significativité d'un ou plusieurs coefficients dans la régression logistique, on utilisera soit le test de Wald W, soit le test de rapport de vraisemblance LR. Le test de Wald permet de tester si un effet existe ou non, s'il existe une relation statistiquement significative entre une variable indépendante et une variable dépendante. Le test du rapport de vraisemblance peut être également utilisé pour tester si un effet existe ou non. Généralement les deux tests donnent des résultats très proches. Mais le test du rapport de vraisemblance est préféré au test de Wald en raison de la constance de ses résultats.

Pour mesurer la force du lien statistique nous avons eu recours à l'Odds Ratio (OR) ou Rapport de Cotes (RC). Si p_1 représente la probabilité d'un évènement Z pour un individu de type i et p_0 celle pour un individu de type j, alors l'Odds Ratio s'écrit :

$$OR = \frac{\frac{p_1}{1-p_1}}{\frac{p_0}{1-p_0}}$$

Plus l'Odds Ratio est différent de 1, plus il y a un lien statistique fort. Lorsque l'OR est supérieur à 1, la relation est croissante, s'il est inférieur à 1 alors elle est décroissante. S'il est égal à 1 il n'y a pas d'association.

Dans un modèle logistique, l'exponentielle du coefficient d'une variable explicative s'interprète comme son Odds Ratio.

Utilisation pratique

D'autres procédures outre la régression logistique, peuvent être envisagées pour une étude avec des variables dépendantes dichotomiques. Mais leurs conditions d'application s'adaptent mal à la présente étude car trop restrictives. L'analyse discriminante qui soumet les variables indépendantes à certaines conditions d'applications de normalité qui ne sont pas imposées par une régression logistique en est un exemple. Il y a aussi l'analyse de fréquences multivariées dans la quelle les prédicteurs doivent être des variables discrètes, alors qu'il y a plus de flexibilité avec une régression logistique, où les prédicteurs peuvent être continus, dichotomiques ou discrets. Le modèle de régression logistique permet d'estimer une mesure d'association pour chaque catégorie de la variable étudiée et de réaliser un ajustement en tenant compte de plusieurs variables en même temps. Dans cette analyse multivariée pour une catégorie donnée, la mesure d'association est ajustée sur les autres variables et s'interprète comme la mesure d'association pour cette catégorie de la variable considérée « en tenant compte des autres variables » ou « toute chose étant égale par ailleurs » ou « après ajustement sur les autres variables ».

Le modèle logistique avec comme mesure d'association les Rapports de Côte (RC) ou Odds Ratio (OR) et leur Intervalle de Confiance (IC) à 95 %, selon la méthode pas à pas descendante a donc été utilisé. Le choix de la méthode pas à pas est lié au fait que le champ des déterminants du recours aux soins bucco-dentaires est faiblement exploré. Cette technique générant des hypothèses, elle commande de prendre en compte tous les prédicteurs pour avoir le maximum d'informations sur le phénomène étudié [106]. Elle permet en outre d'écartier tout biais de confusion dans l'estimation des risques avec les rapports de cotes.

La modélisation a concernée le recours au tradipraticien, au chirurgien-dentiste et le renoncement aux soins, puis les raisons justifiant chaque choix thérapeutique. Suite à

l'analyse univariée, les variables socio-démographiques associées à un recours thérapeutique ayant un degré de significativité inférieur à 0,25 ont été introduites dans le modèle. Par la suite, les variables restantes ont été forcées dans le modèle. Cela pour tenir compte du fait que chacune d'elles était potentiellement importante pour la détermination des facteurs influençant le recours aux soins selon la littérature et le contexte d'intervention. Les associations entre le recours thérapeutique et les variables socio-démographiques ont été estimées par le rapport de côtes ajusté et son intervalle de confiance. La même démarche a été observée pour les associations entre les principales raisons des choix thérapeutiques évoquées et les variables socio-démographiques. Les raisons justifiant un recours thérapeutique ayant fait l'objet d'une régression logistique sont celles pour lesquelles au moins une variable socio-démographique avait un $p < 0,25$ en analyse univariée.

Les principaux résultats de l'étude sont présentés sous forme de tableaux obtenus à l'aide du logiciel Excel.

VI. RESULTATS

4.1. ETUDE MENEES AUPRES DES TRADIPRATICIENS

4.1.1. Caractéristiques socio-démographiques des tradipraticiens

Tableau 5: Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques

	Effectifs (N=28)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	20	71,4
Féminin	8	28,6
Age		
30-44 ans	13	46,4
> 44 ans	15	53,6
Niveau scolaire		
Pas scolarisé	14	50,0
Primaire	6	21,4
Secondaire et plus	8	28,6
Activité principale		
Tradipraticien	13	46,4
Autre activité	15	53,6
Milieu d'habitation		
Rurale	19	67,9
Urbaine	9	32,1
Mode d'acquisition de la pratique		
Héréditaire	19	67,9
Acquise	9	32,1

Au total, 28 tradipraticiens ont été recensés en raison de 9 pour la ville de Dabou et 19 dans les six villages retenus pour l'étude. Ils sont majoritairement de sexe masculin (71,4 %) et âgés de plus de 44 ans (53,6 %). L'âge moyen des tradipraticien était de 48,18 ans avec un écart type de 12,04 ans. La moitié des tradipraticiens a déclaré ne pas être scolarisée et le mode d'acquisition de leurs pratiques était héréditaire pour 67,9 %. Près de la moitié (46,4 %) des tradipraticiens exerçait cette activité comme activité principale.

4.1.2. Pratiques en odontologie traditionnelle

Tableau 6: Utilisation des pratiques occultes par les tradipraticiens

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais	19	67,9
Souvent	2	7,1
Toujours	7	25,0

Près des 2/3 des tradipraticiens rencontrés ont déclaré n'avoir jamais utilisé de pratique occulte lors des soins.

Tableau 7: Affections bucco-dentaires pris en charge par les tradipraticiens

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Douleur dentaire	26	92,9
Mauvaise haleine	15	53,6
Stomatites	21	75,0
Abcès dentaire	21	75,0
Gingivites	7	25,0
Ulcérations linguales	17	60,7

Les principales « affections » prises en charge par les tradipraticiens étaient: la douleur dentaire (92,9 %), les stomatites (75 %), les abcès dentaires (75 %), les ulcérations linguales (60,7 %).

Tableau 8: Décision de référer les malades au chirurgien-dentiste par le tradipraticien

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	10	35,7
Non	17	60,7
Ne sais pas	1	3,6

Près du 1/3 des tradipraticiens a affirmé avoir référé des patients à un chirurgien-dentiste.

Tableau 9: Ressources utilisées par les tradipraticiens lors des soins

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Ressources végétales	28	100,0
Ressources minérales	6	21,6
Ressources animales	1	3,6
Prières et incantations	1	3,6

Les tradipraticiens utilisent essentiellement des ressources végétales (100 %) et minérales lors des soins (21,6 %).

Tableau 10: Facilité d'obtention des ressources utilisées pour les soins traditionnels

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Disponibles	17	60,7
Pas disponibles	3	10,7
De moins en moins disponibles	8	28,6

Pour la majorité des tradipraticiens, les ressources utilisées lors des soins sont disponibles. Mais pour 8 tradipraticiens (28,6 %), ces ressources étaient de plus en plus rares.

Tableau 11: Consultation du tradipraticien en deuxième recours

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	22	78,6
Non	2	7,1
Ne sais pas	4	14,3

Plus du quart (78,6 %) des tradipraticiens a affirmé avoir reçu des patients en deuxième intention, après qu'ils soient passés chez le chirurgien-dentiste.

Tableau 12: Raisons du recours au tradipraticien en deuxième intention

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Raisons financières	6	21,4
Douleur persistante	7	25,0
Pas d'amélioration de l'état	14	50,0
Autres	6	21,4

La principale raison du recours au tradipraticien en deuxième intention était l'absence d'amélioration de l'état de santé des patients (50 %).

Tableau 13: Recours au tradipraticien sur recommandation d'un chirurgien-dentiste

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Oui	1	3,6
Non	25	89,3
Ne sais pas	2	7,1

La quasi-totalité des tradipraticien (25 sur 28) a affirmé n'avoir jamais reçu de malade sur recommandation d'un chirurgien-dentiste.

4.1.3. Les tradipraticiens et l'organisation des soins

Tableau 14: Fréquentation des tradipraticiens (nombre de patients reçus)

	Minimum (n)	Maximum (n)	Moyenne (ET)
Consultations générales	6	400	94,90 (104,75)
Consultations bucco-dentaires	1	80	08,48 (16,51)

Les tradipraticiens ont déclaré recevoir entre 6 et 400 consultations par mois, avec une moyenne de 94,9 consultations et un écart-type de 104,75.

Les consultations bucco-dentaires oscillaient entre 1 et 80 par mois avec une moyenne de 8,48 et un écart-type de 16,51 dans l'activité des tradipraticiens.

Tableau 15: Coût de la prise en charge des affections bucco-dentaires

	Minimum (F cfa)	Maximum (F cfa)	Moyenne (ET) (F cfa)
Coût global de la prise en Charge d'une affection Bucco-dentaire	5	20000	2724,47 (4713,16)

Le coût des soins bucco-dentaires variait de 5 F Cfa (0,76 centimes) à 20000 F Cfa (31 €) avec une moyenne de 2725 F Cfa (4,15 €).

Tableau 16: Perception des tradipraticiens sur la rémunération de leurs actes

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Ne perçoit pas de rémunération	11	39,3
Pas satisfait	3	10,7
Satisfait	12	42,9
Très satisfait	1	3,6
Ne sais pas	1	3,6

Près de 40 % des tradipraticiens ont affirmé ne pas percevoir de rémunération pour leurs actes, alors que 42,9 % ont déclaré être satisfaits de ce qu'ils percevaient.

Tableau 17: Présence d'un registre de recueil d'informations sur les patients

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Absence	28	100
Présence	0	0

Aucun tradipraticien ne disposait d'un registre de recueil d'information sur les patients.

Tableau 18: Perception des tradipraticiens sur leur collaboration avec les chirurgiens-dentistes

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pour	20	71,4
Contre	7	25,0
Sans avis	1	3,6

Plus des 2/3 des tradipraticiens rencontrés étaient favorables à une collaboration avec les chirurgiens-dentistes.

Tableau 19: Satisfaction des patients suite aux soins reçus chez le tradipraticien (les patients venus consulter repartent- ils toujours satisfaits?)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Souvent	7	25,0
Toujours	21	75,0

Selon les 3/4 des tradipraticiens, les patients repartaient toujours satisfaits de leurs soins.

Tableau 20: Souhait des tradipraticiens de recevoir une formation sur l’anatomie, l’hygiène et la gestion

	Oui n (%)	Non n (%)	Sans avis n (%)
Formation sur l’anatomie et l’hygiène	24 (85,7)	4 (14,3)	-
Formation sur la gestion	20 (71,4)	4 (14,3)	4 (14,3)

Les tradipraticiens étaient majoritairement favorables aux formations sur l’anatomie et l’hygiène (85,7 %), puis sur la gestion de leurs activités de soins (71,4 %).

4.2. ETUDE DESCRIPTIVE

4.2.1. Analyse descriptive sur l'échantillon global

Tableau 21: Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques

	Effectifs (N=927)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	481	51,9
Féminin	446	48,1
Age		
18-29 ans	289	31,2
30-44 ans	547	59,0
> 44 ans	90	9,8
Niveau scolaire		
Pas scolarisé	278	30,0
Primaire	386	41,6
Secondaire et plus	263	28,4
Milieu d'habitation		
Rurale	689	74,3
Type d'habitat		
Traditionnel	369	39,8
Moderne	558	60,2
Distance entre la localité et le centre ville		
< 5 Kms	473	51,0
5-15	239	25,8
> 15 Kms	215	23,2
Assurance		
Non	896	96,7
Oui	31	3,3
Centre de santé		
Absence	339	36,6
Présence	588	63,4

Les proportions d'hommes et de femmes dans l'échantillon étaient pratiquement identiques (51,9 % et 48 %). La tranche d'âge 30-44 ans était la plus importante (59 %). L'âge moyen était de 34 ans (écart-type = 8,5 ans). Le niveau d'étude dominant était le primaire (41,6 %). La majorité des enquêtés vivait en zone rurale (74,3 %).

La majorité des enquêtés vivait dans des habitats de type moderne (60,2 %) et était situés à moins de 5 km d'un cabinet dentaire (51 %). Plus du 1/3 des personnes interrogées habitait dans une localité dépourvue de centre de santé. Dans l'échantillon, 31 personnes ont déclaré disposer d'une assurance de santé.

Tableau 22: Répartition de l'échantillon selon les caractéristiques socio-démographiques et le type de recours

	Tradipraticien N = 301 n (%)	Chirurgien-dentiste N = 310 n (%)	Pas de recours N = 316 n (%)
Sexe			
Masculin	160 (53,2)	163 (52,6)	158 (50,0)
Féminin	141 (46,8)	147 (47,4)	158 (50,0)
Age			
18-29 ans	91 (30,2)	86 (27,7)	112 (35,4)
30-44 ans	183 (60,8)	188 (60,7)	176 (55,7)
> 44 ans	27 (9,0)	36 (11,6)	28 (8,9)
Niveau d'étude			
Pas scolarisé	112 (37,2)	72 (23,2)	94 (29,7)
Primaire	123 (40,9)	122 (39,4)	141 (44,6)
Secondaire et plus	66 (21,9)	116 (37,4)	81 (25,6)
Localité d'habitation			
Rurale	222 (73,8)	231 (74,5)	236 (74,7)
Urbaine	79 (26,2)	79 (25,5)	80 (25,3)
Type d'habitat			
Traditionnel	129 (42,9)	108 (34,8)	132 (41,8)
Moderne	172 (57,1)	202 (65,2)	184 (58,2)
Distance entre la localité et le centre ville			
< 5 Kms	158 (52,5)	157 (50,6)	158 (50,0)
5-15 Kms	75 (24,9)	83 (26,8)	81 (25,6)
> 15 Kms	68 (22,6)	70 (22,6)	77 (24,4)
Assurance			
Non	297 (98,7)	289 (93,2)	310 (98,1)
Oui	4 (1,3)	21 (6,8)	6 (1,9)
Centre de santé			
Absence	106 (35,2)	114 (36,8)	119 (37,7)
Présence	195 (64,8)	196 (63,2)	197 (62,3)

La proportion d'hommes ayant eu recours au tradipraticien et au chirurgien-dentiste était plus élevée que celle des femmes. Pour les adultes ayant renoncé aux soins, on a observé une parité entre les hommes et les femmes. La tranche d'âge dominante dans les trois groupes était celle des adultes âgés de 30 à 44 ans. Les adultes non scolarisés étaient plus nombreux dans le groupe des enquêtés ayant eu recours au tradipraticien ou ayant renoncés aux soins (37,2 % et 29,7 %).

Près des ¾ des enquêtés vivaient en zone rurale dans les trois groupes.

La proportion d'adultes vivant dans un habitat de type moderne était plus élevée dans le groupe ayant eu recours au chirurgien-dentiste que dans les deux autres (65,2 %).

La localisation géographique des enquêtés était pratiquement identique pour les trois groupes. Ils étaient situés majoritairement à moins de 5 km du cabinet dentaire.

4.2.2. Analyse descriptive de la population ayant renoncé aux soins

Tableau 23: Les raisons du non recours au chirurgien-dentiste (N=316)

Raisons du non recours au chirurgien-dentiste	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Non perception de la nécessité des soins	67	21,2
Médicament disponible à domicile	111	35,1
Manque de ressources financières	140	44,3
Peur des instruments du chirurgien-dentiste	32	10,1
Soins douloureux	13	4,1
Juge les soins peu efficaces	9	2,8
Pas de cabinet dentaire à proximité	5	1,6
Chirurgien-dentiste peu aimable	1	0,3
Autres	11	3,5

Les principales raisons du non recours aux chirurgiens-dentistes étaient: le manque de ressources financières (44,3 %), l'automédication (35,1 %), la non perception de la nécessité des soins (21,2 %) et la peur du matériel des chirurgiens-dentistes (10,1 %).

Tableau 24: Les raisons du non recours au tradipraticien (N=316)

Raisons du non recours au tradipraticien	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Non perception de la nécessité des soins	65	20,6
Médicament disponible à domicile	130	41,1
Manque de ressources financières	65	20,6
Pas de tradipraticien à proximité	32	10,1
Manque d'hygiène dans leur pratique	12	3,8
Pas convaincu de l'efficacité des soins traditionnels	44	13,9

Les principales raisons du renoncement aux soins traditionnels étaient: l'automédication (41,1 %), le manque de ressources financières (20,6 %), la non perception de la nécessité des soins (20,6 %) et l'inefficacité des soins traditionnels (13,9 %).

Tableau 25: Attitudes des adultes ayant renoncé aux soins (N=316)

Attitudes	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Rien	77	24,4
Auto médication traditionnelle	111	35,1
Auto-médication moderne	128	40,5

Près des $\frac{3}{4}$ des enquêtés n'ayant pas eu recours à un praticien ont pratiqué l'automédication, en raison de 40,5 % pour l'automédication moderne et 35, 1% pour l'automédication traditionnelle.

Tableau 26: Perception des adultes n'ayant pas consulté sur leurs difficultés à s'alimenter (réponse à la question: avez-vous des difficultés pour manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche ?) (N= 316)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais	59	18,7
Rarement	26	8,2
Parfois	74	23,4
Souvent	80	25,3
Toujours	77	24,4

Près de la moitié des personnes n'ayant pas consulté en première intention ont déclaré avoir des difficultés (souvent et toujours) à s'alimenter à cause de leur état bucco-dentaire (49,7 %).

Tableau 27: Perception des adultes ayant renoncé aux soins sur leur état bucco-dentaire (réponse à la question : êtes-vous satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche?) (N= 316)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais	76	24,1
Rarement	11	3,5
Parfois	69	21,8
Souvent	79	25,0
Toujours	81	25,6

Près du ¼ des enquêtés n'ayant pas consulté de praticien a déclaré ne pas être satisfait de son état bucco-dentaire.

Tableau 28: Reproches formulés à l'endroit des chirurgiens-dentistes par les adultes ayant renoncé aux soins (N=316)

Reproches	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Soins coûteux	116	36,7
Manque de compassion	30	9,5
Absence de dialogue	19	6,0
Plus intéressés par l'argent	6	2,0
Non respect des rendez-vous	3	1,0
Autres	5	1,6

Le coût élevé des soins modernes était le principal reproche formulé à l'encontre des chirurgiens-dentistes (36,7 %), ensuite vient leur manque d'amabilité (15,5 %).

Tableau 29: Reproches formulés à l'encontre des tradipraticiens par les personnes ayant renoncé aux soins (N=316)

Reproches	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Manque d'humilité	35	11,1
Manque d'hygiène	35	11,1
Pas de communication	3	1,6
Mauvaise organisation	21	6,6
Autres (Pratiques occultes, pas de soins conservateurs)	9	2,8

Les principaux reproches faits aux tradipraticiens étaient: le manque d'humilité (11,1 %), le manque d'hygiène (11,1 %) et la mauvaise organisation (06,6 %).

Tableau 30: Perception des adultes ayant renoncé aux soins sur l'efficacité de l'odontologie traditionnelle et son intégration dans le système de santé (N = 316)

	Oui n (%)	Non n (%)	Sans avis n (%)
Efficacité des soins traditionnels	199 (63 %)	42 (13 %)	75 (24 %)
Intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de soins	211 (67 %)	32 (10 %)	73 (23 %)

Près des 2/3 des adultes n'ayant pas eu recours à un praticien ont estimé que l'odontologie était efficace, alors que pour 13 % des enquêtés ont affirmé le contraire.

Près des 2/3 des enquêtés ayant renoncé aux soins étaient favorables à l'intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de santé.

4.2.3. Analyse descriptive de la population ayant eu recours à un tradipraticien

Tableau 31: Attitudes des adultes ayant eu recours au tradipraticien (N = 301)

Recours	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Tradipraticien uniquement	271	90,0
Tradipraticien puis chirurgien-dentiste	30	10,0

Le 1/10 des personnes ayant eu recours au tradipraticien en première intention a déclaré avoir changé de recours en s'adressant au chirurgien-dentiste comme deuxième recours.

Tableau 32: Les raisons du recours au tradipraticien (N = 301)

Raisons	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Coût du traitement abordable	222	73,8
Proximité des tradipraticiens	61	20,3
Absence de douleur lors des soins	63	20,9
Peur des chirurgiens-dentistes	37	12,3
Raisons culturelles	9	3,0
Traitements efficaces	55	18,3
Autres	19	3,3

Le coût du traitement abordable était la principale raison du recours au tradipraticien (73,8 %). Ensuite venaient: l'absence de douleur lors des soins (20,9 %), la proximité des tradipraticiens (20,3 %), l'efficacité des traitements traditionnels (17,9 %) et la peur du chirurgien-dentiste (12,3 %).

Tableau 33: Les motifs de la consultation du tradipraticiens (N = 301)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Douleur	224	74,4
Carie dentaire	49	16,3
Gingivite	42	14,0
Mobilité dentaire	14	4,7
Stomatites	35	11,6
Mauvaise haleine	7	2,3
Malpositions dentaires	2	1,0
Autres (mauvais sort)	22	7,3

La douleur était le principal motif de la consultation du tradipraticien (74,4 %). Les autres motifs évoqués étaient: la carie dentaire (16,3 %), les gingivites (14 %) et les stomatites (11,6 %).

Tableau 34: Perception des enquêtés sur l'activité de prévention des tradipraticiens (Réponse à la question: le tradipraticien vous donne t-il des conseils pour éviter que vous n'avez d'autres problèmes au niveau de vos dents et votre bouche ?) (N = 301)

	Effectifs	Pourcentage (%)
Jamais	96	31,9
Rarement	58	19,3
Parfois	90	29,9
Souvent	12	4,0
Toujours	45	15,0

Le 1/3 des enquêtés a déclaré n'avoir pas bénéficié de conseil de prévention lors des consultations chez le tradipraticien, alors que 20 % des personnes interrogées ont affirmé en bénéficier (souvent + toujours).

Tableau 35: Raisons du renoncement aux soins modernes évoquées par les personnes ayant eu recours à un tradipraticien

Raisons du non recours au chirurgien - dentiste	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Non perception de la nécessité des soins	33	11,0
Manque de ressources financières	211	70,1
Peur des instruments du chirurgien-dentiste	61	20,3
Soins douloureux	40	13,3
Inefficacité des soins	23	7,6
Pas de cabinet dentaire à proximité	16	5,3
Chirurgiens-dentistes peu aimables	3	0,1
Autres	31	10,3

Le manque de ressources financières (70,1 %) était la principale raison du renoncement aux soins modernes. Ensuite venaient: la peur des instruments du chirurgien-dentiste (20,3 %) et la peur de la douleur occasionnée par les soins (13,3 %).

Tableau 36: Perception des adultes ayant eu recours au tradipraticien sur leurs difficultés à s'alimenter en raison de leur état bucco-dentaire. (Réponse à question: avez-vous des difficultés à manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche ?) (N = 301)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais	40	13,3
Rarement	13	04,3
Parfois	104	34,6
Souvent	82	27,2
Toujours	62	20,6

La moitié des enquêtés a déclaré éprouver des difficultés à s'alimenter en raison de son état bucco-dentaire.

Tableau 37: Perception des adultes ayant eu recours au tradipraticien sur leur état bucco-dentaire (Réponse à la question: êtes-vous satisfaits de votre état bucco-dentaire ?) (N=301)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais	4	14,6
Rarement	13	4,3
Parfois	63	20,9
Souvent	69	22,9
Toujours	108	35,9
Ne sais pas	4	1,3

Plus de la moitié des adultes interrogés était satisfaite (souvent + toujours) de son état bucco-dentaire (58,8 %).

Tableau 38: Délai d'attente chez le tradipraticien et durée du trajet (N = 301)

	Délai d'attente n (%)	Durée du trajet n (%)
Reçu dès mon arrivée	227 (75,4)	-
Moins de 30 mn	48 (15,9)	188 (62,5)
Entre 30 mn et 1 heure	4 (1,3)	59 (19,6)
Plus d'une heure	1 (0,3)	2 (0,7)
Ne sais pas	21 (7,0)	52 (17,3)

Les 2/3 des enquêtés ont déclaré avoir été reçu par le tradipraticien dès leur arrivée sur son lieu d'exercice, alors que 15,9 % ont affirmé avoir été reçu en moins de 30 minutes.

Le temps mit pour se rendre chez un tradipraticien est inférieur à 30 minutes pour la majorité des enquêtés (62,5 %).

Tableau 39: Auto-évaluation du coût de la prise en charge des soins bucco-dentaires par les personnes ayant eu recours au tradipraticien (N = 310)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
1000-5000 f cfa	284	94,4
5000-1000 f cfa	15	5,0
10000-20000 f cfa	1	0,3
> 20000 f cfa	1	0,3

La quasi-totalité des personnes ayant eu recours au tradipraticien (94,4 %) a déclaré avoir dépensé entre 1000 f Cfa et 5000 f Cfa (1,5 € - 7,5 €) pour la prise en charge des soins bucco-dentaires.

Tableau 40: Perception des enquêtés sur le coût des soins bucco-dentaires traditionnels (réponse à la question: êtes-vous toujours satisfaits du coût des soins donnés par les tradipraticiens) (N = 301)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Jamais	17	5,6
Rarement	4	1,3
Parfois	61	20,3
Souvent	49	16,3
Toujours	170	56,5

Près des ¾ des enquêtés ont déclaré être satisfaits des coûts des soins pratiqués par les tradipraticiens.

Tableau 41: Perception des adultes ayant eu recours au tradipraticien sur l'efficacité des soins traditionnels (N = 301)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Jamais efficaces	8	2,7
Rarement efficaces	11	3,7
Parfois efficaces	99	32,9
Souvent efficaces	96	31,9
Toujours efficaces	85	28,2
Ne sais pas	2	0,7

La majorité des enquêtés a déclaré être satisfaite (souvent + toujours) de l'efficacité des soins que faisaient les tradipraticiens (60,1 %).

Tableau 42: Reproches fait par les enquêtés aux tradipraticiens (N = 301)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Manque d'humilité	14	4,7
Manque d'hygiène	36	12,0
Déficit de communication	5	1,7
Mauvaise organisation	14	4,7
Autres	11	3,7

Les reproches formulés à l'endroit des tradipraticiens étaient: le manque d'hygiène dans leur pratique (12 %), leur mauvaise d'organisation (4,7 %) et le manque d'humilité (4,7 %).

Tableau 43: Perception des enquêtés sur la capacité de l'odontologie traditionnelle à traiter les affections bucco-dentaires et son intégration dans le système de soins (N = 301)

	Oui n (%)	Non n (%)	Sans avis n (%)
Efficacité des soins traditionnels	243 (80,7)	28 (9,3)	30 (10,0)
Intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de soins	215 (71,4)	19 (6,3)	67 (22,3)

Plus des 3/4 des adultes interrogés ont déclaré que le tradipraticien pouvait traiter efficacement les affections bucco-dentaires et 71,4 % étaient favorables à l'intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de santé.

4.2.4. Analyse descriptive de la population ayant consulté le chirurgien-dentiste

Tableau 44: Attitudes des adultes ayant consulté le chirurgien-dentiste (N=310)

Recours	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Chirurgien-dentiste uniquement	293	94,5
Tradipraticien puis chirurgien-dentiste	17	5,5

Seulement 5,5 % des personnes ayant eu recours au chirurgien-dentiste en première intention ont déclaré avoir consulté un tradipraticien en deuxième recours.

Tableau 45: Les raisons du recours au chirurgien-dentiste évoquées par les enquêtés (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Coût du traitement abordable	55	17,7
Proximité du cabinet dentaire	12	03,9
Confiance en l'odontologie moderne	269	86,9
Hygiène dans les cabinets dentaires	69	22,3
Autres	36	11,6

La principale raison du recours au chirurgien-dentiste était la confiance aux soins modernes (86,9 %). Ensuite ont été évoqué: la propriété et l'hygiène dans les cabinets dentaires (22,3 %), le coût abordable des soins modernes (17,7 %).

Tableau 46: Les principaux motifs de la consultation du chirurgien-dentiste évoqués par les enquêtés (N = 310)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Douleur dentaire	262	84,5
Dents mobiles	16	5,2
Carie dentaire	55	17,7
Gingivites	21	6,8
Stomatites	13	4,2
Malpositions dentaires	5	1,6
Autres (tartre, abcès)	27	8,7

Les principaux motifs de la consultation du chirurgien-dentiste évoqués par les enquêtés étaient la douleur (84,5 %) et la carie dentaire (17,7 %).

Tableau 47: Perception des enquêtés sur l'activité de prévention des chirurgiens-dentistes (réponse à la question : le chirurgien dentiste vous donne t-il des conseils pour éviter que vous n'ayez d'autres problèmes au niveau de votre bouche ou de vos dents ?) (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Jamais	69	22,3
Rarement	6	1,9
Parfois	61	19,7
Souvent	17	5,5
Toujours	157	50,6

Près du quart des adultes interrogés a affirmé n'avoir jamais bénéficié de conseil de prévention lors des rencontres avec le chirurgien-dentiste.

Tableau 48: Les raisons du renoncement aux soins traditionnels évoquées par les personnes ayant consulté un chirurgien-dentiste (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Par manque d'information	147	47,4
Manque de ressources financières	27	8,7
Pas d'hygiène dans leur pratique	5	1,6
Pas confiance soins traditionnels	31	10,0
Ne sais pas	3	1,0
Autres	3	1,0

Le manque d'information sur les pratiques traditionnelles (46,1 %) et l'inefficacité des soins traditionnels (40 %) étaient les principales raisons du renoncement aux soins traditionnels.

Tableau 49: Perception des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste sur leurs difficultés à s'alimenter en raison de leur état bucco-dentaire (réponse à question: avez-vous des difficultés à manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche ?) (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Jamais	44	14,2
Rarement	13	4,2
Parfois	79	25,5
Souvent	80	25,8
Toujours	92	29,7
Ne sais pas	2	0,6

Plus de la moitié des personnes ayant eu recours au chirurgien-dentiste en première intention, ont déclaré avoir des difficultés à s'alimenter en raison de leur état bucco-dentaire (souvent + toujours).

Tableau 50: Perception des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste sur leur état bucco-dentaire (réponse à question : avez-vous toujours été satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche ?) (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Jamais	60	19,4
Rarement	8	2,6
Parfois	51	16,5
Souvent	43	13,9
Toujours	147	47,4
Ne sais pas	1	0,3

Près des 2/3 des adultes ayant consulté un chirurgien-dentiste étaient satisfaits de leur état bucco-dentaire (61,3 %).

Tableau 51: Répartition des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste selon le délai d'attente au cabinet dentaire et la durée du trajet (N = 310)

	Délai d'attente n (%)	Durée du trajet n (%)
Moins de 30 mn	170 (58,8)	109 (35,2)
Entre 30 mn et 1 heure	45 (14,5)	137 (44,2)
Plus d'une heure	11 (3,5)	16 (5,2)
Ne sais pas	28 (9,0)	48 (15,5)

Près de la moitié des enquêtés a déclaré avoir mis entre 30 minutes et une heure pour se rendre au cabinet dentaire. Aussi, 54,8 % des enquêtés ont-ils affirmé que le délai d'attente pour recevoir des soins était inférieur à 30 minutes.

Tableau 52: Auto-évaluation du coût des soins bucco-dentaires modernes par les enquêtés (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
1000-5000 F Cfa	72	23,2
5000-10000 F Cfa	161	51,9
10000-20000 F Cfa	70	22,6
> 20000 F Cfa	7	2,3

La moitié des enquêtés a déclaré avoir dépensé entre 5000 F Cfa et 10000 F Cfa (7,5 € et 15 €) pour la prise en charge globale des soins bucco-dentaires.

Tableau 53: Perception des enquêtés sur le coût des soins bucco-dentaires modernes (réponse à la question: êtes vous satisfaits du coût global des soins que font les chirurgiens-dentistes?) (N = 310)

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Jamais	49	15,8
Rarement	5	1,6
Parfois	84	27,1
Souvent	42	13,5
Toujours	130	41,9

Plus de la moitié des enquêtés (55,4 %) a affirmé être satisfaite du coût des soins bucco-dentaires (souvent + toujours).

Tableau 54: Perception des enquêtés sur l'efficacité des soins que font les chirurgiens-dentistes (N=310)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Pas efficaces	18	5,8
Efficaces	208	67,1
Très efficaces	81	26,1
Ne sais pas	3	1,0

Près de 95 % des adultes ayant consulté le chirurgien-dentiste ont trouvé les soins modernes efficaces (efficaces + très efficaces).

Tableau 55: Perception des enquêtés sur la capacité de l'odontologie traditionnelle à traiter les affections bucco-dentaires et son intégration dans le système de soins (N=310)

	Oui n (%)	Non n (%)	Sans avis n (%)
Efficacité des soins traditionnels	159 (51,3)	51 (16,5)	100 (32,5)
Intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de soins	209 (67,4)	36 (11,6)	65 (21,0)

La moitié des enquêtés a affirmé que l'odontologie traditionnelle était capable de traiter efficacement les affections bucco-dentaires et 67,4 % des adultes sont favorables à son intégration dans le système de santé.

Tableau 56: Reproches faits aux chirurgiens-dentistes par les enquêtés (N = 310)

	Effectifs (n)	Pourcentage (%)
Coût élevé des soins	77	24,8
Manque de compassion	41	13,2
Dialoguent très peu avec les malades	4	1,3
Plus intéressés par l'argent	10	3,2
Peu aimables	15	4,8
Non respect des rendez-vous	8	2,6
Autres	4	1,3

Les principaux reproches faits aux chirurgiens-dentistes sont: le coût élevé des soins (24,3 %) et l'absence de compassion face à souffrance des malades (13,2 %).

4.3. ETUDE ANALYTIQUE

4.3.1. Relations entre le recours thérapeutique et les variables socio-démographiques

Tableau 57: Analyse univariée entre le recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques (N = 927)

	Recours au tradipraticien			Recours au chirurgien-dentiste		
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,592			0,765
Masculin	321 (51,3)	160 (53,2)		318 (51,5)	163 (52,6)	
Féminin	305 (48,7)	141 (46,8)		299 (48,5)	30 (47,4)	
Age			0,707			0,173
18 - 29 ans	198 (31,6)	91 (30,2)		203 (32,9)	86 (27,7)	
30 - 44 ans	364 (58,1)	183 (60,8)		359 (58,2)	188 (60,7)	
> 45 ans	64 (10,2)	27 (9,0)		55 (8,9)	36 (11,6)	
Niveau scolaire			0,001			0,000
Pas scolarisé	166 (26,5)	112 (37,2)		206 (33,4)	72 (23,2)	
Primaire	263 (42,0)	123 (40,9)		264 (42,8)	122 (39,4)	
Secondaire et plus	197 (31,5)	66 (21,9)		147 (23,8)	116 (37,4)	
Localité d'habitation			0,782			0,925
Rural	467 (75,6)	222 (73,8)		458 (74,2)	231 (74,5)	
Urbain	159 (25,4)	79 (26,2)		159 (25,8)	79 (25,5)	
Type d'habitat			0,188			0,029
Moderne	240 (38,3)	129 (42,9)		261 (42,3)	108 (34,8)	
Traditionnel	386 (61,7)	172 (57,1)		356 (57,7)	202 (65,2)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,824			0,875
< 5 km	315 (50,3)	158 (52,5)		316 (51,2)	157 (50,6)	
5-15 km	164 (26,2)	75 (24,9)		156 (25,3)	83 (26,8)	
> 15 km	147 (23,5)	68 (22,6)		145 (23,5)	70 (22,6)	
Assurance			0,018			0,000
Non	599 (95,7)	237 (98,7)		607 (98,7)	289 (93,2)	
Oui	27 (4,3)	4 (1,3)		10 (1,6)	21 (6,8)	
Centre de santé			0,553			0,927
Absence	233 (37,2)	106 (35,2)		225 (36,5)	114 (36,8)	
Présence	393 (62,8)	195 (64,8)		392 (63,5)	196 (63,2)	

Les adultes ayant le niveau d'étude du secondaire ou plus (21,6 %) ont moins consulté le tradipraticien que ceux qui avaient le niveau d'étude primaire (40,9 %) ou qui n'étaient pas scolarisés (37,2 %). De même, la proportion des adultes ne disposant pas d'une assurance de santé était plus importante pour les personnes ayant eu recours tradipraticien (98,7 % contre 95,7 % ; p = 0,018)

Les proportions des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste avec un niveau d'étude primaire ou secondaire étaient plus élevées (39,4 % et 37,4 %) que celle des adultes non scolarisés (23,2 %) (p = 0,000). Les adultes vivant dans un habitat de type moderne ont plus consulté le chirurgien-dentiste que ceux vivant dans un habitat traditionnel (65,2 % contre 34,8 % ; p = 0,029). De même, on a observé une proportion significativement plus élevée chez les personnes ayant une assurance de santé et ayant consulté le chirurgien-dentiste (p= 0,000).

Tableau 58: Analyse univariée entre le renoncement aux soins et les variables socio-démographiques (N = 927)

Recours à un praticien			
	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,408
Masculin	158 (50,0)	323 (52,9)	
Féminin	158 (50,0)	288 (47,1)	
Age			0,126
18-29 ans	112 (35,4)	177 (29,0)	
30-44ans	176 (55,7)	371 (60,7)	
> 44 ans	28 (8,9)	63 (10,3)	
Niveau scolaire			0,317
Pas scolarisé	94 (29,7)	184 (30,1)	
Primaire	141 (44,6)	245 (40,1)	
Secondaire et plus	81 (25,6)	182 (29,8)	
Milieu d'habitation			0,858
Rural	236 (74,7)	453 (74,1)	
Urbain	80 (25,3)	158 (25,9)	
Type d'habitat			0,379
Traditionnel	132 (41,8)	237(38,8)	
Moderne	184 (58,2)	374 (61,2)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,824
< 5km	158 (50)	315 (51,6)	
5-15 km	81 (25,6)	158 (25,9)	
>15 km	77 (24,4)	138 (22,6)	
Assurance			0,078
Non	310 (98,1)	586 (95,9)	
Oui	6 (1,9)	25 (4,1)	
Centre de santé			0,621
Absence	119 (37,7)	220 (36)	
Présence	197 (62,3)	391 (64)	

Il n'y avait pas de différence significative chez les adultes ayant renoncé aux soins selon l'âge, le sexe, le niveau scolaire et le milieu d'habitation.

Il n'y avait pas de différence significative pour le renoncement aux soins selon le type d'habitat, la couverture en assurance, la distance entre la localité d'habitation et le cabinet dentaire et la présence d'un centre de santé dans la localité.

4.3.2. Relations entre les principales raisons du choix thérapeutique et les variables socio-démographiques

Tableau 59: Relations entre « Coût abordable des soins », « Soins moins douloureux », évoquées comme raisons du recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques (N = 301)

	Coût du traitement abordable			Soins moins douloureux		
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,794			0,890
Masculin	41 (51,9)	119 (53,6)		127 (53,4)	33 (52,4)	
Féminin	38 (48,1)	103 (46,4)		111 (46,6)	30 (47,6)	
Age			0,637			0,393
18-29 ans	22 (27,8)	69 (31,1)		75 (31,5)	16 (25,4)	
30-44 ans	48 (60,8)	135 (60,8)		144 (60,5)	39 (61,9)	
> 45 ans	9 (11,4)	18 (8,1)		19 (8,0)	8 (12,7)	
Niveau scolaire			0,334			0,039
Pas scolarisé	27 (34,2)	85 (38,3)		94 (39,5)	18 (28,6)	
Primaire	30 (38)	93 (41,9)		99 (41,6)	24 (38,1)	
Secondaire et plus	22 (27,8)	44 (19,8)		45 (18,9)	21 (33,3)	
Milieu d'habitation			0,606			0,637
Rural	60 (75,9)	162 (73,0)		177 (74,4)	45 (71,4)	
Urbain	19 (24,1)	60 (23,0)		61 (25,6)	18 (28,6)	
Type d'habitat			0,820			0,047
Moderne	46 (58,2)	126 (56,8)		129 (54,2)	43 (68,3)	
Traditionnel	33 (41,8)	96 (43,2)		109 (45,8)	20 (31,7)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,355			0,205
< 5 km	44 (55,7)	144 (51,4)		119 (50,0)	39 (61,9)	
5-15 km	15 (19,0)	60 (27,0)		61 (25,6)	14 (22,2)	
> 15 km	20 (25,3)	48 (21,6)		58 (24,4)	10 (14,7)	
Assurance			0,955			0,150
Non	78 (98,7)	219 (98,6)		236 (99,2)	61 (96,8)	
Oui	1 (1,3)	3 (1,4)		2 (0,8)	2 (3,2)	
Centre de santé			0,746			0,709
Absence	29 (36,7)	77 (34,7)		153 (64,3)	42 (66,7)	
Présence	50 (63,3)	145 (65,3)		85 (35,7)	21 (33,3)	

Il n'y avait pas de différence significative au niveau des variables socio-démographiques des adultes ayant eu recours au tradipraticien en raison du coût abordable des traitements.

La proportion des adultes ayant eu recours au tradipraticien en raison de l'absence de douleur lors des soins était significativement plus élevée pour ceux ayant un niveau d'étude primaire ($p = 0,039$). De même, la différence était significative quand au type d'habitat pour le recours au tradipraticien, pour cette même raison. La proportion des adultes ayant eu recours au tradipraticien parce qu'ils trouvaient leurs soins moins douloureux, était significativement plus élevée chez ceux vivant dans un habitat de type moderne (68,3 %, $p = 0,047$).

Tableau 60: Relations entre « Traitement efficace » et « Proximité des tradipraticiens » évoquées comme raisons du recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques (N = 301)

Traitement efficace			Proximité des tradipraticiens			
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,333			0,903
Masculin	135 (54,5)	26 (47,3)		128 (53,3)	32 (52,5)	
Féminin	112 (45,5)	29 (52,7)		112 (46,7)	29 (47,5)	
Age			0,004			0,471
18-29 ans	81 (32,9)	10 (18,2)		69 (28,8)	22 (36,1)	
30-44 ans	139 (56,5)	44 (80,0)		148 (61,7)	35 (57,4)	
> 45 ans	26 (10,6)	1 (1,8)		23 (9,6)	4 (6,6)	
Niveau scolaire			0,881			0,142
Pas scolarisé	92 (37,4)	20 (36,4)		91 (37,9)	21 (34,4)	
Primaire	100 (40,2)	24 (43,6)		102 (42,5)	21 (34,4)	
Secondaire et plus	55 (22,4)	11 (20,0)		47 (19,6)	19 (31,1)	
Milieu d'habitation			0,596			0,009
Rural	39 (70,9)	183 (74,4)		169 (70,4)	53 (86,9)	
Urbain	15 (29,1)	64 (25,6)		70 (29,6)	8 (13,1)	
Type d'habitat			0,168			0,075
Moderne	136 (55,3)	36 (65,5)		131 (54,6)	41 (67,2)	
Traditionnel	110 (44,7)	19 (34,5)		109 (45,4)	20 (32,8)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,330			0,604
< 5 km	134 (54,5)	24 (43,6)		129 (53,8)	29 (47,5)	
5-15 km	58 (23,6)	17 (30,9)		57 (23,8)	18 (29,5)	
> 15 km	54 (22,0)	14 (25,5)		54 (22,5)	14 (23,0)	
Assurance			0,346			0,813
Non	242 (98,4)	55 (100)		237 (98,8)	60 (98,4)	
Oui	4 (1,6)	0 (0,0)		3 (1,2)	1 (1,6)	
Centre de santé			0,908			0,876
Absence	87 (35,4)	19 (34,5)		84 (35)	22 (36,1)	
Présence	159 (64,6)	36 (65,5)		156 (65)	39 (63,9)	

Le recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins était lié à l'âge des enquêtés. Les adultes ayant un âge compris entre 30 et 44 ans ont plus eu recours au tradipraticien pour cette raison (80 %, p = 0,004).

On a également observé que le recours au tradipraticien en raison de sa proximité différait selon le milieu d'habitation. Les adultes résidant en milieu rural consultaient plus les tradipraticiens que ceux vivant en zone urbaine (86,9 %, p = 0,009).

Tableau 61: Relations entre « propreté et hygiène dans les cabinets dentaires » et « confiance en l'odontologie moderne », évoquées comme raisons du recours au chirurgien-dentiste et variables socio-démographiques (N = 310)

	Propreté et hygiène dans les cabinets dentaires			Confiance en l'odontologie moderne		
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,844			0,248
Masculin	126 (52,3)	37 (53,6)		25 (61,0)	138 (51,3)	
Féminin	115 (47,7)	32 (46,4)		16 (39,0)	131 (48,7)	
Age			0,902			0,031
18-29 ans	67 (27,5)	19 (27,5)		8 (19,5)	78 (29,0)	
30-44 ans	145 (60,2)	43 (62,3)		32 (78,0)	156 (58,0)	
> 45 ans	29 (80,6)	7 (10,1)		1 (2,4)	35 (13,0)	
Niveau scolaire			0,181			0,898
Pas scolarisé	60 (24,9)	12 (17,4)		10 (24,4)	62 (23,0)	
Primaire	97 (40,2)	25 (36,2)		17 (41,5)	105 (39,0)	
Secondaire et plus	84 (34,9)	32 (46,4)		14 (34,1)	102 (37,9)	
Milieu d'habitation			0,284			0,577
Rural	183 (75,9)	48 (69,6)		32 (78,0)	199 (74,0)	
Urbain	58 (24,1)	21 (30,4)		9 (22,0)	70 (26,0)	
Type d'habitat			0,021			0,018
Moderne	149 (61,8)	53 (76,8)		20 (48,8)	182 (67,7)	
Traditionnel	92 (38,2)	16 (23,2)		21 (51,2)	87 (32,3)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,166			0,025
< 5 km	120 (49,8)	37 (53,6)		17 (41,5)	140 (52)	
5-15 km	61 (25,3)	22 (31,9)		8 (19,5)	75 (27,9)	
> 15 km	60 (24,9)	10 (14,5)		16 (39,0)	54 (20,1)	
Assurance			0,071			0,415
Non	228 (94,6)	61 (88,4)		37 (90,2)	252 (93,7)	
Oui	13 (5,4)	8 (11,6)		4 (9,8)	17 (6,3)	
Centre de santé			0,536			0,748
Absence	92 (38,2)	22 (31,9)		16 (39,0)	98 (36,4)	
Présence	148 (61,8)	47 (68,1)		25 (61,0)	171 (63,6)	

« La confiance en l'odontologie moderne » comme raison du recours au chirurgien-dentiste était significativement liée à l'âge des enquêtés. La proportion des adultes âgés de 30 à 44 ans l'ayant évoqué était deux fois supérieure à celle des adultes âgés de 18 à 29 ans et quatre fois supérieure à celle des adultes ayant un âge supérieur à 45 ans ($p = 0,031$).

Le type d'habitat des enquêtés influençait significativement le recours aux soins modernes. Les adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste en raison de l'hygiène et la propreté des cabinets dentaires vivaient préférentiellement dans des habitats modernes (76,8 %, $p = 0,021$). On notait une différence significative s'agissant du type d'habitat et la distance séparant le lieu d'habitation du cabinet dentaire pour le recours au chirurgien-dentiste. Les adultes vivant dans un habitat de type moderne (67,7 %, $p = 0,018$) et ceux qui étaient situés à moins de 5 km d'un cabinet dentaire faisaient le plus confiance à l'odontologie moderne (52 %, $p = 0,025$).

Tableau 62: Relations entre « coût du traitement abordable » évoquée comme raison du recours au chirurgien-dentiste et les variables socio-économiques (N = 310)

Coût du traitement abordable			
	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,981
Masculin	134 (52,5)	29 (52,7)	
Féminin	121 (47,5)	26 (47,3)	
Age			0,158
18-29 ans	65 (25,5)	21 (38,2)	
30-44 ans	159 (62,4)	29 (52,7)	
> 45 ans	31 (12,2)	5 (9,1)	
Niveau scolaire			0,862
Pas scolarisé	58 (22,7)	14 (25,5)	
Primaire	100 (39,2)	22 (40,0)	
Secondaire et plus	97 (38,0)	19 (34,5)	
Milieu d'habitation			0,171
Rural	186 (72,9)	45 (81,8)	
Urbain	69 (27,1)	10 (18,2)	
Type d'habitat			0,981
Moderne	160 (62,7)	29 (52,7)	
Traditionnel	95 (37,3)	26 (47,3)	
Distance entre la localité Et le cabinet dentaire			0,197
< 5 km	22 (40,0)	135 (52,9)	
5-15 km	19 (34,5)	64 (25,1)	
> 15 km	14 (25,5)	56 (22,0)	
Assurance			0,178
Non	240 (94,1)	49 (89,1)	
Oui	15 (5,9)	6 (10,9)	
Centre de santé			0,811
Absence	93 (36,5)	21 (38,2)	
Présence	16 (63,5)	34 (61,8)	

On n'a observé aucune différence significative au niveau des variables socio-démographiques des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste en raison du coût abordable des soins.

4.3.3. Relations entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques

Tableau 63: Relations entre « problèmes financiers » et « médicaments disponibles à domicile » évoquées comme raisons du non recours au chirurgien-dentiste et les variables socio-démographiques (N = 310)

	Problèmes financiers			Médicaments disponibles à domicile		
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,365			0,077
Masculin	92 (52,3)	66 (47,1)		110 (53,7)	48 (43,2)	
Féminin	84 (47,7)	74 (52,9)		95 (46,3)	63 (56,8)	
Age			0,986			0,995
18-29 ans	62 (35,2)	50 (35,7)		73 (35,6)	39 (35,1)	
30-44 ans	98 (55,7)	78 (55,7)		114 (55,6)	62 (55,9)	
>	16 (9,1)	12 (8,6)		18 (8,8)	10 (9,0)	
Niveau scolaire			0,358			0,991
Pas scolarisé	47 (26,7)	47 (33,6)		61 (29,8)	33 (29,7)	
Primaire	80 (45,5)	61 (43,6)		91 (44,4)	50 (45,0)	
Secondaire et plus	49 (27,8)	32 (22,9)		53 (25,9)	28 (25,2)	
Milieu d'habitation			0,013			0,765
Rural	141 (80,1)	95 (67,9)		152 (74,1)	84 (75,7)	
Urbain	35 (19,9)	45 (32,1)		53 (25,9)	27 (24,3)	
Type d'habitat			0,905			0,421
Moderne	103 (58,5)	81 (57,9)		116 (56,6)	68 (61,3)	
Traditionnel	73 (41,5)	59 (42,1)		89 (43,4)	43 (38,7)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,078			0,242
< 5 km	80 (45,5)	78 (55,7)		105 (51,2)	53 (47,7)	
5-15 km	45 (25,6)	36 (25,7)		56 (27,3)	25 (22,5)	
> 15 km	51 (29,0)	26 (18,6)		44 (21,5)	33 (29,7)	
Assurance			0,169			0,926
Non	171 (97,2)	139 (99,3)		201 (98,0)	109 (98,2)	
Oui	5 (2,8)	1 (0,7)		4 (2,0)	2 (1,8)	
Centre de santé			0,687			0,098
Absence	68 (38,6)	51 (36,4)		84 (41)	35 (31,5)	
Présence	108 (61,4)	89 (63,6)		121 (59)	76 (68,5)	

On a observé une différence significative s'agissant du milieu d'habitation des enquêtés ayant renoncé aux soins modernes pour des raisons financières. Les adultes résidant en milieu rural ont le plus renoncé aux soins pour cette raison (67,9 %, p = 0,013).

S'agissant des adultes ayant renoncé aux soins parce qu'ils disposaient des médicaments à leur domicile, on n'a observé aucune différence au niveau des variables socio-démographiques.

Tableau 64: Relations entre « pas besoin de soins » évoquée comme raison du non recours du chirurgien-dentiste et les variables socio-démographiques (N = 310)

Pas besoin de soins			
	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,019
Masculin	116 (46,6)	42 (62,7)	
Féminin	133 (53,4)	25 (37,3)	
Age			0,338
18-29 ans	84 (33,7)	28 (41,8)	
30-44 ans	144 (57,8)	32 (47,8)	
> 45 ans	21 (8,4)	7 (10,4)	
Niveau scolaire			0,474
Pas scolarisé	75 (30,1)	19 (28,4)	
Primaire	114 (45,8)	27 (40,3)	
Secondaire et plus	60 (24,1)	21 (31,3)	
Milieu d'habitation			0,210
Rural	182 (73,1)	54 (80,6)	
Urbain	67 (26,9)	13 (19,4)	
Type d'habitat			0,574
Moderne	147 (59)	37 (55,2)	
Traditionnel	102 (41,0)	30 (44,8)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,048
< 5 km	130 (52,2)	28 (41,8)	
5-15 km	56 (22,5)	25 (37,3)	
> 15 km	63 (25,3)	14 (20,9)	
Assurance			0,463
Non	245 (98,4)	65 (97,0)	
Oui	4 (1,6)	2 (3,0)	
Centre de santé			0,948
Absence	94 (37,8)	25 (37,3)	
Présence	155 (62,2)	42 (62,7)	

Le renoncement aux soins en raison de la non perception de la nécessité des soins était significativement lié à l'âge des enquêtés. Cette raison a été plus évoquée par les hommes (62,7 %; $p = 0,019$).

La non perception de la nécessité des soins comme raison du renoncement aux soins modernes était significativement liée à la distance séparant le lieu d'habitation des enquêtés du cabinet dentaire. Plus les enquêtés étaient proches du cabinet dentaire, plus la proportion de ceux qui estimaient ne pas avoir besoin de soins était importante (41,8 %; 37,3 %; 14 %).

Tableau 65: Relations entre « médicaments disponibles à domicile » et « problèmes financiers » évoquées comme raisons du non recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques (N = 316)

	Médicaments disponibles à domicile (automédication)			Problèmes financiers		
	Non n (%)	Oui n (%)	p	Non n (%)	Oui n (%)	p
Sexe			0,001			0,008
Masculin	107 (57,5)	51 (39,2)		135 (53,8)	23 (35,4)	
Féminin	79 (42,5)	79 (60,8)		116 (46,2)	42 (64,6)	
Age			0,563			0,839
18-29 ans	70 (37,6)	42 (32,3)		91 (36,3)	21 (32,3)	
30-44 ans	99 (53,2)	77 (59,2)		138 (55)	38 (58,5)	
> 45 ans	17 (9,1)	11 (8,5)		22 (8,8)	6 (9,2)	
Niveau scolaire			0,673			0,224
Pas scolarisé	52 (28,0)	42 (32,3)		69 (27,5)	25 (38,5)	
Primaire	84 (45,2)	57 (43,8)		116 (46,2)	25 (38,5)	
Secondaire et plus	50 (26,9)	31 (23,8)		66 (26,3)	15 (23,1)	
Milieu d'habitation			0,120			0,076
Rural	133 (71,5)	103 (69,6)		193 (76,9)	43 (66,2)	
Urbain	53 (28,5)	27 (20,8)		58 (23,1)	22 (33,8)	
Type d'habitat			0,944			0,811
Moderne	108 (58,1)	76 (58,5)		147 (58,6)	37 (56,9)	
Traditionnel	78 (41,9)	54 (41,5)		104 (41,4)	28 (43,1)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,099			0,279
< 5 km	102 (54,8)	56 (43,1)		120 (47,8)	38 (58,5)	
5-15 km	45 (24,2)	36 (27,7)		66 (26,3)	15 (23,1)	
> 15 km	39 (21,0)	38 (29,2)		65 (25,9)	12 (18,5)	
Assurance						
Non	182 (97,8)	61 (98,5)		246 (98,0)	64 (98,5)	
Oui	4 (2,2)	2 (1,5)		5 (2,2)	1 (1,5)	
Centre de santé			0,992			0,198
Absence	70 (37,6)	49 (31,9)		99 (39,4)	20 (30,8)	
Présence	116 (62,4)	81 (62,3)		152 (60,6)	45 (69,2)	

On a observé une différence significative selon le sexe pour les adultes ayant renoncé aux soins traditionnels en raison de l'automédication ou du manque de ressources financières. Dans les deux cas, les femmes ont plus renoncé aux soins des tradipraticiens (60,8 % et 64,6 %).

On n'a observé aucune différence significative chez les adultes n'ayant pas eu recours au tradipraticien en raison de l'automédication ou pour des difficultés financières, selon le type d'habitat, la distance séparant le lieu d'habitation du cabinet dentaire et l'existence d'un centre de santé dans leur localité d'habitation.

Tableau 66: Relations entre « pas besoin de soins », évoquée comme raisons du non recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques (N = 316)

	Pas besoin de soins		p
	Non n (%)	Oui n (%)	
Sexe			0,001
Masculin	114 (45,4)	44 (67,7)	
Féminin	137 (54,6)	21 (32,3)	
Age			0,284
18-29 ans	86 (34,3)	26 (40,0)	
30-44 ans	145 (57,8)	31 (47,7)	
> 45 ans	20 (8,0)	8 (12,3)	
Niveau scolaire			0,650
Pas scolarisé	72 (28,7)	22 (33,8)	
Primaire	115 (45,8)	26 (40,0)	
Secondaire et plus	64 (25,5)	17 (26,2)	
Milieu d'habitation			0,154
Rural	183 (72,9)	53 (81,5)	
Urbain	68 (27,1)	12 (18,5)	
Type d'habitat			0,422
Moderne	149 (59,4)	35 (53,8)	
Traditionnel	102 (40,6)	30 (46,2)	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,011
< 5 km	131 (52,2)	27 (41,5)	
5-15 km	55 (21,9)	26 (40,0)	
> 15 km	65 (25,9)	12 (18,5)	
Assurance			0,811
Non	246 (98,0)	64 (98,5)	
Oui	5 (2,0)	1 (1,5)	
Centre de santé			0,662
Absence	93 (37,1)	26 (40,0)	
Présence	158 (62,9)	39 (60,0)	

Le renoncement aux soins en raison de la non perception de la nécessité des soins était lié au sexe des enquêtés. Les hommes ont plus renoncé aux soins pour cette raison (67,7 %; p = 0,001).

La non perception de la nécessité des soins comme raison du renoncement aux soins traditionnels était liée significativement à la distance séparant le lieu d'habitation des enquêtés du cabinet dentaire. Plus les enquêtés étaient proches du cabinet dentaire, plus la proportion de ceux qui estimaient ne pas avoir besoin de soins était importante (41,5 %; 40 %; 18,5 %).

4.4. LES DETERMINANTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DU RECOURS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

4.4.1. Association entre le recours thérapeutique et les variables socio-démographiques

Tableau 67: Analyse multivariée du recours au tradipraticien et au chirurgien-dentiste en fonction des variables socio-démographiques (N = 927)

	Recours au tradipraticien			Recours au chirurgien-dentiste		
	OR	IC _{95%}	p	OR	IC _{95%}	p
Sexe			0,108			0,184
Masculin	1			1		
Féminin	0,79	[0,59 – 1,05]		1,22	[0,91 – 1,63]	
Age			0,758			0,118
18-29 ans	1			1		
30-44 ans	1,05	[0,77 – 1,45]		1,36	[0,99 – 1,87]	
> 44 ans	0,88	[0,51 – 1,50]		1,51	[0,90 – 2,55]	
Niveau scolaire			0,001			0,000
Pas scolarisé	1			1		
Primaire	0,68	[0,49 – 0,93]		1,38	[0,98 – 1,96]	
Secondaire et plus	0,49	[0,33 – 0,71]		2,35	[1,60 – 3,47]	
Milieu d'habitation			0,752			0,915
Rural	1			1		
Urbain	0,93	[0,61 – 1,43]		1,02	[0,67 – 1,57]	
Type d'habitation			0,490			0,224
Traditionnel	1			1		
Moderne	0,90	[0,67 – 1,21]		1,19	[0,89 – 1,60]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,384			0,719
< 5 km	1			1		
5-15 km	0,85	[0,60 – 1,2]		1,1	[0,74 – 1,48]	
> 15 km	0,79	[0,55 – 1,13]		1,17	[0,81 – 1,69]	
Assurance			0,053			0,003
Non	1			1		
Oui	0,35	[0,12 – 1,02]		3,28	[1,48 – 7,3]	
Centre de santé			0,499			0,924
Absence	1			1		
Présence	1,11	[0,82 – 1,50]		0,99	[0,73 – 1,33]	

Ajusté sur l'ensemble des variables socio-démographiques, le recours au tradipraticien était moins élevé chez les adultes ayant le niveau d'étude du secondaire ou plus que les personnes non scolarisées (OR = 0,49; IC_{95%} = [0,33 – 0,71]). Aussi les adultes ayant le niveau d'étude primaire ont-ils eu moins recours au tradipraticiens que ceux qui n'étaient pas scolarisés (OR = 0,68; IC_{95%} = [0,49 – 0,93]).

Toute chose étant égale par ailleurs, les adultes ayant le niveau d'étude du secondaire ou plus ont 2,35 fois plus consulté le chirurgien-dentiste que ceux qui ne sont pas scolarisés (OR = 2,35; IC_{95%} = [1,60 – 3,47]). Aussi les adultes possédant une assurance de santé ont-ils eu 3,28 fois plus recours au chirurgien-dentiste que ceux qui n'en disposaient pas (OR = 3,28; IC_{95%} = [1,48 – 7,3]).

Tableau 68: Analyse multivariée du renoncement aux soins en fonction des variables socio-démographiques (N = 927)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,760
Masculin	1		
Féminin	0,96	[0,72 – 1,27]	
Age			0,168
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,32	[0,98 – 1,78]	
> 44ans	1,33	[0,80 – 2,22]	
Niveau scolaire			0,331
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,89	[0,64 – 1,24]	
Secondaire et plus	1,16	[1,16 – 0,80]	
Milieu d’habitation			0,973
Rural	1		
Urbain	1,01	[0,70 – 1,44]	
Type d’habitat			0,548
Traditionnel	1		
Moderne	1,09	[0,82 – 1,45]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,835
< 5 km	1		
5-15 km	0,92	[0,63 – 1,35]	
> 15 km	0,89	[0,59 – 1,34]	
Assurance			0,113
Non	1		
Oui	2,09	[0,84 – 5,12]	
Centre de santé			0,425
Absence	1		
Présence	1,12	[0,84 – 1,50]	

Le renoncement aux soins bucco-dentaire n’est lié à aucune variable socio-démographique.

4.4.2. Relations entre les raisons du recours thérapeutique et les variables socio-démographiques

Tableau 69: Analyse multivariée du recours au tradipraticien en raison de sa proximité et les variables socio-démographiques (N = 301)

Variables indépendantes	OR	IC 95%	p
Sexe			0,730
Masculin	1		
Féminin	1,11	[0,31 – 2,04]	
Age			0,591
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	0,80	[0,42 – 1,50]	
> 44ans	0,57	[0,17 – 1,88]	
Niveau scolaire			0,044
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,99	[0,50 – 1,95]	
Secondaire et plus	2,31	[1,10 – 4,89]	
Milieu d’habitation			0,004
Rural	1		
Urbain	0,3	[0,13 – 0,38]	
Type d’habitat			0,30
Traditionnel	1		
Moderne	1,39	[0,75 – 2,58]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,903
< 5 km	1		
5-15 km	0,85	[0,40 – 1,80]	
> 15 km	0,87	[0,38 – 1,99]	
Assurance			0,945
Non	1		
Oui	0,92	[0,80 – 10,46]	
Centre de santé			0,406
Absence	1		
Présence	1,31	[0,69 – 2,47]	

Ajusté sur l’ensemble des variables socio-démographiques, le recours au tradipraticien en raison de sa proximité était lié au milieu d’habitation. Les adultes résidant en milieu urbain ont 0,7 fois eu moins recours au tradipraticien que ceux résidant en milieu rural (OR = 0,3; IC_{95%} = [0,13 – 0,38]).

Les adultes ayant le niveau d’étude secondaire ou plus, ont 2,31 fois plus eu recours au tradipraticien en raison de sa proximité que ceux qui n’étaient pas scolarisés (OR = 2,31; IC_{95%} = [1,10 – 4,89]).

Tableau 70: Analyse multivariée du recours au tradipraticien en raison de l'absence de douleur lors des soins les variables socio-démographiques (N = 301)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,600
Masculin	1		
Féminin	1,17	[0,64 – 2,14]	
Age			0,248
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,55	[0,79 – 3,04]	
> 44ans	2,23	[0,81 – 6,15]	
Niveau scolaire			0,096
Pas scolarisé	1		
Primaire	1,25	[0,64 – 2,46]	
Secondaire et plus	2,2	[1,06 – 4,59]	
Milieu d'habitation			0,568
Rural	1		
Urbain	0,80	[0,38 – 1,72]	
Type d'habitat			0,112
Traditionnel	1		
Moderne	1,63	[0,89 – 2,97]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,303
< 5 km	1		
5-15 km	0,63	[0,31 – 1,29]	
> 15 km	0,62	[0,27 - 1,41]	
Assurance			0,273
Non	1		
Oui	3,23	[0,40 – 26,39]	
Centre de santé			0,974
Absence	1		
Présence	1,01	[0,51 – 2,02]	

Aucune variable socio-démographique n'était liée significativement au recours au tradipraticien en raison de l'absence de douleur lors de ses soins.

Tableau 71: Analyse multivariée du recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins et les variables socio-démographiques (N = 301)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,420
Masculin	1		
Féminin	1,29	[0,70 – 2,38]	
Age			0,004
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	2,89	[1,35 – 6,15]	
> 44ans	0,31	[0,04 – 2,54]	
Niveau scolaire			0,936
Pas scolarisé	1		
Primaire	1,01	[0,54 – 2,21]	
Secondaire et plus	1,18	[0,48 – 2,92]	
Milieu d'habitation			0,028
Rural	1		
Urbain	1,89	[1,12 – 7,45]	
Type d'habitat			0,054
Traditionnel	1		
Moderne	1,94	[0,99 – 3,80]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,049
< 5 km	1		
5-15 km	2,96	[1,15 – 7,60]	
> 15 km	2,97	[1,09 – 8,10]	
Assurance			0,999
Non	1		
Oui	-	[0,00 – 0,00]	
Centre de santé			0,802
Absence	1		
Présence	1,1	[0,52 – 2,31]	

Toute chose étant égale part ailleurs, le recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des traitements était lié à l'âge des enquêtés. Les adultes âgés de 30 à 44 ans ont 2,89 fois plus eu recours aux tradipraticiens que ceux ayant un âge compris entre 18 et 29 ans et 2,58 fois plus que les personnes ayant un âge supérieur à 44 ans (OR = 2,89; IC_{95%} = [1,35 – 6,15]).

De même, les adultes vivant en milieu urbain ont 1,89 fois plus eu recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins que ceux résidant en milieu rural (OR = 1,89; IC_{95%} = [1,12 – 7,45]).

Les adultes situés à plus de 15 km, et ceux situés entre 5 – 15 km du cabinet dentaire ont respectivement eu 2,97 fois (OR = 2,97; IC_{95%} = [1,09 – 8,10]) et 2,96 fois [OR = 2,96; IC_{95%} = [1,15 – 7,60]) plus recours au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins que ceux résidant à moins de 5 km du cabinet dentaire.

Tableau 72: Analyse multivariée du recours au chirurgien-dentiste en raison de la confiance aux soins modernes et les variables socio-démographiques (N = 310)

Variabiles socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,441
Masculin	1		
Féminin	1,32	[0,65 – 2,66]	
Age			0,069
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	0,53	[0,23 – 1,22]	
> 44ans	3,80	[0,43 – 33,43]	
Niveau scolaire			0,862
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,93	[0,38 – 2,28]	
Secondaire et plus	1,16	[0,44 – 3,09]	
Milieu d’habitation			0,927
Rural	1		
Urbain	1,05	(0,35 – 3,19]	
Type d’habitat			0,016
Traditionnel	1		
Moderne	2,31	[1,17 – 4,59]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,557
< 5 km	1		
5-15 km	0,97	[0,39 – 2,46]	
> 15 km	0,53	[0,24 – 1,16]	
Assurance			0,121
Non	1		
Oui	0,37	[0,11 – 1,30]	
Centre de santé			0,903
Absence	1		
Présence	1,05	[0,47 – 2,33]	

Toute chose étant égale par ailleurs, le recours au chirurgien-dentiste en raison de la confiance aux soins modernes était lié au type d’habitat des enquêtés. Les adultes résidant dans un habitat de type moderne consultaient 2,31 fois plus le chirurgien-dentiste que ceux résidant dans un habitat de type traditionnel (OR = 2,31; IC_{95%} = [1,17 – 4,59]).

Tableau 73: Analyse multivariée du recours au chirurgien-dentiste en raison de la propriété et de l'hygiène dans les cabinets dentaires et les variables socio-démographiques (N=310)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,608
Masculin	1		
Féminin	1,17	[0,64 – 2,14]	
Age			0,632
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,08	[0,57 – 2,04]	
> 44ans	0,68	[0,24 – 1,93]	
Niveau scolaire			0,408
Pas scolarisé	1		
Primaire	1,27	[0,59 – 2,75]	
Secondaire et plus	1,65	[0,77 – 3,52]	
Milieu d'habitation			0,138
Rural	1		
Urbain	1,59	[0,86 – 2,93]	
Type d'habitat			0,021
Traditionnel	1		
Moderne	2,11	[1,20 – 3,98]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,662
< 5 km	1		
5-15 km	1,26	[0, 57 – 2,71]	
> 15 km	0,86	[0,35 – 2,12]	
Assurance			0,141
Non	1		
Oui	2,03	[0,80 – 5,18]	
Centre de santé			0,602
Absence	1		
Présence	1,19	[0,62 – 2,29]	

Après ajustement sur les variables socio-démographiques, le recours au chirurgien-dentiste en raison de la confiance aux soins modernes était lié au type d'habitat des enquêtés. Les adultes résidant dans un habitat de type moderne consultaient 2,11 fois plus le chirurgien-dentiste que ceux résidant dans un habitat de type traditionnel (OR= 2,11 ; IC_{95%} = [1,20 – 3,98]).

4.4.3. Relations entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques

Tableau 74: Analyse multivariée du renoncement aux soins traditionnels en raison de la disponibilité des médicaments à domicile et les variables socio-démographiques (N=316)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,002
Masculin	1		
Féminin	2,11	[1,33 – 3,34]	
Age			0,663
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,26	[0,76 – 2,10]	
> 44ans	1,18	[0,49 – 2,85]	
Niveau scolaire			0,662
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,97	[0,55 – 1,70]	
Secondaire et plus	1,28	[0,65 – 2,52]	
Milieu d’habitation			0,745
Rural	1		
Urbain	0,89	[0,44 – 1,81]	
Type d’habitat			0,881
Traditionnel	1		
Moderne	1,04	[0,62 – 1,74]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,104
< 5 km	1		
5-15 km	1,43	[0,82 – 2,49]	
> 15 km	1,80	[1,03 – 3,16]	
Assurance			0,641
Non	1		
Oui	0,65	[0,11 – 3,96]	
Centre de santé			0,600
Absence	1		
Présence	1,14	[0,70 – 1,86]	

Toute chose étant égale par ailleurs, le renoncement aux soins du tradipraticien en raison de la disponibilité des médicaments était lié au sexe des enquêtés. Les femmes ont 2,11 fois plus renoncé aux soins que les hommes pour cette raison (OR = 2,11 ; IC_{95%} = [1,33 – 3,34]).

Tableau 75: Analyse multivariée renoncement aux soins traditionnels pour des raisons financières et les variables socio-démographiques (N = 316)

Variables socio-démographiques	OR	IC_{95%}	p
Sexe			0,004
Masculin	1		
Féminin	2,34	[1,31 – 4,18]	
Age			0,556
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,41	[0,74 – 2,69]	
> 44ans	1,41	[0,48 – 4,12]	
Niveau scolaire			0,329
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,62	[0,33 – 1,19]	
Secondaire et plus	0,66	[0,30 – 1,45]	
Milieu d’habitation			0,030
Rural	1		
Urbain	1,97	[1,07 – 3,64]	
Type d’habitat			0,779
Traditionnel	1		
Moderne	0,92	[0,49 – 1,70]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,650
< 5 km	1		
5-15 km	0,81	[0,36 – 1,78]	
> 15 km	0,67	[0,29 – 1,57]	
Assurance			0,941
Non	1		
Oui	0,92	[0,09 – 9,03]	
Centre de santé			0,451
Absence	1		
Présence	1,30	[0,66 – 2,56]	

En tenant compte des variables socio-démographiques, le renoncement aux soins traditionnels pour des raisons financières était lié au sexe des enquêtés. Les femmes ont 2,34 fois plus renoncé aux soins que les hommes (OR = 2,34; IC_{95%} = [1,31 – 4,18]).

Le milieu d’habitation influençait le renoncement aux soins traditionnels pour raisons financières. Les adultes résidant en milieu urbain ont 1,97 fois plus renoncé aux soins que ceux vivant en milieu rural (OR = 1,97; IC_{95%} = [1,07 – 3,64]).

Tableau 76: Analyse multivariée du renoncement aux soins traditionnels en raison de la non perception de la nécessité des soins et les variables socio-démographiques (N=316)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,001
Masculin	1		
Féminin	0,35	[0,19 – 0,64]	
Age			0,283
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	0,62	[0,33 – 1,16]	
> 44ans	0,96	[0,36 – 2,57]	
Niveau scolaire			0,535
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,67	[0,33 – 1,36]	
Secondaire et plus	0,74	[0,31 – 1,75]	
Milieu d’habitation			0,128
Rural	1		
Urbain	0,52	[0,22 – 1,21]	
Type d’habitat			0,155
Traditionnel	1		
Moderne	0,64	[0,35 – 1,18]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,014
< 5 km	1		
5-15 km	1,86	[0,90 – 3,87]	
> 15 km	0,56	[0,23 – 1,37]	
Assurance			0,477
Non	1		
Oui	0,41	[0,04 – 4,70]	
Centre de santé			0,553
Absence	1		
Présence	1,22	[0,63 – 2,36]	

Le renoncement aux soins bucco-dentaires traditionnels pour non perception de leur nécessité était lié au sexe de enquêtés. Les femmes ont 0,65 fois moins renoncé aux soins que les hommes (OR = 0,35, IC_{95%} = [0,19 – 0,64]).

La distance entre la localité d’habitation de l’enquêté et le cabinet dentaire semblait jouer un rôle dans le renoncement aux soins dentaires traditionnels. Les personnes situées à plus de 15 km ont majoritairement moins renoncé aux soins traditionnels mais la différence observée n’est pas significative (IC_{95%} = [0,23 – 1,37])

Tableau 77: Analyse multivariée du renoncement aux soins modernes pour des raisons financières et les variables socio-démographiques (N = 316)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	P
Sexe			0,509
Masculin	1		
Féminin	1,17	[0,73 – 1,89]	
Age			0,994
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	1,02	[0,61 – 1,71]	
> 44ans	0,99	[0,40 – 2,44]	
Niveau scolaire			0,125
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,73	[0,43 – 1,24]	
Secondaire et plus	0,72	[0,27 – 0,98]	
Milieu d’habitation			0,004
Rural	1		
Urbain	2,19	[1,28 – 3,76]	
Type d’habitat			0,837
Traditionnel	1		
Moderne	1,06	[0,64 – 1,75]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,267
< 5 km	1		
5-15 km	1	[0, 54 – 1,88]	
> 15 km	0,62	[0,32 – 1,20]	
Assurance			0,269
Non	1		
Oui	0,29	[0,03 – 2,61]	
Centre de santé			0,537
Absence	1		
Présence	0,85	[0,50 – 1,44]	

Toute chose étant égale par ailleurs, le renoncement aux soins modernes en raison du manque de ressources financières était lié au milieu de résidence des enquêtés. Les adultes résidant en zone urbaine ont 2,19 fois plus renoncé aux soins pour cette raison que ceux résidant en milieu rural (OR = 2,19; IC_{95%} = [1,28 – 3,76]).

Tableau 78: Analyse multivariée du non recours au chirurgien-dentiste en raison de non perception de la nécessité des soins et les variables socio-démographiques (N = 316)

Variables socio-démographiques	OR	IC 95%	p
Sexe			0,015
Masculin	1		
Féminin	0,50	[0,29 – 0,87]	
Age			0,258
18- 29 ans	1		
30- 44 ans	0,61	[0,33 – 1,10]	
> 44ans	0,78	[0,29 – 2,10]	
Niveau scolaire			0,520
Pas scolarisé	1		
Primaire	0,90	[0,44 – 1,82]	
Secondaire et plus	1,38	[0,61 – 3,13]	
Milieu d’habitation			0,278
Rural	1		
Urbain	0,64	[0,28 – 1,44]	
Type d’habitat			0,343
Traditionnel	1		
Moderne	0,75	[0,41 – 1,36]	
Distance entre la localité et le cabinet dentaire			0,038
< 5 km	1		
5-15 km	2,17	[1,15 – 4,09]	
> 15 km	1,04	[0,51 – 2,12]	
Assurance			0,810
Non	1		
Oui	1,28	[0,18 – 9,24]	
Centre de santé			0,388
Absence	1		
Présence	1,33	[0,70 – 2,52]	

Les femmes ont 0,5 fois moins renoncé aux soins modernes en raison de la non perception de leur nécessité que les hommes (OR = 0,5; IC_{95%} = [0,29 – 0,87]).

Ajusté sur les variables socio-démographiques, le renoncement aux soins modernes en raison de la non perception de leur nécessité était en rapport avec la localisation géographique des enquêtés. Les adultes situés entre 5 et 15 km du cabinet dentaire ont 2,17 fois plus renoncé aux soins que ceux situés à moins de 5 km (OR = 2,179; IC_{95%} = [1,15 – 4,09]).

V. DISCUSSION

5.1. ASPECTS METHODOLOGIQUES

Les études portant sur l'accès aux soins en Afrique soulèvent souvent des problèmes méthodologiques rendant difficiles leur compréhension ou des comparaisons entre elles [107]. L'absence de clarification sur la méthode d'étude utilisée ou la non prise en compte de potentiels biais peuvent compromettre la qualité des données. C'est ce qui nous amène à justifier nos choix méthodologiques dans la présente étude

5.1.1. Le choix de l'enquête par interview face à face

Le recueil d'informations sur l'accès aux soins des populations peut se faire par focus groupe ou par interview face à face. Le focus groupe est réservé aux études qualitatives pour lesquelles des informations précises, aussi complètes que possibles sont disponibles sur un sujet donné auprès de personnes averties ou concernées. Son utilisation nécessite un minimum de connaissance sur le sujet à aborder afin d'élaborer les questions qui feront l'objet de débats. Pour la présente étude, il s'agissait dans un premier temps de mesurer l'importance de certains faits à l'aide d'indicateurs et ensuite montrer l'association entre le recours aux soins et les variables socio-démographiques. Le focus groupe ne pouvait pas permettre ceci en raison du nombre de participant à une discussion limité à 12 personnes au maximum. Ces raisons justifient le choix porté sur une étude quantitative. Parmi les méthodes d'investigations d'usage courant, l'enquête par interview face à face a été préférée à celle par téléphone car très peu de personnes disposaient d'un téléphone dans la zone d'étude. C'est en outre la méthode d'enquête couramment utilisée en Côte d'Ivoire et recommandée pour le recueil de données en ménages [108]. Elle permet en outre de réduire le taux de non réponse ou de fiches mal remplies à condition que les enquêteurs aient été bien formés.

5.1.2. Choix de la population d'étude

Un questionnaire à trois volets a été développé, chaque partie s'adressant à une catégorie bien définie de personnes. Ces catégories résultent de choix pouvant se présenter à une personne ayant une affection bucco-dentaire, à savoir: le recours au tradipraticien, le recours au chirurgien-dentiste ou le renoncement aux soins avec pour corollaire une automédication ou l'expectative. Il s'agissait dans chaque cas, d'avoir des informations précises sur un certain nombre de préoccupations spécifiques selon la situation en présence, en s'adressant à un nombre important de personnes.

5.1.3. Représentativité de l'échantillon

La méthode d'échantillonnage par quota est couramment utilisée pour les enquêtes en ménage. C'est une méthode de choix raisonné où l'on construit l'échantillon comme une maquette représentative de la population mère en visant à partir d'informations à priori, à reproduire les caractéristiques principales de la population [109]. Dans le cas présent, en absence de données sur les variables susceptibles d'influencer le recours des populations aux soins notamment les variables socio-économiques, la méthode d'échantillonnage stratifié avec allocation proportionnelle à la taille a été utilisée. Cette option permettait de tenir compte de la réalité socio-démographique du département de Dabou, tout en visant la représentativité. L'absence de randomisation dans le choix des sujets amènerait à priori à interpréter les résultats avec prudence. Aussi l'étude n'a-t-elle pris en compte que les personnes présentes à leur domicile lors du passage de l'enquêteur, ce qui aurait pu compromettre sa représentativité. Cependant, des dispositions ont été prises pour minimiser ces effets. Ainsi le

choix des zones d'enquête a été fait par tirage au sort après une stratification qui a permis de prendre en compte les spécificités du département. Le premier niveau de stratification était le milieu d'habitation avec une distinction entre la zone urbaine disposant de cabinet dentaire et la zone rurale qui en est dépourvue. Le deuxième niveau de stratification concernait le type d'habitat, (moderne/traditionnel) censé refléter la catégorie socio-économique de l'enquêté. Cette variable était effectivement associée à l'utilisation des services dentaires dans l'étude effectuée au Nigeria en 1994 [79]. Ensuite, il a été tenu compte du critère de distance existant entre la localité d'habitation de l'enquêté et le cabinet dentaire. La distance séparant un village et la ville où se trouve le cabinet dentaire peut influencer le choix d'une personne pour le type de soins, comme l'a souligné Mosha en Tanzanie [110]. Enfin, pour ce qui est de la présence ou non du centre de santé dans la localité, le quatrième niveau de stratification, son choix est justifié par le fait que les agents de santé communautaires peuvent être des sources d'informations pour les habitants des zones rurales et les orientés vers les soins appropriés.

En plus de la stratification, la méthode des itinéraires utilisée pour le recrutement des sujets empêchait l'enquêteur d'interviewer les personnes dans la rue avec facilité, ou selon leur volonté. Ces dispositions permettent donc d'extrapoler les résultats à l'ensemble du département.

5.1.4. Les biais

Pour l'enquête menée auprès des tradipraticiens, le principal biais résidait dans la sélection des tradipraticiens. Il concernait le risque d'interviewer des personnes n'ayant pas de compétence réelle dans la prise en charge des affections bucco-dentaires. Pour limiter ce biais, l'enquêteur était accompagné en zone urbaine par une personne désignée par les autorités administratives pour sa connaissance du terrain. Dans les villages, cette personne était désignée par le chef du village.

Un autre biais résidait dans le mode de recrutement des tradipraticiens. Leur recrutement s'étant fait de bouche à oreille, il est possible que ceux qui étaient peu connus dans leur zone de résidence pendant le déroulement de l'enquête n'aient pas été contactés. Cependant, les informations recueillies auprès des 28 tradipraticiens ayant participé à l'étude sont des données importantes à prendre en considération.

S'agissant de l'étude menée auprès des usagers, le principal biais concernait l'exactitude des données recueillies. En effet, le questionnaire faisant référence aux souvenirs des personnes interrogées, il n'y avait aucun élément objectif pour vérifier leur véracité. Pour limiter ce biais de souvenir, il a été procédé à la sensibilisation de la population sur le bien fondé de l'étude au début de chaque interview. Cette précaution avait pour objectif de réduire les déclarations erronées. De plus, le choix d'enquêteurs originaires du département de Dabou, donc au fait des réalités du terrain pouvait dissuader certaines personnes à donner de fausses informations.

L'étude était également confrontée à un biais d'information lié à la variabilité inter enquêteurs. Pour y remédier, il a été procédé à un calibrage des enquêteurs au cours de la pré-enquête. Dans un premier temps, les enquêteurs ont été instruits sur la conduite d'une enquête par interview, ensuite chaque question a fait l'objet d'une traduction dans la langue locale afin que la même traduction soit utilisée par tous. Puis, des corrections ont été apportées aux questions qui étaient mal comprises par les adultes interrogés.

5.2. ETUDE MENEES AUPRES DES TRADIPRATICIENS

Cette partie, essentiellement descriptive avait pour but de mieux connaître les tradipraticiens et leurs pratiques. En effet, très peu d'informations et de publications officielles existent sur la pratique de la médecine traditionnelle [78]. De plus, les rares études publiées, qui servent donc d'éléments de comparaison sont anciennes, ce qui pourrait représenter un biais dans l'analyse. Cependant, l'intérêt de l'étude est d'avoir mis au goût du jour cette thématique importante pour l'avenir des systèmes de santé dans les pays en voie de développement.

5.2.1. Données socio-démographiques

Au total, 28 tradipraticiens ont été recensés et interrogés dans les six villages retenus et la ville de Dabou. Aucun cas de refus n'a été observé. Cependant, les tradipraticiens ont parfois fait montre d'une réticence à répondre à certaines questions. Bien que le nombre de tradipraticiens recensés ne fût pas exhaustif, il était largement supérieur à celui des chirurgiens-dentistes exerçant dans l'ensemble du département de Dabou (28 contre 5). De par leur représentativité au sein des communautés, les tradipraticiens peuvent constituer de puissants relais pour atteindre les populations [110,111]. La prédominance des hommes parmi les tradipraticiens et leur localisation préférentielle en zone rurale, corroborent les résultats de l'étude effectuée dans le département de Bécoumi en Côte d'Ivoire [66]. Cette situation peut s'expliquer par le caractère héréditaire de la transmission du pouvoir de soigner. Les fils succédant aux pères dans la gestion des affaires familiales, c'est à ces derniers que sont transmis les secrets de la famille. Dans une étude effectuée sur le profil socio-culturel des tradipraticiens en Tanzanie, 23 tradipraticiens sur les 31 interrogés étaient des hommes. La principale raison de cette suprématie masculine était que la profession de tradipraticien conférant de la notoriété dans les sociétés africaines et c'était aux hommes que ce statut convenait le mieux [113]. Mais cette transmission du pouvoir de guérir et des savoirs ancestraux n'intervenait qu'à l'âge de la maturité, justifiant ainsi l'âge moyen des tradipraticiens de l'étude qui se situait à 48,18 ans. Cet âge est semblable à celui de l'étude effectuée auprès de tradipraticiens sud africains où l'âge moyen était de 49,5 [114], tout comme dans l'étude de Dao où l'âge moyen était de 47 ans. En Tanzanie, dans une étude menée auprès de 30 tradipraticiens, leur âge variait entre 32 et 80 ans et 73 % des tradipraticiens avaient plus de 50 ans [115].

La forte présence des tradipraticiens en zone rurale est due à l'absence de structures sanitaires, mais aussi à l'attachement des populations aux valeurs culturelles [116, 117]. Bien que plus de la moitié des tradipraticiens interrogés aient affirmé avoir une activité secondaire, ils sont solidement établis comme des pourvoyeurs de soins dans de nombreuses communautés. Ils sont familiers aux populations, vivent à leur contact et très souvent parlent le même langage ou pratiquent la même religion qu'elles [118, 119]. Ils sont d'un abord facile avec une flexibilité dans leurs horaires de travail, ce qui permet à la population de les consulter à tout moment [120]. Aussi sont-ils accessibles géographiquement. Les populations n'ont pas à parcourir de longues distances pour les rencontrer et le paiement de leur honoraire est souple. Il peut se faire en espèce ou en nature [121]. De plus, leurs pratiques ne se limitent pas seulement à guérir la maladie, ils interviennent également pour prévenir le malheur ou conjurer les mauvais sorts et ils jouissent d'une grande notoriété [122, 98]. Cependant, pour Todd et Durward, la population a recours aux tradipraticiens dans certains cas en absence d'une autre alternative et l'influence des tradipraticiens a tendance à diminuer dès lors qu'il y a une augmentation du nombre des chirurgiens-dentistes [123].

Le faible niveau de scolarisation des tradipraticiens pourrait s'expliquer par leur milieu de résidence, en occurrence la zone rurale, où le taux de scolarisation est en général plus faible qu'en zone urbaine [124].

5.2.2. Les pratiques odontologiques traditionnelles

Les soins odonto-stomatologiques représentaient 10 % de l'activité globale des tradipraticiens dans notre étude, contre 74,1 % dans celle effectuée au Nigeria en 2003 [125]. En milieu rural tanzanien, Sarita et Tuominen avaient constaté que les soins traditionnels odontologiques étaient significativement moins importants que ceux de médecine générale dans l'activité des tradipraticiens [126]. Globalement, 80 % de la population africaine au sud du Sahara a recours à la médecine traditionnelle en première intention [127]. En occident, c'est près de la moitié de la population qui avait recours à la médecine complémentaire ou alternative [128]. De nombreuses études ont situé l'intervention des tradipraticiens à trois niveaux: la prévention et la protection contre le malheur, la détection des causes des déséquilibres constatés au niveau des patients et éventuellement la résolution des problèmes [122, 129-131]. Les soins bucco-dentaires traditionnels obéiraient à cette même logique. La faible proportion des soins bucco-dentaires dans l'étude loin de suggérer un état bucco-dentaire satisfaisant de la population, est liée à leur complexité dans l'imagerie populaire africaine. En effet, les affections bucco-dentaires ont mauvaise réputation car la bouche serait par excellence, l'organe cible des jeteurs de sort. Le traitement des affections bucco-dentaires est réservé aux initiés, à certaines castes [132].

L'activité principale des tradipraticiens ayant un remède contre les affections bucco-dentaires était le traitement de la douleur. La douleur a également été avancée comme motif principal du recours au tradipraticien dans l'étude effectuée dans l'état de Kwara au Nigéria [125]. Les remèdes utilisés étaient essentiellement à base de plantes qui étaient disponibles dans l'entourage immédiat des tradipraticiens en zone rurale. Selon l'OMS, les plantes médicinales constituent 90 % des remèdes utilisés par les tradipraticiens en Afrique [55]. Les autres pathologies ou symptômes couramment pris en charge étaient les stomatites et les tuméfactions. Il s'agit pour l'essentiel de situations qui occasionnaient une souffrance ou qui altéraient le confort de vie des patients.

Si plus des $\frac{3}{4}$ des tradipraticiens ont affirmé avoir reçu des patients après qu'ils soient passés chez un chirurgien-dentiste, seulement le $\frac{1}{3}$ a déclaré avoir orienté des patients vers les chirurgiens-dentistes en deuxième recours. Cependant, il n'existait aucune collaboration formelle entre les chirurgiens-dentistes et les tradipraticiens. Dans une étude effectuée à Kalabo en Zambie, 45 % des patients ont déclaré être retourné voir le tradipraticien, car non satisfaits du traitement reçu à l'hôpital [17]. S'agissant des soins bucco-dentaires, le renoncement en raison de l'absence d'amélioration peut-être lié principalement au manque de matériel dans les cabinets dentaires. Cette situation complique ou rend impossible les actes thérapeutiques les plus simples. Dans ces conditions les patients ont recours aux tradipraticiens ou ils s'adonnent à l'automédication pour soulager leur mal. La coopération entre tradipraticiens et chirurgiens-dentistes est variable selon les pays. Au Nigéria, 97,7 % des tradipraticiens ont affirmé avoir orienté des malades vers les cabinets dentaires lorsque la situation l'exigeait. Au Cameroun, pour les affections d'ordre général, les tradipraticiens de la ville de Kumba, ont déclaré adresser certains cas qu'ils jugeaient compliqués à la médecine moderne [133]. Cette attitude avait été observée également chez 87 % des tradipraticiens zambiens, intervenant dans la prise en charge des affections gynécologiques [134]. Le fait d'adresser des malades aux chirurgiens-dentistes traduisait non seulement la volonté des tradipraticiens de coopérer avec la médecine moderne, mais aussi leur humilité face à certaines situations jugées complexes [125]. Cependant, la coopération entre chirurgiens-

dentistes et tradipraticiens n'était pas effective. Les relations entre tradipraticiens et agents de santé moderne sont souvent empreintes d'animosité et de méfiance réciproque comme le souligne Fink [135]. Les premiers reprochant aux seconds leur manque de rationalité. De plus, la pratique de la médecine traditionnelle quoique tolérée ne fait pas partie intégrante du système de santé ivoirien. Le chirurgien-dentiste qui orienterait un malade vers le tradipraticien pourrait s'exposer à des sanctions disciplinaires, s'il survenait des complications à ce dernier.

Aucun des tradipraticiens interrogés ne disposait de registre de recueil d'informations sur les patients, alors qu'en Afrique du Sud, 71 % des tradipraticiens dans les provinces de Zonkizizwe et Dube déclaraient en posséder [114]. Si l'analphabétisme des tradipraticiens peut en être une explication (50 % des tradipraticiens), la forte oralité dans la transmission de l'information dans les sociétés africaines en est une autre [136]. Néanmoins, pour améliorer leur efficacité et pour une meilleure organisation, les tradipraticiens ont souhaité recevoir des formations pour une meilleure gestion de leurs activités et la compréhension occidentale de la maladie pour être en phase avec l'ensemble de leurs patients.

Le tarif moyen de la prise en charge d'une affection bucco-dentaire est de 2725 F Cfa (4,15 €). Ce coût est largement supérieur aux honoraires des tradipraticiens du département de Béoumi, qui variaient de 5 F Cfa (0,001 €) à 1200 F Cfa (1,83 €). En absence d'une réglementation, chaque tradipraticien fixait ses honoraires comme bon lui semble, mais en tenant compte du pouvoir d'achat des populations. Les tradipraticiens ne semblaient pas vivre uniquement des revenus tirés de l'exercice de leur art. En effet, plus de la moitié des tradipraticiens (53,4 %) a affirmé exercer une activité secondaire. De plus, les revenus de chaque tradipraticien dépendent de sa renommée et du statut de leurs patients [137].

De l'avis des tradipraticiens, les patients repartent très souvent satisfaits de leurs prestations. Pour Stekelenburg et al [17], les réponses sur la satisfaction qu'elles émanent des patients ou des praticiens sont très souvent biaisées. Les personnes interrogées se contentant de dire ce qui est « socialement acceptable ». De plus, les tradipraticiens sont limités dans leurs pratiques dont certaines seraient indésirables [122]. Malgré tout, ils peuvent être utiles à un niveau primaire du système de santé [122, 138]. Dans cette logique, pour une meilleure prise en charge de la santé des populations, les tradipraticiens sont disposés à collaborer avec les chirurgiens-dentistes conformément aux recommandations de l'OMS [100]. Le désir de collaboration des tradipraticiens avec la médecine conventionnelle avait été observé également dans l'étude effectuée en Zambie [134]. L'adoption de cette mesure pourrait non seulement faire profiter le système de santé de la représentativité et la notoriété des tradipraticiens, mais aussi permettre la découverte des secrets de certaines plantes médicinales [139]. Les tradipraticiens pourraient ainsi jouer un rôle important dans la promotion de la santé, car leurs méthodes sont culturellement compatibles avec les habitudes locales [117]. Au Sénégal, un exemple de collaboration entre agents de santé et tradipraticiens, avait permis de renforcer la couverture sanitaire des populations vulnérables et éloignées des centres de santé. L'on avait noté une hausse de la couverture vaccinale de 43 % et celle des consultations prénatales de 47 % [140]. Pour Jager [97], la considération et la confiance mutuelle doivent néanmoins exister entre tradipraticiens et agents de santé moderne, pour parvenir à mettre en place un système de santé efficient dans les pays en développement.

5.3. ETUDE MENEES AUPRES DES USAGERS

5.3.1. Impact de l'odontologie traditionnelle

L'évaluation de l'impact de l'odontologie traditionnelle s'est faite en comparant les attitudes des enquêtés ayant eu recours aux tradipraticiens à celles de ceux ayant eu recours aux chirurgiens-dentistes.

Le nombre d'adultes ayant eu recours aux tradipraticiens était sensiblement identique à celui de ceux ayant eu recours aux chirurgiens-dentistes (301 contre 310). Cependant, la proportion des enquêtés ayant changé de recours thérapeutique en deuxième intention, était plus élevée chez ceux ayant eu recours au tradipraticien en première intention (10 % contre 5,5 %). Le choix d'un recours thérapeutique est une décision propre à chaque individu lorsqu'il est en situation de le faire. De nombreuses études ont montré que la population savait choisir entre les soins traditionnels ou modernes selon la situation en présence. Le choix serait porté sur les soins traditionnels pour les affections jugées bénignes ou irrationnelles, alors que pour les pathologies conventionnelles graves, la population s'orienterait vers les soins modernes [111, 137]. Ce choix peut être influencé également par la famille, les proches ou de la perception que le concerné a lui-même de sa santé [141]. Dans notre étude, les raisons du recours thérapeutique divergeaient. Si le recours aux soins traditionnels était motivé en priorité par le coût abordable du traitement, c'est la confiance aux soins modernes qui déterminait le choix du chirurgien-dentiste. Cependant, cette logique ne fait pas l'unanimité. En effet, dans l'étude effectuée auprès des ghanéens vivant au Canada, les enquêtés ont justifié leur attachement aux soins traditionnels par leur efficacité supposée, par habitude, mais aussi du fait du caractère holistique de la médecine traditionnelle. Alors que ceux qui préféraient les soins modernes dénonçaient le manque d'humilité des tradipraticiens et le manque d'hygiène dans leur pratique [142]. En Tanzanie, des adultes ont affirmé ne pas recourir à la médecine traditionnelle car elle n'arrivait pas à soulager les douleurs aiguës, contrairement à la médecine moderne qui disposait de l'anesthésie [126]. Dans le contexte ivoirien marqué par une paupérisation généralisée de la population, l'argument économique est à prendre en compte.

Pour les deux types de recours (soins modernes et traditionnels), la douleur demeurait le principal motif de consultation. Ce fait a été souligné dans d'autres études effectuées en Côte d'Ivoire [63-65]. Au Burkina Faso dans une étude portant sur la fréquentation des unités de soins dentaires, 60 % des plaintes enregistrées mentionnaient la douleur [143]. Pour Duncan et al, les douleurs dentaires représentent un bon prédicteur du recours aux soins et de la perception du besoin de soins [144]. La prévalence des douleurs dentaires a été en outre corrélée positivement à une faible condition socio-économique dans de nombreuses études [145-147]. La population ivoirienne faisant très peu de prévention ou de soins précoces, elle ne consultait un chirurgien-dentiste que lorsque la douleur devenait insupportable [80]. Cette réalité n'est pas singulière aux pays en développement. En effet au Koweït, la douleur représentait le principal motif de consultation pour les 2/3 des consultations bucco-dentaires [148, 149]. En Australie, Slack-Smith et al ont montré que les jeunes adultes n'avaient recours au chirurgien-dentiste qu'en cas de problème. Ils faisaient très peu de consultations préventives [150]. Quoique la pratique de la prévention soit limitée dans notre étude, ce sont les chirurgiens-dentistes qui semblaient en faire le plus. L'activité des tradipraticiens en termes de soins était essentiellement curative, ce qui suggère qu'ils faisaient peu de lien entre les facteurs de risques et la maladie. Les consultations préventives sont conseillées pour une prise en charge précoce des maladies bucco-dentaires ou éviter leur survenue [151]. Si de nombreuses études ont en effet montré un lien étroit entre l'absence de visite préventive et un mauvais état bucco-dentaire [152-154], Murray en revanche conteste leur apport réel dans

l'amélioration de la santé bucco-dentaire. Cette réserve se justifie par le fait que les personnes qui avaient fait plus de visites de prévention avaient un indice CAO élevé, et un préjudice psychologique et plus social important [155].

Les tradipraticiens sont en revanche plus disponibles, plus nombreux et plus proches des populations surtout en zone rurale. Aucune donnée officielle n'était disponible sur leur nombre exact et l'utilisation des soins traditionnels en Côte d'Ivoire, contrairement à certains pays. En Tanzanie en 2007, 75000 tradipraticiens avaient été recensés et 60 % de la population des zones urbaines avait recours aux soins traditionnels en première intention, contre 80 % pour la zone rurale [156]. Une étude menée au Pakistan avait souligné la forte présence des tradipraticiens au sein de la population. Sur les 45000 tradipraticiens que comptait le pays, les $\frac{3}{4}$ exerçaient en zone rurale [157]. En plus de leur représentativité, les tradipraticiens seraient plus disponibles. En effet près des $\frac{3}{4}$ des enquêtés, ont affirmé avoir été reçu par le tradipraticien dès leur arrivée à son lieu d'exercice, alors que cette proportion s'élève à 56 % pour les personnes ayant eu recours au chirurgien-dentiste. Quand au temps mis pour se rendre chez le tradipraticien, il était inférieur à 30 mn quelque soit le moyen de transport utilisé pour près de la moitié des personnes ayant eu recours aux soins traditionnels. Alors que 35,2 % des adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste, ont affirmé avoir mis ce même temps. Le délai d'attente trop long est un motif de désaffection des structures de soins modernes. En effet, dans l'étude effectuée sur les comportements de la population abidjanaise face aux soins bucco-dentaires, ce fait avait été dénoncé [63].

S'agissant de la perception des enquêtés sur le coût des soins, les personnes ayant eu recours au tradipraticien, semblaient être plus satisfaites que celles ayant eu recours au chirurgien-dentiste. Cela corrobore l'argument du coût abordable des soins dentaires comme raison du recours aux tradipraticiens. Kikwilu et al., en Tanzanie ont montré que les patients étaient moins satisfaits du coût des soins traditionnels et des explications données lors des traitements [158]. Plus que le coût des soins bucco-dentaires, c'est le coût d'opportunité du recours aux soins bucco-dentaires qui est problématique pour la population. Ceci en raison de l'absence d'un système de protection sociale, de la paupérisation grandissante et de la non perception de la gravité des pathologies bucco-dentaires. Quoique les usagers dans les deux cas étaient majoritairement satisfaits de l'efficacité des soins, on a observé une plus grande satisfaction chez les adultes ayant eu recours au chirurgien-dentiste (95 % contre 60,1 % pour le tradipraticien). Ceci est un bon point à l'actif de l'odontologie moderne. La satisfaction des patients est un bon indicateur de performance et elle est de plus en plus utilisée pour l'évaluation de la qualité des services de santé [159, 160]. Les facteurs influençant la satisfaction des patients de nombreuses études incluaient: le temps d'attente, l'organisation des soins, l'accueil, la communication entre patient et praticien, la confiance au chirurgien-dentiste et la prise en charge de la douleur [161-165]. Les jugements des patients résultant de vécus personnels, elles peuvent favoriser une amélioration des pratiques professionnelles. Par contre, plus de la moitié des personnes ayant eu recours au chirurgien-dentiste a affirmé avoir des difficultés à s'alimenter à cause de son état bucco-dentaire, contre 47,8 % pour celles ayant consulté un tradipraticien. Quelque soit le type de recours, les enquêtés étaient globalement satisfaits de leur état bucco-dentaire. Ceci témoigne soit de la non perception de la gravité de la maladie, soit d'une mauvaise appréciation de leur état réel. Varenne et al, ont montré que les personnes ayant une bonne perception de leur état bucco-dentaire ou qui déclaraient avoir une limitation physique en raison de l'état dentaire étaient plus susceptibles de recourir aux soins dentaires [166].

In fine, on observe que le regard des enquêtés était bienveillant à l'endroit de l'odontologie traditionnelle. En effet, la moitié des personnes ayant eu recours au chirurgien-dentiste a estimé que l'odontologie traditionnelle était efficace et souhaitait son intégration

dans le système de soins. Les pourcentages d'avis favorable pour l'intégration de l'odontologie traditionnelle dans le système de soins, étaient plus élevées pour les enquêtés ayant eu recours au tradipraticien. L'adhésion de la population aux soins traditionnels a une forte composante culturelle comme le montre l'attitude des immigrés africains vivant au Canada, qui restaient attachés à leurs pratiques traditionnelles [142].

5.3.2. Les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires

En cas de pathologie bucco-dentaire, une personne fait face à plusieurs choix. Recourir à un tradipraticien, consulter un chirurgien-dentiste ou renoncer aux soins. Les individus choisiront l'alternative pour laquelle ils estiment que le gain net est le plus grand. Cependant ce choix sera fonction de caractéristiques socio-démographiques personnelles et d'attributs liés aux différents soins (coût, délai d'attente, efficacité perçue du service etc.). Les informations sur les déterminants socio-démographiques sont en ce sens particulièrement importantes dans la compréhension des phénomènes de santé. Elles représentent des données plus ou moins stables, difficilement modifiables sur lesquelles devrait s'appuyer toute politique de planification en santé [167].

Ainsi dans notre étude, le niveau scolaire avait un impact sur le recours aux soins traditionnels. Les personnes ayant un niveau d'étude secondaire et primaires ont respectivement 0,51 fois et 0,38 fois eu moins recours aux soins traditionnels que celles n'étant pas scolarisées. Ce qui suggère que plus le niveau scolaire de la population est élevée, moins elle a recours aux soins traditionnels. Le même constat a été fait auprès des immigrés ghanéens vivant au Canada. Les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au niveau secondaire avaient de bonnes prédispositions à l'égard de la médecine traditionnelle [142]. A travers le niveau scolaire, c'est l'influence de la culture et des croyances sur le recours aux soins qu'il faudrait prendre en considération. En Tanzanie cependant, le niveau scolaire n'avait aucune influence sur le recours aux soins bucco-dentaires traditionnels, contrairement au sexe et à la distance séparant le lieu habitation des enquêtés de l'hôpital. En effet, les hommes avaient plus recours aux soins traditionnels et plus la population était éloignée d'un centre de santé, mieux elle utilisait les soins traditionnels [126]. De nombreuses études ont en outre montré que les facteurs socio-culturels pouvaient non seulement influencer le choix thérapeutique d'une personne, mais également celui de celles dont la santé dépend d'elle, notamment les enfants [168-172]. Ainsi, aux USA au sein des minorités, il a été constaté une différence de comportements face aux soins bucco-dentaires au sein des communautés d'immigrés mexicains et mexico-américains appartenant à la même classe sociale [173]. Cependant, dans l'étude effectuée au Congo sur les déterminants du recours aux soins, aucune relation n'avait été observée entre le recours au tradipraticien et les variables socio-démographiques. Le recours au tradipraticien était plutôt déterminé par le caractère particulier de la maladie [174].

Quand au choix du chirurgien-dentiste, il était influencé par le niveau scolaire des enquêtés et le fait de disposer d'une assurance de santé. Ainsi, les adultes ayant un niveau secondaire et plus ont une tendance à consulter le chirurgien-dentiste 2,35 fois plus élevée que les personnes non scolarisées. Aussi, les personnes disposant d'une assurance de santé consulteraient-elles 3,28 fois plus le chirurgien-dentiste que celles qui n'en ne dispose pas. Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude menée auprès des adultes d'origine hispanique vivant aux Etats-Unis qui a montré que le niveau scolaire et le fait de disposer d'une assurance de santé, étaient les meilleurs prédicteurs du recours aux soins bucco-dentaires [175]. Disposer d'une assurance de santé permet de limiter l'obstacle financier que constituent les frais de santé. Pour Weil et al, en Côte d'Ivoire l'un des facteurs limitant l'utilisation des services de santé modernes était le coût des prestations [176]. Aussi, un

niveau scolaire élevé permettrait d'avoir une situation financière acceptable, ce qui rendrait possible la souscription à une assurance de santé. Aux Etats-Unis, l'étude menée auprès des minorités d'origine africaine et hispanique avait montré un lien étroit entre le recours aux soins dentaires et les revenus du ménage. Les personnes avec un revenu annuel supérieur à 25,000 \$, ainsi que celles ayant des douleurs dentaires depuis quatre jours avaient plus recours au chirurgien-dentiste [177]. Au Burkina Faso, Develay et al ont montré l'influence de l'âge, la catégorie socio-économique, le type d'affection et sa sévérité, le coût et la disponibilité des transports pour se rendre au centre de soins, sur le recours aux soins modernes. D'autres études effectuées auprès des adolescents avaient souligné le rapport entre le niveau de vie du ménage (classe sociale) et le recours aux soins. Les adolescents issus de ménages à revenus modestes avaient plus recours aux soins dentaires modernes que ceux issus de milieux pauvres [178-180]. Selon Grytten et al, plusieurs études ont établi une association positive entre le niveau de revenu du ménage et la demande de soins bucco-dentaires [181]. La situation est davantage compliquée en Afrique avec les frais additionnels liés au coût du transport. En effet, le personnel qualifié étant insuffisant et présent que dans grandes les villes, les habitants des zones rurales doivent faire face aux frais de transport pour espérer recevoir les soins les plus élémentaires [182, 183]. Ainsi, l'amélioration de l'accès aux soins devrait s'inscrire dans le contexte global de lutte contre la pauvreté et l'aménagement du territoire [184]. Par ailleurs, des études effectuées auprès des personnes âgées dans les pays développés avaient trouvées un lien entre certains facteurs socio-démographiques et le recours aux soins. Ainsi, l'âge, le niveau d'éducation et le nombre de dents resté en bouche étaient des facteurs prédictifs du recours aux soins bucco-dentaires [151, 185-187]. L'insuffisance des ressources financières semble représenter un obstacle majeur dans les pays en voie de développement, contrairement aux pays industrialisés où il existe généralement, un système de protection sociale. Par contre, l'importance accordée aux soins bucco-dentaires par la population est une préoccupation partagée par tous (pays du Sud comme ceux du Nord). Ces résultats diffèrent cependant de ceux de Manzambi et al, qui n'avaient trouvé aucun lien entre le recours au centre de santé et les variables socio-démographiques [174]. Les principaux déterminants du recours aux soins modernes étaient: la qualité des soins, le tarif jugé abordable et l'offre de services polyvalents. Pour les adultes chinois, les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires étaient: le lieu de résidence (la zone urbaine), l'âge (les jeunes), la régularité des visites de prévention [188].

Par ailleurs, l'étude n'a établi aucun lien entre le renoncement aux soins bucco-dentaires et les variables socio-démographiques. Mais Gilbert et al. [189] en Alabama aux USA, ont montré que les personnes appartenant aux groupes défavorisés sont celles qui avaient le plus besoin de soins dentaires, mais qui y avaient difficilement accès. Ce qui explique en partie la pratique de l'automédication ou le recours aux soins alternatifs peu onéreux. Ouendo et al. [190] ont également fait observer qu'au premier recours, les demandes de soins au Bénin étaient effectuées de façon préférentielle en dehors des centres de santé. De plus, le paiement à l'acte des soins a eu une conséquence négative sur la fréquentation des centres de santé par les populations surtout indigentes. Celles-ci s'adonnent de plus en plus à l'automédication ou ont recours aux soins traditionnels [191]. La pratique de l'automédication moderne ou traditionnelle a également été observée dans l'étude effectuée par Monteillet au Cameroun [192].

Si les déterminants du renoncement aux soins traditionnels sont peu connus, de nombreuses études ont en revanche évoqué ceux des soins modernes. Ainsi l'automédication, la peur des soins dentaires et la présence de douleur étaient significativement liées au renoncement aux soins bucco-dentaires au Koweït [193]. Aussi le manque de ressources financières constitue-t-il un obstacle majeur pour l'accès aux soins de santé d'une manière générale en Afrique sub-saharienne. La situation s'est davantage

dégradée depuis l'instauration du paiement à l'acte dans de nombreux pays. Ainsi, en Tanzanie il a été constaté une réduction du taux de fréquentation des services de santé dentaires de 33 % depuis l'instauration de cette mesure [194]. Les principales raisons du renoncement aux soins communément évoquées étaient: les contraintes financières, l'automédication, la non perception de la gravité de l'affection, la peur de la douleur pendant le traitement, la longue distance séparant la localité d'habitation des enquêtés du cabinet dentaire et le recours aux tradipraticiens [195]. Par ailleurs, le système public perd progressivement sa crédibilité. En effet, les longues attentes, le mauvais accueil, le rançonnement, le clientélisme, sont autant de maux qui minent de nombreux systèmes de santé africains. L'étude menée par l'équipe de Jaffré et de Sardan dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest est assez évocatrice à ce sujet [196]. En France, l'étude sur l'évolution de la consommation bucco-dentaire et le renoncement aux soins, a montré que le non recours aux soins dentaires suivait l'échelle sociale. Il était élevé pour les ouvriers non qualifiés et les employés et minimal pour les cadres. De plus pour de nombreuses personnes, les soins dentaires seraient des soins de confort ou de luxe [197]. Aussi la peur des soins dentaires, associée ou non à de mauvais souvenirs de soins antérieurs, était-elle corrélée positivement à la faible fréquentation des cabinets dentaires [198-201]. Cette situation entretient un cercle vicieux où la peur des soins dentaires occasionne les consultations traditives avec pour corollaire une aggravation de l'état bucco-dentaire. Il s'en suivra des soins parfois compliqués et douloureux entretenant ainsi la peur [202, 203].

En Ouganda, Okullo et al. [204], dans une étude conduite auprès des étudiants, avaient trouvé une association positive entre le fait de résider en ville et la faible fréquentation des cabinets dentaires, doublé d'un nombre important de dents absentes. Cette situation était consécutive d'une part, à l'augmentation du taux de pauvreté dans les villes africaines et d'autre part au changement du régime alimentaire des citoyens. Une alimentation de plus en plus riche en hydrates de carbone sans aucune mesure d'hygiène appropriée favoriserait l'apparition des affections bucco-dentaires.

En Australie, Roberts-Thomson et Slade [205] n'avaient établi aucun lien entre la faible fréquentation des cabinets dentaires et le milieu de résidence. Cependant, la non possession d'une assurance de santé, le faible niveau d'éducation, la peur et l'anxiété face aux soins bucco-dentaires, un âge compris entre 25 et 34 ans, le fait d'être du sexe masculin et l'importance de l'édentement, avaient un lien avec la faible utilisation des services de soins bucco-dentaires. Ceci illustre la variabilité des déterminants du renoncement aux soins selon le contexte.

5.3.3. Liens entre les raisons du recours thérapeutique et les variables socio-démographiques

Le recours au tradipraticien en raison de sa proximité était lié au lieu de résidence des enquêtés. Les adultes résidant en milieu urbain ont une propension à 0,7 fois moins consulter le tradipraticien que ceux résidant en zone rurale. Tabi et al, avaient fait le même constat dans une étude portant sur l'itinéraire thérapeutique au Ghana [99]. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'en zone urbaine l'offre de soins était plus importante. Hormis le problème financier et les considérations personnelles, la population avait très peu de contraintes. Aussi, les adultes ayant un niveau d'étude secondaire et plus, ont-ils eu 2,31 fois plus recours au tradipraticien en raison de sa proximité que ceux qui n'étaient pas scolarisés. Ces résultats semblaient être en contradiction avec ceux de Stekelenburg et al, puis Tabi et al. Selon ces auteurs en effet, plus élevé était le niveau d'instruction moins la population avait recours aux soins traditionnels [17, 99]. Par contre, Pretorius [206] n'avait trouvé aucune

différence significative dans le choix d'un recours thérapeutique selon le niveau d'instruction des usagers. Il convient cependant de préciser que pour la présente étude, il s'agissait du recours au tradipraticien pour une raison précise notamment leur proximité toute chose étant égale par ailleurs. Il ne s'agissait donc pas du recours au sens large du terme. Nous retiendrons toutefois l'importance de l'accessibilité géographique dans le choix du recours thérapeutique en plus du niveau d'instruction de la population.

Le recours au tradipraticien en raison de l'efficacité de ses soins était en rapport avec l'âge, le milieu de résidence, et la distance séparant la localité d'habitation de l'enquêté du cabinet dentaire. Les adultes ayant un âge compris entre 30 et 44 ans ont 2,89 fois plus eu recours au tradipraticien que ceux ayant un âge compris entre 18 et 29. Stekelenbrug et al. [17] ont également montré qu'en Zambie, les personnes âgées de 31-41 avaient plus recours aux tradipraticiens que celles ayant un âge compris entre 18 et 30 ans. Ce résultat suggère que les jeunes étant plus ouverts sur le modernisme, ils admettent très peu l'efficacité des remèdes traditionnels contrairement aux adultes. De même, les personnes résidant en milieu urbain ont 1,89 fois plus eu recours au tradipraticien que celles vivant en milieu rural. Une explication à cette situation pourrait être le coût relativement bas des soins traditionnels comparativement aux soins modernes en milieu urbain. Ce même constat avait été fait par Jürg [207] et Pretorius [206].

S'agissant de la distance, plus les personnes étaient éloignées du cabinet dentaire, plus elles avaient tendance à recourir au tradipraticien en raison de l'efficacité des soins. Ce qui corrobore les résultats des travaux de Sarita et Tuominen [126].

La confiance aux soins modernes comme raison du recours au chirurgien-dentiste était en rapport avec le type d'habitat des enquêtés. Les personnes vivant dans un habitat moderne ont 2,31 fois plus consulté le chirurgien-dentiste que ceux vivant dans un habitat traditionnel. Ce résultat suggère un lien entre le recours aux soins modernes et le niveau d'instruction de la population. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus grande est la confiance aux soins modernes. Les personnes résidant dans des habitats de type moderne, en général ont une situation socio-économique acceptable et sont instruites. De ce fait, leur confiance aux soins modernes est grande.

Les personnes résidant dans un habitat de type moderne ont 2,11 fois plus consulté le chirurgien-dentiste que ceux résidant dans un habitat de type traditionnel en raison de l'hygiène et la propreté dans les cabinets dentaires. Cet argument avait également été avancé comme raison du recours aux soins modernes en Tanzanie. Si aucune relation n'a été observée entre recours au chirurgien-dentiste en raison de la propreté et l'hygiène du cabinet et le type d'habitat de l'enquêté, en revanche les femmes étaient plus susceptibles que les hommes à recourir au chirurgien-dentiste pour cette raison [158]. Ceci corrobore les résultats des travaux de Tamaki et al. [160] qui dans une étude effectuée au Japon, ont montré que les femmes étaient plus soucieuses de la qualité de l'environnement de travail des chirurgiens-dentistes que les hommes.

5.3.4. Liens entre les raisons du renoncement aux soins et les variables socio-démographiques

Les informations sur la perception et le profil socio-démographique des enquêtés ayant renoncé aux soins sont tout aussi importantes que celles de ceux ayant eu recours à un praticien, pour faire la lumière sur les motivations de leurs choix et de concevoir une politique cohérente de santé [209].

Les femmes ont 2,11 fois plus renoncé aux soins du tradipraticien en raison de l'automédication que les hommes. Aussi ont-elles 2,34 fois plus renoncé aux soins du tradipraticien pour des raisons financières que les hommes. L'automédication pratiquée ici peut-être une conséquence des difficultés financières rencontrées. Mais l'élément nouveau est le renoncement aux soins traditionnels en raison de difficultés financières d'autant plus que l'une des raisons du recours aux soins traditionnels était le coût jugé abordable. Deux problèmes majeurs sont soulevés ici. D'une part, la vulnérabilité des femmes et d'autre part la confirmation de l'idée défendue par Muela et al. [137] pour qui, les soins traditionnels ne seraient pas aussi financièrement abordables qu'on le croit. La barrière financière demeure donc un obstacle aussi bien pour les soins traditionnels que modernes [210]. Pour preuve, les adultes résidant en milieu urbain ont 1,97 fois plus renoncé aux soins traditionnels pour des raisons financières que ceux vivant en milieu rural. Cette situation était à mettre en rapport avec la pauvreté grandissante qui sévissait dans les villes. Cependant, elle n'était pas comparable aux difficultés qu'éprouvaient les populations à recourir aux soins bucco-dentaires modernes dans les villes.

Les femmes ont 0,65 fois moins renoncé aux soins traditionnels que les hommes en raison de non perception de la nécessité des soins. La perception de la gravité des soins est une conséquence de l'absence d'information sur les maladies bucco-dentaire au sein de la population. Pohjola et al. [211] avaient établi un rapport étroit entre le renoncement aux soins en raison de la peur et la non perception de la nécessité des soins. Dans cette étude, les femmes et les personnes ayant un niveau scolaire bas étaient les plus exposés. Cette raison expliquerait mieux le renoncement aux soins que l'argument du manque de moyens financiers souvent évoqué [212].

S'agissant des soins modernes, les adultes résidant en zone urbaine, ont 2,19 fois plus renoncés aux soins en raison de difficultés financières que ceux résidant en milieu rural. Ces résultats corroborent ceux de Bazin et al. [213] qui avaient montré que le niveau de revenu était un déterminant majeur du renoncement aux soins. En Tanzanie également, un lien avait été établi entre le milieu de résidence et le renoncement aux soins. Mais cette fois, ce sont les habitants des zones rurales qui avaient évoqué des difficultés liées aux frais de transport et à leur éloignement des centres de soins. Ainsi, pratiquaient-ils plus l'automédication ou avaient-ils plus recours aux tradipraticiens que les habitants des zones urbaines [Kikwilu et al. 2008]

Dans notre étude, les femmes ont 0,5 fois moins renoncé aux soins modernes que les hommes car elles ne percevaient pas leur nécessité. Pour les femmes tanzaniennes, le renoncement aux soins était en rapport avec le manque de ressources financières. En effet, elles avaient 1,37 fois plus renoncé aux soins en raison du manque d'argent que les hommes, ce qui suggérait une plus grande vulnérabilité des femmes face aux maladies bucco-dentaires. De plus, les femmes avaient plus d'arguments pour justifier leur renoncement aux soins contrairement aux hommes qui affirmaient ne pas avoir de raison valable [Kikwilu et al. 2008].

L'accessibilité géographique des structures de soins est un facteur prédictif du renoncement aux soins. En effet, plus les enquêtés étaient éloignés du cabinet dentaire, plus ils renonçaient aux soins. Le même constat a été fait auprès des adultes tanzaniens qui avaient une propension à renoncer 2,80 fois plus aux soins que les jeunes adultes en raison de l'éloignement du centre de soins [Kikwilu et al. 2008].

VI. RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude suscitent des recommandations visant la prise en compte de l'odontologie traditionnelle dans le système de santé ivoirien et l'amélioration de l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Elles s'adressent aux tradipraticiens, aux chirurgiens-dentistes, aux autorités sanitaires ainsi qu'à l'Etat de Côte d'Ivoire.

6.1. RECOMMANDATION A L'ENDROIT DES TRADIPRATICIENS

Les pratiques traditionnelles quoique incontournables dans le dispositif sanitaire ivoirien, restent cependant méconnues ou entourées de préjugés. Il appartient aux tradipraticiens de mieux s'organiser et extirper de leur rang les charlatans qui jettent le discrédit sur l'ensemble de la corporation. Mais cette organisation devra se faire avec l'encadrement de l'Etat. C'est dans ce sens que le recensement des tradipraticiens entrepris par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, sous l'égide de la Direction de Coordination du Programme National pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle, devra se poursuivre. Ce recensement devra se faire avec une plus grande rigueur pour l'attribution en définitive de la carte de tradipraticien. Cette attribution devra se faire aux personnes qui en font la demande, qui sont reconnues dans leur communauté détenir des savoirs et des remèdes efficaces et exerçant le métier de tradipraticien. Dans cette optique dans un premier temps, un titre provisoire de tradipraticien pourrait être délivré dès la formulation d'une première demande. Ensuite, une enquête sera effectuée avec l'aide des guides religieux, des autorités coutumières ou autres responsables locaux pour certifier de la pratique de la médecine traditionnelle par le postulant et en tenant compte de l'avis de la population. La carte de tradipraticien ne pourra être délivrée en cas de réprobation de l'ensemble des personnes contactées. Lorsque l'enquête est concluante, le tradipraticien est recensé. Ce dernier devra indiquer les différentes affections prises en charge et son domaine de prédilection et son lieu d'exercice. Le recensement devra se faire à l'échelle départementale pour un suivi de proximité.

L'une des difficultés éprouvées par la population réside dans la communication avec les tradipraticiens en raison de leur analphabétisme, et du brassage de la population. Le français étant la langue officielle, des séances d'alphabétisation devront être organisées par leurs différentes associations avec l'aide de l'Etat, pour leur enseigner les rudiments de la langue française ainsi que l'écriture. La connaissance des noms des affections en langue française peut favoriser une collaboration avec la médecine conventionnelle. Ils devront être formés à la tenue d'un cahier de consultation pour un meilleur suivi de leurs activités, ainsi qu'à améliorer l'hygiène sur leur lieu d'exercice.

Les tradipraticiens devront songer à la transmission de leur savoir en absence d'une institution officielle de formation pour pérenniser cette pratique utile au système de santé. Etant très souvent le premier recours des populations, ils devront être formés à la prévention et à la promotion de la santé pour transmettre le message aux patients, et référer les cas qu'ils jugeraient dépasser leur compétence à la médecine conventionnelle. Ils devront s'ouvrir à la science pour tester l'efficacité et innocuité des remèdes proposés. Cependant, les questions de droits de propriété devraient être abordées pour trouver les solutions qui conviennent.

6.2. RECOMMANDATION A L'ENDROIT DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Pour une meilleure prise en charge de la santé bucco-dentaire de la population dans un contexte d'insuffisance des ressources financières et matérielles, les chirurgiens-dentistes quelque soit leur lieu d'exercice devront s'adonner à la prévention et la promotion de la santé. La promotion de la santé bucco-dentaire pourra se faire à l'aide de campagne de

sensibilisation aussi bien en zone rurale qu'urbaine. Une sensibilisation sur les répercussions des affections bucco-dentaires sur la santé générale et des informations sur l'hygiène et la qualité de l'alimentation rendraient d'énormes services à la population. Les chirurgiens-dentistes devront améliorer leur abord des patients en prenant le temps de dialoguer avec eux. En effet, les soins au cabinet dentaire sont vécus avec beaucoup d'appréhensions par les usagers qui redoutent les douleurs occasionnées par le traitement. Les progrès réalisés dans le domaine de l'anesthésie devraient être utilisés par les praticiens pour atténuer cette crainte. Ceci ne sera possible que par une remise en cause continue des acquis de la formation par le chirurgien-dentiste, en privilégiant la formation continue. En outre, le dialogue permanent entretenu avec les patients pourrait non seulement les rassurer davantage, mais aussi être une opportunité pour entrer en contact avec les tradipraticiens qui demeurent très souvent le premier recours des patients.

L'ouverture vers les tradipraticiens pour mettre d'établir un climat de confiance et amener ces derniers à référer certains malades. En retour, les tradipraticiens pourraient bénéficier d'informations sur la prévention des affections bucco-dentaires et le rôle de l'alimentation dans la survenue des affections bucco-dentaires. Par cette confiance retrouvée, les tradipraticiens seraient mieux disposés à révéler leurs savoirs et les plantes qu'ils utilisent en vue de leur valorisation scientifique.

6.3. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DES AUTORITES SANITAIRES

L'Afrique sub-saharienne pourra se passer difficilement de la médecine traditionnelle. C'est pourquoi, les efforts entrepris par le ministère de la santé en vue de la promouvoir sont à encourager. Cependant, des moyens conséquents doivent être dégagés pour faire des tradipraticiens des partenaires sûrs du système de santé. Les efforts devront être dirigés vers la poursuite de l'opération de recensement des tradipraticiens et leur meilleure organisation à l'échelle nationale. La formation des tradipraticiens sur l'hygiène, l'anatomie et la biologie pour améliorer leur pratique et mieux communiquer avec les patients. A terme, il s'agit de créer un Institut de Formation des Tradipraticiens pour pérenniser le riche patrimoine de connaissances sur les plantes médicinales et les savoirs ancestraux.

S'agissant de l'odontologie conventionnelle, la politique de santé bucco-dentaire doit tenir compte des préoccupations des populations qui aspirent à une meilleure accessibilité aux soins. C'est pourquoi, les cabinets dentaires devraient être davantage plus proches des populations, avec des chirurgiens-dentistes qui au delà des soins curatifs feront de la prévention en étant de véritables hommes de terrain. La Direction de Coordination de la Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (DCPSBD) devrait être dotée de moyens humains et financiers adéquats pour porter le message de sensibilisation à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire sur toute l'étendue du territoire. Elle devra appuyer les chirurgiens-dentistes par un renforcement des capacités sur la gestion des données sanitaires afin de disposer d'un système d'information alerte. En absence d'une politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) qui inciterait les praticiens à se former et que nous appelons de tous nos vœux, un accent doit être mis sur les séances de formation continue décentralisées pour intéresser les praticiens exerçant en dehors de la capitale.

Une collaboration plus étroite entre le Ministère de la Santé, l'UFR d'Odonto-Stomatologie qui dispose de compétences en santé publique, pourrait rendre effective la recherche opérationnelle sur des sujets d'intérêt commun, notamment la valorisation scientifique des plantes médicinales utilisées en odontologie.

6.4. RECOMMANDATIONS A L'ENDROIT DE L'ETAT DE CÔTE D'IVOIRE

Le système de santé qui sied le mieux à un pays est une décision politique qui revient aux plus hautes autorités du pays. C'est pourquoi, nos recommandations sur le système de santé bucco-dentaire qui serait à même de prendre en charge de manière efficiente la santé de la population s'adressent à l'Etat. La santé de la population dont fait partie intégrante la santé bucco-dentaire est étroitement liée aux indicateurs de développement. Ainsi toute amélioration de la santé aura des répercussions sur le développement du pays. Les interventions et stratégies déployées doivent tenir compte des ressources disponibles et être adaptées aux besoins de la population.

Les données de l'étude ayant confirmé la forte utilisation de l'odontologie traditionnelle par la population surtout en zone rurale, toute politique de santé mis en œuvre doit tenir compte de cette réalité. Cependant, en absence de garantie quand à la sécurité des soins dispensés par les tradipraticiens et dans l'attente d'une meilleure organisation de ce secteur, ces derniers pourraient être utiles au système de santé à un niveau primaire. En tant qu'auxiliaire de santé, ils pourraient jouer un rôle dans la prévention et la promotion de la santé. Ainsi, ils pourraient prendre en charge les douleurs dentaires et référer les malades au chirurgien-dentiste en absence d'amélioration dans un délai raisonnable. La notoriété dont ils bénéficient auprès des malades et leur représentativité dans la population sont des atouts à exploiter. En effet dans la conception de nombreux africains, la maladie a le plus souvent un aspect irrationnel. De ce fait les tradipraticiens pourraient être sollicité par le chirurgien-dentiste pour rassurer les malades qui trouveraient une origine surnaturelle à leur affection. L'Etat devra s'impliquer davantage dans leur organisation afin d'assainir la corporation. Seuls devraient se prévaloir du titre de tradipraticiens, les personnes détentrices de la carte. Des signes distinctifs devraient être visibles à leur lieu d'exercice pour situer les usagers. En retour de cette reconnaissance et de la considération dont ils bénéficieront, les tradipraticiens devraient mettre à la disposition des autorités compétentes leurs remèdes pour les tests de toxicité et les études sur leur efficacité ou leur innocuité. L'un des défis majeur auquel sont confrontés les systèmes de santé de nombreux pays africains reste l'accessibilité financière. Même si la population affirme recourir aux soins traditionnels en raison de leur coût abordable, il convient de noter qu'aucun soin n'est gratuit. Ainsi, l'amélioration de l'accès aux soins doit passer par la lutte contre la pauvreté. En effet, une lutte doit être menée contre le chômage des jeunes durement éprouvés par les crises successives que la Côte d'Ivoire connaît depuis 1999. Cette entreprise ne sera possible que par une stabilité politique qui favoriserait les investissements étrangers et l'afflux des capitaux. Un accent devra être mis sur la scolarisation et l'aménagement du territoire par la construction d'écoles, d'hôpitaux, de routes, et l'électrification des zones qui en sont dépourvues. En outre, une meilleure répartition des chirurgiens-dentistes sur l'ensemble du territoire et l'équipement des cabinets dentaires en matériel et matériaux améliorerait de façon substantielle l'accessibilité aux soins bucco-dentaires.

Des actions spécifiques devront être entreprises en faveur des femmes dont la vulnérabilité est manifeste. L'Etat devra mettre en place des programmes spécifiques pour l'insertion des femmes dans le tissu économique et leur garantir l'accessibilité économique aux soins. L'amélioration de la santé bucco-dentaire nécessite des campagnes de sensibilisation et de promotion de la santé au profit des femmes. Des femmes sensibilisées constituent un atout pour toute la société.

CONCLUSION

La présente étude a permis d'avoir dans un premier temps un aperçu de la pratique de l'odontologie traditionnelle et les déterminants socio-démographiques du recours aux soins bucco-dentaires.

Les recommandations de l'OMS pour l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé des pays en développement ont rendu nécessaire l'étude entreprise auprès des tradipraticiens. Celle-ci a mis en évidence leur représentativité au sein de la population surtout en milieu rural, le coût abordable de leurs prestations, leur disponibilité à collaborer avec la médecine conventionnelle, leur désir d'améliorer leurs connaissances sur la gestion, la biologie et l'hygiène, éléments qui militeraient pour leur intégration effective dans le système de santé. Cependant, certains obstacles existent. Il s'agit notamment du fort taux d'analphabétisme des tradipraticiens, rendant difficile la communication avec une catégorie de patients; le manque de registre de malades empêchant toute traçabilité de leur activité et l'absence d'un cadre formel de formation avec le risque de voir disparaître certains savoirs traditionnels.

S'agissant de l'enquête menée auprès des usagers, le principal déterminant du recours aux soins était le niveau scolaire des usagers. Tandis que les adultes non scolarisés avaient recours en priorité aux tradipraticiens, ceux ayant un niveau secondaire ou plus consultaient le chirurgien-dentiste. Les principales justifications du recours aux soins traditionnels évoquées étaient: la proximité des tradipraticiens, l'absence de douleur lors des soins, l'efficacité des soins traditionnels. Quant aux soins modernes, les adultes ont affirmé avoir eu recours au chirurgien-dentiste en raison de leur confiance à leurs thérapeutiques et la propreté des cabinets dentaires. Ces raisons évoquées étaient en rapport avec l'âge, le milieu d'habitation, le niveau scolaire, le type d'habitat de l'enquêté et la distance séparant son lieu d'habitation du cabinet dentaire. Pour le renoncement aux soins d'un praticien, les principales raisons étaient: l'automédication, les difficultés financières et la non perception pour une frange importante de la population de la gravité des maladies bucco-dentaires. Elles étaient en rapport avec le genre, l'âge, le type d'habitat et la situation géographique de l'enquêté.

Le problème financier demeure le véritable défi à relever pour garantir un accès équitable aux soins à la population. Cependant, la prise en compte des caractéristiques socio-démographiques des usagers est la boussole qui conduira à la définition des stratégies et politiques les mieux adaptées. En effet, les données socio-démographiques représentent une sorte de «carte d'identité» de la population. Elles permettraient dans un contexte de pluralité des soins et de rareté des ressources, une planification rationnelle avec pour mot l'anticipation.

C'est pourquoi, les résultats de cette étude bien que parcellaire ont amené à formuler des recommandations précises pour chaque acteur en vue d'améliorer l'accès de la population aux soins bucco-dentaires. Ces recommandations s'inscrivent dans un cadre global de lutte contre la pauvreté et passent par une bonne gouvernance, l'amélioration du taux d'alphabétisation et l'aménagement du territoire. La santé de la population est indispensable pour le développement économique d'un pays. Mais payer pour les soins de santé demeure problématique en Afrique. Si certains éléments comme la nourriture sont tout aussi vitaux et se paient de façon ponctuelle et directe, les dépenses de santé peuvent être imprévisibles et très coûteuses. Les modèles de financement de la santé existants dans les pays industrialisés à savoir l'apport personnel et le financement, soit par un système d'assurance sociale, soit par taxation ou une combinaison des deux, ne sont pas viables en Afrique sub-saharienne. Les raisons principales étant les limites des capacités fiscales et institutionnelles et la pauvreté qui sévit dans ces pays. Par conséquent face à la maladie, les personnes concernées ne peuvent compter que sur elles mêmes ou sur leurs proches. L'entraide familiale vient compenser le

rôle qu'aurait pu jouer une assurance sociale. C'est ici que l'idée d'un financement communautaire des soins, pour combler les carences constatées au niveau des Etats, trouve son essence. Il serait donc judicieux de réfléchir sur la mise en place d'un système de micro assurance avec une bonne définition des risques à couvrir et des primes adaptés à la capacité contributive des populations. D'autre part, la médecine traditionnelle devra être valorisée. Les recherches sur l'efficacité des plantes médicinales et leur innocuité devraient se poursuivre. Les tradipraticiens devraient bénéficier d'un meilleur encadrement et d'une garantie quant aux droits liés à leurs savoirs. Des études de type médico-économiques devraient être entreprises sur la prise en charge de certaines affections bucco-dentaires par des plantes ayant donné les preuves de leur efficacité, afin d'offrir aux populations les meilleurs soins au moindre coût. Aussi dans ce village planétaire qu'est devenu le monde, où celui qui ne saurait s'adapter à l'autre tout en ayant son identité propre peut être amené à disparaître, la médecine traditionnelle doit être valorisée.

Pour finir, cette étude sans prétendre à l'exhaustivité a fait un tour d'horizon sur les principaux problèmes liés à l'accessibilité aux soins bucco-dentaires. Cependant, d'autres études doivent être conduites dans les différentes aires culturelles de la Côte d'Ivoire pour avoir une vue d'ensemble sur cette problématique et enrichir la base de données. Ainsi des données plus globales obtenues à l'échelle nationale seront des outils pour une aide à la décision efficace et efficiente.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Varenne B. *Transition épidémiologique et santé orale au Burkina Faso: disparités d'états de santé et de recours aux soins*. Doctorat: Santé Publique: Paris VI: 2005.
2. Petersen PE. The world oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003, 31 suppl 1, p. 3-23.
3. Hobdell M, Johnson NW, Lalloo R, Myburgh N. Progress in policy issues to improve oral health in Africa. *Oral Dis*. 2004, 10, p.125-128.
4. Brélet C. *Médecines du monde, histoire et pratiques des médecines traditionnelles*. Ed. Robert Laffont Paris 2002, 960 p.
5. Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régional pour l’Afrique. Rapport de la conférence de planification de la santé bucco-dentaire dans la région africaine. Nairobi, 2004. Disponible sur http://www.fdiworldental.org/public_health/assets/Activities/Nairobi_report.fr.pdf. [Consulté le 15/06/2010].
6. Pinault R, Daveluy C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Eds Nouvelles, Montréal, 1995.
7. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ* 1996, 312, p. 999-1003.
8. Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V. *Précarisation, Risque et Santé*. INSERM, 2001.
9. Mak KK, Lind OP, Evans RW. Utilization of the government dental services by Chinese civil servants in Hong Kong. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990, 18, p.190-193.
10. Luzzi L, Spencer AJ. Public dental service utilization among adults in South Australia. *Aust Dent J*. 2009, 54, p. 154-160.
11. Manski RJ, Moeller JF, Maas WR. Dental services. An analysis of utilization over 20 years. *J Am Dent Assoc* 2001, 132,p. 655-664.
12. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007, 35, p. 81-88.
13. Rise J, Astrom AN, Sutton S. Predicting intentions and use of dental floss among adolescents: An application of the theory of planned behaviour. *Psychol Health* 1998, 13, p. 223-236.
14. Norman P, Conner M, Bell R. The theory of planned behaviour and exercise: Evidence for the moderating role of past behaviour. *Br J Health Psychol* 2000, 5, p. 249-261.
15. Sheeran P. Intentions-behaviour relations: A conceptual and empirical review. *Eur Rev Soc Psychol* 2002, 12, p. 1-36.
16. Rhodes RE, Courneya KS. Modelling the theory of planned behaviour. *Psychol Health Med* 2003, 8, p. 57-69.

17. Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EHMN, Van der Kwaak A, Wolffers IN. Health care seeking behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia. *Health Policy* 2005, 71, p. 67-81.
18. Petersen PE, Bourgeois D, Bratthall D, Ogawa H. Oral health information systems-towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p.686–693.
19. Organisation mondiale de la Santé- Bureau régionale de l’Afrique. Formulation d’une politique de santé bucco-dentaire: manuel à l’usage des responsables de programmes de santé bucco-dentaire dans la région africaine de l’OMS, Brazzaville 2006, AFR/ORH/05.1.
20. Barbieri M. Cantrelle P. *Politique de santé et population*. Politique Africaine n° 44, 1991, 51-65
21. Organisation mondiale de la Santé. D’Alma-Ata à l’an 2000: Réflexion à la mi-parcours et perspectives. La genèse d’Alma-Ata. Genève: Organisation mondiale de la Santé 1990.
22. Audibert M., Mathonnat J., Roodenbeke E. *Le financement de la santé dans les pays d’Afrique et d’Asie à faible revenu*. Problématique et vue d’ensemble. Ed. Karthala, 2003. p 5-37.
23. De Ferranti D. Paying for health services in developing countries. World Bank staff working paper n° 721. Washington DC. The World Bank 1987.
24. Akin J, Birdasall N, de Ferranti D. Financing health services in developing countries: An Agenda for Reform. A World Bank policy study. Washington DC. The World Bank 1987.
25. Organisation mondiale de la Santé – Bureau régional Afrique. L’initiative de Bamako, quelques principes généraux. Brazzaville: Organisation mondiale de la Santé 1989.
26. Mariko M. Accès aux soins de qualité: Résultats d’une étude empirique menée à Bamako. In : *Le financement de la santé dans les pays d’Afrique et d’Asie à faible revenu*. Ed. Karthala Paris, 2003, p 42-58.
27. Sauerborn R., Nougara A., Latimer E. The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: Differences across age and income groups. *Health Policy Plan*. 1997, 9, p. 185-192.
28. Vissoh G. Enquête sur la perception des services par la population de Savalou au Bénin. Projet Bénino – Allemand/SSP 22, Cotonou 2005.
29. Ouendo E-M, Makoutodé M, Agueh V, Manko d’Almeida A. Equité dans l’application de l’Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution. In : *Le financement de la santé dans les pays d’Afrique et d’Asie à faible revenu*. Ed. Karthala Paris 2003, p. 119-129.
30. de la Rocque M. Equité et exclusions des services de santé. De la recherche à l’action, l’expérience d’une ONG. *Cahiers Santé* 1996, 6, p. 341-344.
31. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. Promoting equity within community financing schemes: Experiences from three african countries. London School of hygiene and tropical medicine – PHP Department Publication 31, London 1999.

32. Waelkens MP. Exemptions for cost recovery systems in sub-Saharan Africa: A review of policies and practices. [A dissertation submitted to the division of International Health, Master of Community Health (McoomH) degree]. Liverpool school of tropical medicine, University of Liverpool, 1999.
33. Bennet S, Gilson L. Health financing designing and implementing pro-poor policies. DFID health systems resource centre, London 2001.
34. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 1995: Réduire les écarts. Genève: Organisation mondiale de la Santé 1995.
35. Organisation mondiale de la santé – Bureau régional Afrique. La santé bucco-dentaire dans la région Africaine, Stratégie régionale 1999-2008, Harare 2000, AFR/RC48/9
36. World Health Organization. Sixtieth World Health Assembly: Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention, WHA60.17.Eleventh plenary meeting. Geneva: World Health Organisation 2007.
37. Berté I. B. I. Analyse du système de santé malien dans la perspective de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Doctorat Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé: Lyon I: 2008.
38. Strong K, Mathers C, Epping-Jordan J, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: a priority for global health. *Int J Epidemiol* 2006, 35, p. 492–494.
39. Bourgeois DM, Llodra JC, Nordblad A, Pitts NB. Report of the EGOHID I Project. Selecting a coherent set of indicators for monitoring and evaluating oral health in Europe: criteria, methods and results from the EGOHID I project. *Community Dent Health* 2008, 25, p. 4–10.
40. World Health Organization/ Regional Office for Africa. Standardization of oral health information in the African region. Regional workshop. Final report. Brazzaville: World Health Organisation 2005, AFR/ORH/07.1.
41. Bonnet P. Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins. Etude bibliographique sur l'accessibilité et le concept de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé. Dossier DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, 2002. Disponible sur http://epe.cirad.fr/fr/doc/accessibilite_soins.pdf. [Consulté le 05/07/2010]
42. Picheral H. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. GEOS, atelier de géographie de la santé éd. 2001. Université Paul Valéry Montpellier 3, 307p.
43. Auray JP, Beresniak A, Claveranne JP, Duru G. Dictionnaire commenté d'économie de la santé. Ed. Masson, Collection Abrégés 1996.
44. Lambert DC. Lexique d'économie de la santé. Ed Economica Paris 1985, 129 p.
45. Yonkeu S. A quoi un système de santé africain financièrement accessible et durable devrait-il ressembler au XXIe siècle? Document de travail Research Matters, juin 2006. Disponible sur http://idrc.ca/uploads/user-S/11539235981Yonkeu_juin_2006.pdf [Consulté le 29/06/2010].

46. Mackintosh M. Health care commercialisation and the embedding of inequality. RUIG/UNRISD. Health Project Paper. Geneva: UNRISD; 2003.
47. World Health Organisation. The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organisation 2000.
48. McIntyre D. Financing an affordable and sustainable 21st Century sub-Saharan African Health System. Research matters working paper, 2006. Disponible sur http://idrc.ca/uploads/user-S/11522027851Di_McIntyre_financing_June_2006.doc [Consulté le 29/06/2010].
49. Vital B. Promotion de la santé, itinéraires thérapeutiques et marché de la santé au Sud-Kivu, pratiques locales, enjeux et perspectives. Mémoire de licence: ULC Bruxelles: 1999.
50. Sachs JD. Macroeconomics and health. Investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomic and health. Geneva: World Health Organization 2001.
51. Juma P. What does an affordable and sustainable 21st century African health system look like? Research Matters working paper 2006. Disponible sur http://irdc.ca/uploads/user-S/11561769951Juma_uijn_2006.pdf. [Consulté le 29/06/2010]
52. Mukunya, E. Sohani, S. Baraza, M. Nyawa R. Community participation in promoting sustainable quality of health care within the district health system. In quest for equity in access to health and development. Tropical Institute of Community Health, Nairobi Kenya 2003.
53. Stanfield S. Structuring information and incentives to improve health. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p. 562-563.
54. Yavo Tchéré M-L, Ndiaye C, Bourgeois D. Surveillance de la santé bucco-dentaire en Afrique: revue actuelle des politiques et stratégies. *Revue Epidemiol Sante Publique* 2009, 57, p. 419-428.
55. World Health Organization. Make every mother and child count. World Health Report 2005, p. 192 – 199.
56. World Bank. World Development Indicators 2003.
57. De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. Fixing Health Systems. Ministry of Health Tanzania. International Development Research Center; Ottawa 2004.
58. Kouamé C. *Accessibilité aux soins en odonto-stomatologie et perspective en Côte d'Ivoire*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody : 1997.
59. Zah Z. *Etude des besoins prothétiques en milieu rural en Côte d'Ivoire: l'exemple de Ouragahio*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 1997.
60. Bourgoïn K. *Coût des soins bucco-dentaires: le cas des assurances privées en Côte d'Ivoire : Constat, Analyse et Propositions*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody:1999.

61. Attoumani C. *Coût des soins bucco-dentaires : l'exemple de la mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire (MUGEF-CI). Constat, analyse et propositions*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2001.
62. Nahi SGA. *Consommation en soins bucco-dentaire en Côte d'Ivoire. Enquête auprès de la population Abidjanaise*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2002.
63. Sangaré AD. *Accessibilité aux soins bucco-dentaires : enquête sur l'aspect comportemental de la population abidjanaise*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2003.
64. Abé KM. *Accessibilité aux soins bucco-dentaires: enquête auprès de 453 sujets dans le département de Dabou*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2005.
65. Nzoré KSE. *Evaluation de l'accessibilité économique aux soins bucco-dentaires en Côte d'Ivoire: enquête auprès de trois services de soins bucco-dentaires de la ville d'Abidjan*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2005.
66. Dao L. *L'odonto-stomatologie traditionnelle dans le système sanitaire ivoirien: Enquête auprès des tradipraticiens de la commune de Béoumi*. Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2001.
67. Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement. *Enquête niveau de vie (ENV). Côte d'Ivoire 2008*.
68. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013. Côte d'Ivoire 2008*.
69. Ministère de la Santé Publique. *Manuel des directives des PMA des ESPC. Côte d'Ivoire 2000*.
70. Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes. *Textes officiels de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Côte d'Ivoire, Abidjan 1976*.
71. Ministère de la Santé Publique. *Manuel des directives des PMA des ESPC. Côte d'Ivoire 2000*.
72. Mémel-Fotê H. (sous la direction de). *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*. Ed. Harmattan Paris 1998. 380 p.
73. Fainsang S. *L'intérieur de choses: Maladies, divination et représentation sociale chez les Bissa*. Ed. Harmattan Paris 1986, p. 39-47.
74. Ministère de la Santé Publique. *Etude pilote de recensement et de formation des tradipraticiens de Santé dans l'objectif d'une intégration officielle dans la pratique des SSP. Rapport du Groupe de Travail. Abidjan Côte d'Ivoire 1993*.
75. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique: *Programme national de promotion de la médecine traditionnelle. Document plan stratégique 2007-2011. Côte d'Ivoire 2007*.
76. Organisation Mondiale de la Santé – Bureau Régional pour l'Afrique. *Médecines Traditionnelles Africaines, Rapports techniques AFRO, n° 1, Brazzaville, 1976*.

77. Maclean U, Bannerman RH. Utilization of indigenous healers in national health delivery systems. *Soc Sci Med.* 1982,16, p.1815-1816.
78. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005. WHO/EDM/TRM/2002.1
79. Adégbembo AO. Household utilisation of dental service in Ibadan, Nigeria. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994, 22, p. 338-339.
80. Kouamé P, Amantchi D, Samba M. Causes des consultations odonto-stomatologiques tardives en Côte d'Ivoire. *Odontostomatol Trop.* 1998, 21, p. 24-26.
81. Samba M, Guinan JC, Sangaré A, Da-Danho V, Bakayoko-Ly R. Itinéraire thérapeutique en odonto-stomatologie à Abidjan. *Odontostomatol Trop.* 2004, 27, p. 37- 40.
82. Aké A. *La flore de Côte d'Ivoire: étude descriptive et biogéographique avec quelques notes ethnobotaniques.* Doctorat: Sciences et techniques: Abidjan Cocody: 1984.
83. Assoumou NM. *La douleur en milieu ivoirien: approche socio-culturelle et thérapeutique.* Doctorat: Sciences odontologiques: Abidjan Cocody: 1994.
84. Diby E. *Les plantes médicinales utilisées en Odonto-Stomatologie en Côte d'Ivoire.* Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody : 2004.
85. Kouakou B. *Etude comparée des activités analgésiques de quelques substances naturelles sur les odontalgies : Elaeis guineensis – Citrus aurantifolia, à comparer avec les analgésiques périphériques type paracétamol.* Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 1998.
86. Kouadio Y.F. *Etude chimique et pharmacologique de Parkia biglobasa (Mimosaceae): perspectives d'utilisation thérapeutique odontologique.* Doctorat: Sciences odontologiques: Nantes:1999.
87. Gbané M. *Evaluation du pouvoir anti-cariogène de quelques substances naturelles végétales utilisées en soins bucco-dentaires à cause de leur teneur en fer et en fluor.* Mémoire: DEA biologie humaine et tropicale: Abidjan Cocody: 1999.
88. Bakayoko S. *Etude de l'action anticariogène de deux substances fluorées utilisées en odonto-stomatologie traditionnelle: Alchornea cordifolia/Elaeis guineensis.* Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2003.
89. Talla NR. *Contribution au traitement des candidoses buccales au cours de l'infection à VIH: évaluation de l'activité antifongique de "Cassia alata" sur la croissance in-vitro de Candida albicans.* Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 2001.
90. Amorissani G. *Installation d'un cabinet dentaire privé en Côte d'Ivoire.* Thèse: Chirurgie dentaire: Abidjan Cocody: 1998.
91. Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés. La couverture du risque maladie en Côte d'Ivoire, 2004.

92. Stachenko S. The role of surveillance and data use in the development of public health policies. *Promot Educ* 2008, 15, p. 27–29.
93. Thorpe S. Oral health issues in the African region: current situation and future perspectives. *J Dent Educ* 2006; 70, p. 8–15.
94. Organisation mondiale de la Santé. Former les personnels de santé du 21^e siècle: le défi des maladies chroniques. Genève: Organisation mondiale de la Santé 2005.
95. World Health Organization (WHO). Catalogue of health indicators. A selection of important health indicators recommended by WHO programmes. WHO/HST/SCI, Geneva: World Health Organization 1996.
96. Bateman C. Traditional medicines – no clear or present danger. *S Afr Med J.* 2005, 95, p. 151.
97. Jager AK. Is traditional medicine better off 25 years later? *J Ethnopharmacol* 2005, 100, p. 3-4.
98. Ortrun M. The traditional healer as part of the primary health care team? *S Afr Med J.* 2004, 94, p. 901-902.
99. Tabi MM, Powell M, Hodnicki D. Use of traditional healers and modern medicine in Ghana. *Int Nurs Rev* 2006, 53, p. 52-58.
100. World Health Organization. WHO Policy Perspectives on Medicines - Traditional Medicine - Growing Needs and Potential. Geneva: World Health Organization 2002.
101. Masalu JR, Kikwilu EN, Kahabuka FK, Senkoro AR, Kida IA. Oral health related behaviors among adult Tanzanians: a national pathfinder survey. *BMC Oral Health* 2009, 9, p. 22.
102. Bureau National d'Etude Technique et de Développement. Actualisation du schéma directeur de la région des lagunes. Département aménagement urbain et construction. Côte d'Ivoire 2002.
103. Institut National de la Statistique. Recensement général de la population et de l'habitat 1998, département de Dabou. Côte d'Ivoire 2000.
104. Taffé P. Cours de régression logistique appliquée. Institut universitaire de médecine sociale et préventive et centre d'épidémiologie clinique. Lausanne 2004.
105. Desjardins J. L'analyse de régression logistique. *Tutorials in quantitative methods for psychology* 2007, 1, p. 35-41.
106. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. Ed. Allyn and Bacon, fourth edition. United States of America 2000. 966 p
107. Fassin D, Brousselle C. Surveys on access to health care in Africa. Methodological problems. *Rev épidémiol santé publique* 1991, 39, p. 89-99.

108. Yavo I M-L. *Surveillance de la santé bucco-dentaire en Afrique. Recommandations méthodologiques pour le recueil standard d'informations*. Doctorat: Santé Publique: Lyon 1: 2009.
109. Guillaud M, Bourgeois D, Duru G, Leclercq MH, Hescot P. Quota's method applied in an W.H.O international oral program. *Health Syst Sci* 1997, 6, p. 570-574.
110. Mosha HJ, Scheutz F. Perceived need use of oral health services among adolescents and adults in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993, 21, p. 129-132.
111. Van der Geest S. Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. *Trop Med Int Health* 1997, 2, p. 903-911.
112. Kubukeli PS. Traditional healing practice using medicinal herbs. *Lancet* 1999, 354, Suppl: SIV24.
113. Gessler MC, Msuya DE, Nkunya MHH, Schär A, Heinrich M, Tanner M. Traditional healers in Tanzania: sociocultural profile and three short portraits. *J Ethnopharmacol* 1995, 48, p.145-160.
114. Lewis HA, Rudolph MJ, Mistry M, Monyatsi V, Marambana T, Ramela P. Oral health knowledge and original practices of African traditional healers in Zonkizizwe and Dube, South Africa. *SADJ* 2004, 59:243, p. 245-6.
115. Kisangau DP, Lyaruu HVM, Hosea KM, Joseph CC. Use of traditional medicines in the management of HIV/AIDS opportunistic infections in Tanzania: a case in the Bukoba rural district. *J Ethnobiol Ethnomed* 2007, 3:29.
116. Batman C. Traditional medicines – Clear or present danger. *S Afr Med J* 2005, 95, p. 15.
117. Wolffers IN. Traditional practitioners' behavioural adaptations to changing patients' demands in Sri Lanka. *Soc Sci Med* 1989; 29, p. 1111-1119.
118. Vontress C. Traditional healing in Africa: implications for cross-cultural counselling. *J Coun dev* 1991, 70, p. 242-249.
119. Diallo S, Dussart C. L'importance de la médecine traditionnelle au Mali. *SDM* 2008, 11, p. 57-64.
120. Tanner RES. Concern, cooperation, and coexistence in healing. *BMJ* 1999, 319:133.
121. Opong ACK. Healer in transition. *Soc Sci Med* 1989, 28, p. 605-612.
122. Hewson MG. Traditional healer in Southern Africa. *Ann Intern Med* 1998, 128, p.1029-1034.
123. Todd R, Durward CS. Utilisation of dental services in Cambodia and the role of traditional dentists. *Community Dent Health* 1994, 11, p.34-37.
124. Institut National de la Statistique de. Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999 (EDSCI-II). Côte d'Ivoire 2001.

125. Sa'adu ZO, Abdulraheem IS. Oral health care practice and socio-demographic findings among the physicians in Ilorin, Nigeria. *Niger J Med* 2003, 12, P. 211-216.
126. Sarita PT, Tuominen R. Use of health services in two rural communities in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993, 21, p. 133-135.
127. World Health Organization- Regional Office for Africa. Promoting the role of traditional medicine in health systems: A strategy for the African region 2001-2010. World Health Organization 2000. AFR/RC50/.
128. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Publ Health* 2002, 92, p.1582-1591.
129. McCallum TG. *White women witchdoctor - Tales from the African life of Rae Graham*. Ed. Fielden books Fla. Miami, 1992.
130. Ngubane H. Clinical practice and organization of indigenous healers in South Africa. *Soc Sci Med B* 1981, 15, p. 361-365.
131. Rantala E, Kodzwa GM, Viisainen K, Diodio R, Osaki S, Freling D. Baseline Study-Health care: Manica province integrated health project v1. Internal report of the ministry of health. Republic of Mozambique 1992.
132. Touré S, Kattié A-L, Djérédou B, Bakayoko – Ly R. Symbolisme de la cavité buccale. *Rev. Col. Odonto-Stomatol. Chir. Maxillo-Fac. Afr.* 1997, 4, p.19-24.
133. Heinzerling LM. Attitudes of traditional healers towards western medicine in rural Cameroon. *Trop Doct* 2005, 35, p. 161-164.
134. Ndulo J, Faxelid E, Krantz I. Traditional healers in Zambia and their care for patients with urethral/vaginal discharge. *J altern complement Med* 2001, 7, p. 529-536.
135. Fink S. International efforts spotlight traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health* 2002, 92, p. 1734-1739.
136. Berté IB, Bounekkar A, Duru G. Systèmes d'information et oralité. *SAS* 2007, 10, p. 45-63.
137. Muela SH, Mushi AK, Ribera JM. The paradox of the cost and affordability of traditional and government health services in Tanzania. *Health Policy Plan* 2000, 15, p. 296-302.
138. Leonard KL, Graff Zivin J. Outcome versus service based payments in health care: lessons from African traditional healers. *Health Econ* 2005, 14, p. 575-593.
139. Tada T. Towards the philosophy of CAM: super-system and epidemical sciences. *Evid Based Complement Alternat Med* 2004, 1, p. 5-8.
140. Ndiaye P, Ba M, Seck I, Wone I, Tal-Dia A. Les tradipraticiens dans les activités d'un poste de santé, au Sénégal. *Med Trop* 2005; 65: 497.

141. Anyiman CA. The social cost of the international monetary funds adjustment programs for poverty: the case of health Services. *Int J Health Serv* 1989, 19, p. 531-547.
142. Barimah KB, Teijlingen ERV. The use of traditional medicine by Ghanaians in Canada. *BMC Complement Altern Med* 2008, 8:30.
143. Varenne B, Msellati P, Zoungrana C, Fournet F, Salem G. Reasons for attending dental-care services in Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p. 650-655.
144. Duncan RP, Gilbert GH, Peek CW, Heft MW. The dynamics of toothache pain and dental services utilization: 24-month incidence. *J Public Health Dent* 2003, 63, p. 227-34.
145. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Trebert J, Mercenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saude Publica* 2004, 38, p. 453-458.
146. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2006, 22, p. 1073-1078.
147. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* 2009; 9:7.
148. Behbehani JM, Shah NM. Oral health in Kuwait before the Gulf War. *Med Princ Pract* 2002; 11: 36-43.
149. Al-Hussaini R, Al-Kandari M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S, Memon A. Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait university health sciences centre. *Med Princ Pract* 2003, 12, p. 260-265.
150. Slack-Smith LM, Mills CR, Bulsara MK, O'grady MJ. Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults. *Aust Dent J* 2007, 52, p. 205-209.
151. McGrath C, Bedi R, Dhawan N. Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology* 1999, 16, p. 97-102.
152. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006, 34, p.71-79.
153. Cuncha-Cruz J, Nadanovsky P, Faerstein E, Lopes CS. Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: the Pró-Saúde study. *J Public Health Dent* 2004, 4, p. 216-222.
154. Richards W, Ameen J. The impact of attendance patterns on oral health in general dental practice. *Br Dent J* 2002, 193, p. 697-701.
155. Murray J. Attendance patterns and Oral Health. *Br Dent J* 1996, 18, p. 339-342.
156. Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Kayombo EJ. Traditional health practitioners and the scientist: bridging the gap in contemporary health research in Tanzania. *Tanzan Health Res Bull* 2007, 9, p. 115-120.

157. Shaikh BT, Hatcher J. Complementary and alternative medicine in Pakistan: prospects and limitations. *Evid Based Complement Alternat* 2005, 2, p.139-142.
158. Kikwilu EN, Kahabuka FK, Masalu JR, Senkoro A. Satisfaction with urgent oral care among adult Tanzanians. *J Oral Sci* 2009, 51, p. 47-54.
159. Ball R. Practical marketing for dentistry. Relationship marketing and patient/customer satisfaction. *Br Dent J* 1996, 180, p. 467-472.
160. Tamaki Y, Nomura Y, Nishikawara F, Motegi M, Teraoka M, Arakawa H, Tsurumoto A, Hanada N. Correlation between patient satisfaction and dental clinic credibility in regular check-ups in Japan. *J Oral Sci* 2005, 47, p. 97-103.
161. Bedi R, McGrath C. Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. *Gerodontology* 2000, 17, p. 97-103.
162. Chaffrin JG, Mangelsdorff AD, Finstuen K. The development of a conceptual model evaluating dental patient satisfaction. *Mil Med* 2007, 172, p. 1239-1244.
163. Al Mudaf BA, Moussa MA, Al-Torky MA, Al Dakhil GD, El-Farargy AE, Al- Ouzairi SS. Patient satisfaction with three dental speciality services: a centre-based study. *Med Princ Pract* 2003, 12, p. 39-43.
164. Skaret E, Berg E, Raadal M, Kvale G. Factors related to satisfaction with dental care among 23-years olds in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005, 33, p. 150-157.
165. Stahlacke K, Söderfeldt B, Unell L, Helling A, Axtelius B. Patient satisfaction with dental care in one Swedish age cohort. Part II- What affect satisfaction. *Swed Dent J* 2007, 31, p. 137-146.
166. Varenne B, Petersen PE, Fournet F, Msellati P, Gary J, Ouattara S, Harang M, Salem G. Illness related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:164.
167. Vanobbergen J, De Visschere L, Daems M, Ceuppens A, Van Emelen J. Sociodemographic determinants for oral health risk profiles. *Int J Dent* 2010, 2010: 938936.
168. Riedy CA, Weinstein P, Milgrom P, Bruss M. An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. *Int Dent J* 2001, 51, p. 305-312.
169. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007, 35, p. 429-438.
170. Milnes AR. Description and epidemiology of nursing caries. *J Public Health Dent* 1996, 56, p. 38-50.
171. Kiyak HA. Age and culture: influence on oral health behaviour. *Int Dent J* 1993, 43, p. 9-16.

172. Chaix B, Boelle PY, Guilbert P, Chauvin P. Area-level determinants of specialty care utilization in France: a multilevel analysis. *Public Health* 2005, 119, p. 97-104.
173. Butani Y, Weintraub JA, Barker JC. Oral health-related cultural beliefs for four racial/ethnic groups: assessment of the literature. *BMC Oral Health* 2008, 8:26.
174. Manzambi JK, Tellier V, Bertrand F, Albert A, Reginster JY, Van Balen EH. Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain: résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo. *Trop Med Int Health* 2000, 5, p. 563-570.
175. Jaramillo F, Eke PI, Thornton-Evans GO, Griffin SO. Acculturation and dental visits among hispanic adults. *Prev Chronic Dis* 2009, 6, A 50.
176. Weil O, Foirry J-P, Garenne M, Zanou B. Les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte d'Ivoire: résultat d'une enquête sur les facteurs d'utilisation. In: *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Ed. Khartala Paris 2003, p. 77-96.
177. Cohen LA, Bonito AJ, Akin DR, Manski RJ, Macek MD, Edwards RR, Cornelius LJ. Toothache pain: a comparison of visits to physicians, emergency departments and dentists. *J Am Dent Assoc* 2008, 139, p. 1205-1216.
178. Mashoto KO, Astrom AN, Marit SS, Masalu JR. Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. *BMC Oral Health* 2010, 10:7.
179. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Factors related to missed and cancelled dental pointments among adolecents in Norway. *Eur J Oral Sci* 2000, 108, p.175-183.
180. Lopez R, Baelum V. Factors associated with dental attendance among adolescents in Santiago, Chile. *BMC Oral Health Health* 2007, 7: 4.
181. Grytten J, Holst D. Do young adults demand more dental care services as their income increases? *Comminuty Dent Oral Epidemiol* 2002, 30, p. 463-469.
182. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007. World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009, 37, p:1-8.
183. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral disease and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005, 83, p. 661-669.
184. Develay A, Sauerborn R, Diesfeld HJ. Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Soc Sci Med* 1996, 43, p.1611-1619.
185. Lundgen M, Osterberg T, Emilson G, Steen B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in an 88-year-old Swedish population. *Gerodontology*, 1995, 12, p. 81-88.

186. Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ* 2005, 69, p. 975-986.
187. Ohi T, Sai M, Kikuchi M, Hattori Y, Tsuboi A, Atsushi H, Ohmori-Matsuda K, Tsuji I, Watanabe M. Determinants of the utilization of dental services in a community-dwelling elderly Japanese population. *Tohoku J Exp Med* 2009, 218, p. 241-249.
188. Wu B. Dental services utilization among urban and rural older adults in China – A brief communication. *J Public Health Dent* 2007, 67, p.185-188.
189. Gilbert GH, Shelton BJ, Chavers LS, Bradford EH Jr; The paradox of dental need in a population-based study of dentate adults. *Med Care* 2003, 41, p. 119-134.
190. Ouendo E-M, Makoutodé M, Paraiso M, Wimet-Dramaix M, Dujardin B. Therapeutic itinerary of poor patients in Benin (poverty and health care). *Trop Med Int Health* 2005, 10, p.179-186.
191. Ouendo E-M, Makoutodé M, Wimet-Dramaix M, Paraiso M, Dujardin B. Health care access in Benin: poverty and community aid networks. *Sante* 2004, 14, p. 217-221.
192. Monteillet N. Aperçu sur le système de soins - Le cas de Mbandjock. Bulletin de l'APAD 17/1999. Disponible sur <http://apad.revue.org/487>. Consulté le 06/11/2010.
193. Al-Shammari KF, Al-Ansari JM, Al-Khabbaz AK. Barriers to seeking preventive dental care by Kuwaiti adults. *Med Princ Pract* 2007, 16, p. 413-419.
194. Matee IM, Simon EN, Kalyanyama B. Utilization of dental services in Tanzanie before and after the introduction of cost sharing. *Int Dent J* 2000, 50, p. 69-72.
195. Kikwilu EN, Masalu JR, Kahabuka FK, Senkoro AR. Prevalence of oral pain and barriers to use emergency oral care facilities among adult Tanzanians. *BMC Oral Health* 2008, 8:23.
196. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (dir). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Ed. Karthala Paris 2003.
197. Mizrahi A, Mizrahi A. Evolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. CREDES 1993.
198. Thomson WM, Dixon GS, Kruger E. The West Coast study II: Dental anxiety and satisfaction with dental services. *N Z Dent J* 1999, 95, p. 44-48.
199. Bedi R, McGrath C. Factors associated with dental anxiety among older people in Britain. *Gerodontology* 2000, 17, p. 97-103.
200. Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study. *Acta Odontol Scand* 2001, 59, p. 273-9.
201. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20 to 34 years old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001, 59, p. 201-208.

202. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health behaviour between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003, 31, p. 116-121.
203. Armfield JM, Steward JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilisation and dental fear. *BMC Oral health* 2007, 7:1.
204. Okullo I, Astrom AN, Haugejorden O. Social inequalities in oral health and use of oral health care services among adolescents in Uganda. *Int J Paediatr Dent* 2004, 14, p. 326-335.
205. Roberts-Thomson, Slade GD. Factors associated with infrequent dental attendance in the Australian population. *Aust Dent J* 2008, 53, p. 358-362.
206. Pretorius E. Traditional and modern medicine working tandem. *Curationis* 1991, 14, p.10-13.
207. Jürg A. Restoration of confidence in traditional healers in Mozambique. *Med Anthropol* 1993, 5, p. 38-47.
208. Tamaki Y, Nomura Y, Nishikawara F, Motegi M, Teraoka K, Arakawa H, Tsurumoto A, Hanada N. Correlation between patient satisfaction and dental clinic credibility in regular-dental Check ups in Japan. *J Oral Sci* 2005, 47, p. 97-103.
209. Baltusen R, Ye Y. Quality of care of modern health services as perceived by users and non- users in Burkina-Faso. *Int J Qual Health Care* 2006, 18, p. 30-34.
210. Ntabaye MK, Scheurtz F, Poulsen S. Household survey of access to and utilisation of emergency oral health care services in rural Tanzania. *East Afr Med J* 1998, 75, p. 649-653.
211. Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontol Scand* 2007, 65, p. 224-230.
212. Kessy JP, Lewallen S. Poverty as a barrier to accessing cataract surgery: a study from Tanzania. *Br J Ophthalmol* 2007, 91, p.1114-1116.
213. Bazin F, Parisot I, Chauvin P. Original approach to the individuals characteristics associated with forgone healthcare: a study in a underprivileged areas Paris region, France 2001-2003. *Eur J Public Health* 2005, 15, p. 361-367.

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTES DES SIGLES ET ACRONYMES

BNETD: Bureau National des Etudes Techniques et le Développement

CAO: Cariée Absente Obturée

CEDEAO: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest

CFA: Communauté Financière Africaine

CHR: Centre Hospitalier Régional

CHS: Centre Hospitalier Spécialisé

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNOCDI: Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Côte d'Ivoire

CNRA: Centre National de Recherche Agronomique

CSR: Centre de Santé Rural

CSU: Centre de Santé Urbain

CSUS: Centre de Santé Urbain Spécialisé

DEPS: Direction des Établissements et des Professions Sanitaires

EGOHID: European Global Oral Health Indicators Development/ Projet européen pour le développement d'indicateurs en santé orale

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESPC: Etablissement Sanitaire de Premier Contact

FDI: Fédération Dentaire Internationale

FSU: Formation Sanitaire Urbaine

IADR: International Association for Dental Research/ Association International pour la Recherche Dentaire

IB: Initiative de Bamako

IC: Intervalle de Confiance

IDH: Indice de Développement Humain

INS: Institut National Spécialisé

INS: Institut National de la Statistique

MEMPD: Ministère d'Etat Ministère du Plan et du Développement

MHM: Ministry of Health Malawi/ Ministère de la santé du Malawi

MSHP: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

MSP: Ministère de la Santé Publique

MSSSH: Ministère de la Solidarité de la Sécurité Sociale et des Handicapés

MUGEFCI: Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Côte d'Ivoire

OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS: Organisation mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

ONU: Organisation des Nations Unies

OR: Odds Ratio

PAS: Programme d'Ajustement Structurel

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PNDS: Plan National de Développement Sanitaire

PNPMT: Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

PNUD: Programme des Nations Unies pour le Développement

PSBD: Politique de Santé Bucco-Dentaire

RC: Rapport de Côtes

RGPH: Recensement Général de la Population et de l'Habitat

ROA: Regional Office for Africa/ Bureau régional pour l'Afrique

SIDA: Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TICH: Tropical Institute for Community Health/ Institut tropical pour la santé communautaire

UFR: Unité de Formation et de Recherche

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

WHA: World Health Assembly

WHO: World Health Organization/ Organisation mondiale de la Santé

ANNEXE II: REPARTITION DES VILLAGES SELON LA DISTANCE ET LA PRESENCE D'UN CENTRE DE SANTE OU UN DISPENSAIRE RURAL

Moins de 5 km		Entre 5-15 km		Plus de 15 km	
Présence de CS ou DR	Absence de CS ou DR	Présence de CS ou DR	Absence de CSR ou DR	Présence de CS ou DS	Absence de CS ou DS
Pass (4250 hats) Débrimou (4250 haaats)	Agnéby (1260 hats) Gbougbo I (2179 hats)	Lopou (6702 habts) Bohn (771 habts) Orbaff I (3620 habts) Yassap A (2834 habts) Yassap B (1379 habts) Bouboury (2673 hts) Vieil Aklodj (1448 hats)	Allaba (846 hats) Armébé (1483 hats) N'gatty (1123 hats) Bodou (397 hats) Akradio (3906 habts) Mopoyem (3507 hts) Youhouilil (2906 habts)	Cosrou (5485 hats) Nle Ousrrou (4722 habts) Pandah (1092 hats) Vieux Badian (1048 hats) Petit Badian (1048 hats) Toupah (8028 hats) Opoyounem (2090 hats)	Yomidji (1399 hats) Adangba-Eby (554 hats) Agnimangbo (1060 hats) Ahouya (702 hats) Akakro (674 hats) Ira (4657 hats) Kaka (705 hats) Kodogodji (607 habts) Kroufian (919 habts) Niguinanou (747 hats) Vieil Osrou (673 hats) Niamianbo (448 hats) Tiaha (1250 hats) Agaille (1201 hats) Ndoumikro (607)

CS= Centre de Santé

DR= Dispensaire Rural

Source : Institut national de la statistique- Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1998- Données actualisées en 2008.

ANNEXE III: QUESTIONNAIRE DESTINE AUX TRADIPRATICIENS

COMPORTEMENTS EN SANTE ORALE ET DETERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

N° d'identification :

Localité :

Date

Enquêteur :.....

A-IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES TRADIPRATICIENS

A1 : Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

A2 : Date de naissance.....

A3 : La profession de tradipraticien est-elle votre activité principale ?

1. Oui 2. Non

A4 : Si non, quelle est votre activité principale?

A5 : Quelle est l'origine de votre pratique?

1- Héritaire (Père, Mère ou autre) 2-Acquise (génie, songe, autre guérisseur)

A6 : Quel est votre niveau d'étude?

1. Jamais scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire et plus.

B- TRADIPRATICIENS ET SANTE BUCCO-DENTAIRE

**B1: Utilisez-vous souvent des pratiques occultes pour soigner les dents ou les maladies
la bouche ?**

1. Jamais 2. Rarement 3. Parfois 4. Souvent 5. Toujours 6. Ne sait pas

B2: Quelles sont les maladies de la bouche et des dents que vous soignez?

1. Trou dans la dent (carie dentaire) 5. Mauvaise haleine
2. Plaie dans la bouche 6. Joue enflée
3. Plaie sur la langue 7. Autre.....
4. Saignement des gencives

**B3: Avez-vous déjà conseillé à certains de vos malades de se rendre à l'hôpital pour
certains cas que vous estimiez ne pas pouvoir traiter ?**

1. Oui 2. Non 3. Je ne me souviens pas

B4: Qu'est ce que vous utilisez lors de vos traitements?

1. Ressources végétales (feuilles, écorces, racines, sève, charbon de bois...)
2. Ressources minérales (argile, limaille de métaux...)
3. Ressources animales
4. Prières et incantations
5. Autres.....

B5: Obtenez-vous facilement les produits dont vous avez besoin pour la fabrication de vos médicaments?

1. Oui 2. Non 3. De moins en moins 4. Pas toujours

B6: Avez-vous déjà reçu des malades qui vous ont dit être passés d'abord à l'hôpital avant de venir vous voir?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

B7: Si oui, pourquoi sont-ils venus vous voir ?

1. Manque de moyens financiers
2. Douleur persistante malgré les soins à l'hôpital
3. Pas d'amélioration de l'état malgré les soins à l'hôpital
4. Autre.....

B8: Avez-vous déjà reçu un malade pour des soins au niveau de la bouche et des dents sur recommandation d'un chirurgien-dentiste ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

B9: Les médicaments utilisés et modes d'utilisation

1. **Carie dentaire** Médicament utilisé : Mode d'utilisation:.....
2. **Plaie dans la bouche et sur la langue** Médicament utilisé:Mode d'utilisation:.....
3. **Mauvaise haleine** Médicament utilisé : Mode d'utilisation:.....
4. **Saignement des gencives** Médicament utilisé :..... Mode d'utilisation:.....
5. **Abcès ou cellulite** Médicament utilisé : Mode d'utilisation:.....
6. **Extraction dentaire** Médicament utilisé : Mode d'utilisation:.....

B10: Souhaitez-vous recevoir des informations sur le corps humain et l'hygiène ?

1. Oui 2. Non

ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX USAGERS

COMPORTEMENTS EN SANTE ORALE ET DETERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

(Usager ayant consulté le tradipraticien en première intention)

N° d'identification :

Localité :

Date :

Enquêteur :

A-IDENTIFICATION ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA POPULATION.

A1: sexe : 1. Masculin 2. Féminin

A2: Quelle est votre situation matrimoniale ?

1. Marié /concubinage 2. Divorcé 3. Veuf 4. Célibataire

A3 : Quel est votre âge

A4: Quelle activité exercez-vous actuellement ?

A5: Quel est votre niveau d'étude ?

1. Jamais scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire et plus

A6: Disposez-vous d'une assurance pour vos soins dentaires ?

1. Oui 2. Non

A7 : Type d'habitat

1. Villa moderne, maison en bande 2. Case, maison en banco, baraque ou autre
ou autre construction moderne. habitat traditionnel.

B- POPULATION ET ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE

B1: Lorsque vous avez eu pour la dernière fois un problème au niveau de vos dents ou de votre bouche, vous avez consulté :

1. Uniquement le tradipraticien
2. Le tradipraticien puis le Chirurgien dentiste

B2: Pourquoi consultez- vous le tradipraticien lorsque vous avez mal aux dents ou lorsque vous avez des problèmes au niveau de votre bouche ?

1. Coût du traitement abordable 5. Soins compatibles avec ma culture
2. Proximité des tradipraticiens 6. Traitement efficace.
3. Soins moins douloureux 7. Autres.....
4. Peur des chirurgiens dentistes

B3: Pour quel problème concernant votre bouche et vos dents avez-vous consulté le tradipraticien ?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Douleur des dents | 5. Plaies dans la bouche |
| 2. Dents mobiles | 6. Mauvaise haleine |
| 3. Trou dans la dent sans douleur | 7. Dents mal placées |
| 4. Saignement de la gencive | 8. Autres..... |

B4: Lorsque vous consultez le tradipraticien, vous donne t-il des conseils pour éviter que vous n'ayez d'autres problèmes au niveau de vos dents ou de votre bouche ?

1. Jamais 2. Très rarement 3. Souvent 4. Assez souvent 5. Toujours

B5: Pourquoi n'avez-vous pas consulté un chirurgien-dentiste en premier lieu lorsque vous avez eu un problème au niveau de votre bouche ou de vos dents pour la dernière fois ?

1. Mon état ne nécessitait pas de soins (douleur peu intense)
2. Par manque d'argent
3. Peur des instruments du chirurgien-dentiste
4. Soins douloureux
5. Pas convaincu de l'efficacité des soins que font les chirurgiens-dentistes
6. Pas de cabinet dentaire à proximité
7. Les chirurgiens-dentistes sont peu aimables
8. Autres (à préciser)

B6: Avez-vous eu des difficultés à manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche ?

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Jamais | 4. Souvent |
| 2. Rarement | 5. Toujours |
| 3. Parfois | 6. Ne sait pas |

B7: Avez-vous été toujours satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche ?

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Jamais | 4. Souvent |
| 2. Rarement | 5. Toujours |
| 3. Parfois | 6. Ne sait pas |

C-ODONTOLOGIE TRADITIONNELLE ET SYSTEME DE SOINS BUCCO-DENTAIRE

C1: Quel temps mettez vous en moyenne lorsque vous vous rendez chez le tradipraticien ?

1. Moins de 30 minutes
2. Entre 30 minutes et 1 heure
3. Plus d'une heure.
4. Ne sait pas

C2: Combien dépensez-vous au total lorsque vous avez un problème au niveau de vos dents ou de votre bouche pour, le transport, les frais de soins et de médicaments avec le tradipraticien?

1. Entre 1000 et 5000f cfa
2. Entre 5000 et 10000f cfa
3. Entre 10000 et 20000f cfa
4. Plus de 20000f cfa

C3: Etes-vous toujours satisfait du coût des soins donnés par les tradipraticiens ?

1. Jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Toujours

C4: Comment jugez vous l'efficacité des soins que font les tradipraticiens ?

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. Jamais efficaces | 4. Souvent efficaces |
| 2. Rarement efficaces | 5. Toujours efficaces |
| 3. Parfois efficaces | 6. Ne sait pas |

C5: Lorsque vous avez eu besoin de soins au niveau de votre bouche ou de vos dents et que vous avez rencontré le tradipraticien, au bout de combien de temps vous a-t-il reçu ?

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 1. Tout de suite | 4. Plus d'une heure |
| 2. Moins de 30 minutes | 5. Ne sait pas |
| 3. Entre 30 minutes et 1 heure. | |

C6: L'utilisation de pratiques occultes par les tradipraticiens lors de leurs soins vous convient-elle ?

1. Non
2. Oui
3. Ça ne me gêne pas
4. Ne sait pas.

C7: Que reprochez-vous aux tradipraticiens dans leurs pratiques ?

1. Rien
2. Le manque d'humilité
3. Le manque d'hygiène
4. Le manque de communication avec les malades sur leur maladie
5. Leur mauvaise organisation
6. Autres.....

C8: Pensez-vous que l'odontologie traditionnelle peut traiter efficacement les maladies de la bouche et des dents ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

C9: Souhaitez-vous que les tradipraticiens soient associés à la prise en charge des maladies de la bouche et des dents de manière officielle à côté des chirurgiens-dentistes ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

B3: Pour quel problème concernant votre bouche et vos dents avez-vous consulté le chirurgien-dentiste la dernière fois?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Douleur des dents | 6. Mauvaise haleine |
| 2. Dents mobiles | 7. Dents mal placées |
| 3. Trou dans la dent sans douleur | 8. Mauvais sort |
| 4. Saignement de la gencive | 9. Autres (à préciser)..... |
| 5. Plaies dans la bouche | |

B4: Lorsque vous consultez le chirurgien-dentiste vous donne t-il des conseils pour éviter que vous n'ayez d'autres problèmes au niveau de vos dents ou de votre bouche ?

- | | |
|------------------|------------------|
| 1. Jamais | 4. Assez souvent |
| 2. Très rarement | 5. Toujours |
| 3. Souvent | |

B5: Lorsque vous avez eu pour la dernière fois un problème au niveau de vos dents et de votre bouche, pourquoi n'avez-vous pas consulté un tradipraticien?

1. Pas d'information sur leurs pratiques
2. Par manque d'argent
3. Pas de tradipraticien à proximité
4. Il n'y a pas d'hygiène dans leurs pratiques
5. Pas confiance en l'efficacité des soins dispensés par les tradipraticiens
6. Ne sait pas
7. Autres (à préciser).....

B6 : Avez-vous eu des difficultés à manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche?

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Jamais | 4. Souvent |
| 2. Rarement | 5. Toujours |
| 3. Parfois | 6. Ne sait pas |

B7 : Avez-vous été toujours satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche?

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. Jamais | 4. Souvent |
| 2. Rarement | 5. Toujours |
| 3. Parfois | 6. Ne sait pas |

C-ODONTOLOGIE MODERNE ET SYSTEME DE SOINS BUCCO- DENTAIRES

C1: Quel temps mettez vous en moyenne lorsque vous vous rendez chez le chirurgien-dentiste?

1. Moins de 30 minutes
2. Entre 30 minutes et 1 heure
3. Plus d'une heure.
4. Ne sait pas

C2: Combien dépensez-vous au total lorsque vous avez un problème au niveau de vos dents ou de votre bouche pour le transport, les frais de soins et de médicaments?

1. Entre 1000 et 5000f cfa
2. Entre 5000 et 10000f cfa
3. Entre 10000 et 20000f cfa
4. Plus de 20000f cfa

C3 : Etes-vous satisfait du coût global des soins que vous recevez?

1. Jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Toujours

C4 : Comment jugez vous l'efficacité des soins que font les chirurgiens-dentistes?

1. Pas efficaces
2. Efficaces
3. Très efficaces
4. Ne sait pas

C5: Lorsque vous avez eu besoin de soins au niveau de votre bouche ou de vos dents et que vous avez rencontré le chirurgien-dentiste, au bout de combien de temps vous a t-il reçu?

1. Tout de suite
2. Moins de 30 minutes
3. Entre 30 minutes et 1 heure.
4. Plus d'une heure
5. Ne sait pas

C6 : Les soins que font les chirurgiens-dentistes conviennent-ils à vos croyances?

1. Non
2. Oui
3. Ça ne me gêne pas
4. Ne sait pas.

C7 : Que reprochez-vous aux chirurgiens-dentistes dans leurs pratiques?

1. Rien
2. Soins coûteux
3. Peu soucieux de la souffrance des malades
4. Dialoguent très peu avec les malades
5. Plus préoccupés par l'argent
6. Peu aimables
7. Ne respectent pas les rendez-vous
8. Autres (à préciser)

C8: Pensez-vous que l'odontologie traditionnelle peut traiter efficacement les maladies de la bouche et des dents?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

C9: Souhaitez-vous que les tradipraticiens soient associés à la prise en charge des maladies de la bouche et des dents de manière officielle à côté des chirurgiens-dentistes?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

B2: Lorsque vous avez eu pour la dernière fois un problème au niveau de vos dents et de votre bouche, pourquoi n'avez-vous pas consulté un tradipraticien ?

1. Mon état ne nécessitait pas de soins
2. Médicaments disponibles à domicile
3. Par manque d'argent
4. Pas de tradipraticien à proximité
5. Il n'y a pas d'hygiène dans leur pratique
6. Pas confiance à l'efficacité des soins traditionnels
7. Autres (à préciser).....

B3: Lorsque vous avez eu un problème au niveau de vos dents ou de votre bouche pour la dernière fois et que vous n'avez consulté ni un chirurgien dentiste, ni un tradipraticien, qu'avez-vous fais ?

1. Rien du tout
2. Automédication traditionnelle
3. Automédication moderne
4. Autres (à préciser).....

B4: Avez-vous eu des difficultés à manger à cause de l'état de vos dents ou de votre bouche ?

1. Jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Toujours
6. Ne sait pas

B5: Avez-vous toujours été satisfait de l'état de vos dents et de votre bouche ?

1. Jamais
2. Rarement
3. Parfois
4. Souvent
5. Toujours
6. Ne sait pas

B6: Que reprochez-vous aux chirurgiens-dentistes dans leurs pratiques ?

1. Rien
2. Soins coûteux
3. Peu soucieux de la souffrance des malades
4. Dialoguent très peu avec les malades
5. Plus préoccupés par l'argent
6. Peu aimables
7. Ne respectent pas les rendez-vous
8. Autres (à préciser)

B7: Que reprochez-vous aux tradipraticiens dans leurs pratiques ?

1. Rien
2. Le manque d'humilité
3. Le manque d'hygiène
4. Le manque de communication avec les malades sur leur maladie
5. Leur mauvaise organisation
6. Autres.....

B8: Pensez-vous que l'odontologie traditionnelle peut traiter efficacement les maladies de la bouche et des dents ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

B9: Souhaitez-vous que les tradipraticiens soient associés à la prise en charge des maladies de la bouche et des dents de manière officielle à côté des chirurgiens-dentistes ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas