



HAL
open science

Les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais

Dany Daou

► **To cite this version:**

Dany Daou. Les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay, 2023. Français. NNT : 2023UPASR039 . tel-04853262

HAL Id: tel-04853262

<https://theses.hal.science/tel-04853262v1>

Submitted on 22 Dec 2024

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.

Les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais

Determinants of dental care use among Lebanese adults

Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay

École doctorale n° 570 : santé publique (EDSP)

Spécialité de doctorat : Epidémiologie

"Graduate School : Santé Publique. Référent : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines"

"Thèse préparée dans l'unité de recherche **CESP** (Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm), sous la direction de **Loïc JOSSERAN**, professeur des universités, la co-direction de **Christiane SALIBA**, professeure"

Thèse soutenue à Montigny-le-Bretonneux, le 20 Décembre 2023,
par

Dany DAOU

Composition du Jury

Membres du jury avec voix délibérative

Louis MAMAN

Professeur des universités, Président
Université Paris Descartes

Hani ABDUL SALAM

Professeur des universités, Rapporteur & Examineur
Université Mc Gill

Maria SAADE

Professeure, Université Américaine
de Beyrouth Rapporteuse & Examinatrice

Georges AOUN

Professeur des universités, Examineur
Université Libanaise

Titre : Les déterminants du recours aux soins chez les adultes libanais

Mots clés : Recours aux soins dentaires – Santé publique dentaire – Renoncement aux soins dentaires – Déterminants de santé – Inégalités sociales en santé – Méthode mixte

Résumé : Introduction : Le Liban n'échappe pas aux difficultés du recours aux soins bucco-dentaires conduisant à une prévalence de carie dentaire parmi les plus élevées au monde. Hier pays stable et structuré au plan sanitaire il est aujourd'hui en proie à une crise multifactorielle sans précédent mettant en péril aujourd'hui son système de santé. Les objectifs de ce travail sont d'évaluer et de caractériser le recours aux soins dentaires au Liban en périodes de pré et post-crise (analyse des facteurs prédisposants, facilitants, de renforcement et de renoncement) pour proposer des solutions pour l'avenir.

Méthodologie : Une méthode mixte de recherche associant une étape qualitative permettant d'explorer les facteurs du recours aux soins dentaires au Liban et une étape quantitative nationale d'enrichissement des données a été utilisée. Enfin une 3^{ème} étude quantitative a été réalisée pour définir les déterminants du recours aux soins dentaires en post crise. Les analyses ont été menées en descriptifs, bivariés et multivariés.

Résultats : En pré-crise, 23% des Libanais ont renoncé durant les 12 derniers mois à des soins médicaux pour des raisons financières dont 58% ont renoncé aux soins dentaires. En post-crise ces chiffres atteignent respectivement 41% et 70%. Ce recours aux soins dentaires est affecté par les connaissances des patients sur des sujets tels que le lien existant entre santé buccale et santé générale et les liens avec les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires. Pour 31% des Libanais en pré crise, un plan de soins favorise le recours à des soins dentaires, ce score double en post crise (60%). Le motif de consultation le plus fréquemment déclaré est la douleur pour 53% des Libanais et près de 50% d'entre eux déclarent avoir recours à l'auto-traitement et 36.5% de la population a recours aux analgésiques sans avis médical. En post crise, une chute du nombre de consultations de 32.8% à 14.6% face aux douleurs dentaires est observée.

Au plan financier, on note une évolution avec 14% des répondants en pré-crise qui se considéraient comme « à l'aise », contre 5% en post-crise. Le coût du traitement apparaît ainsi comme un facteur limitant l'accès aux soins. Il a été mentionné par 30% des répondants en pré-crise et 51% en post crise. L'influence du coût sur le recours est particulièrement notée chez les femmes (p -value=0,007) et la tranche d'âge supérieure à 65 ans (p -value = 0,02). La peur du dentiste constitue un facteur entravant la consultation pour 30% des Libanais. La proximité géographique a été mentionnée comme facteur facilitant avec une incidence de 19% en pré-crise et 30% en post crise. La pandémie de COVID-19 apparaît comme un facteur entravant pour 18% des personnes interrogées. L'approche multi variée montre En pré-crise, 3 facteurs qui ont impacté de manière significative le renoncement aux soins dentaires. Il s'agit de l'existence d'une couverture sociale (OR=0.492 ; p =0.003 ; [CI=0.38-0.786]), le coût du traitement (OR=0.279 ; p <0.001 ; [CI=0.181-0.430]) et un facteur comportemental, représenté par la perception des qualités du dentiste (OR=0,531 ; p =0.015 ; [CI=0.319-0.883]). En post-crise, les 3 facteurs mentionnés plus haut ont cédé la place à un seul critère qui est désormais le niveau du revenu familial (OR=0.54 ; p =0.02 ; [CI=0.33-0.90])

Discussion : Nos résultats montrent que le recours aux soins dentaires au Liban est insuffisant et s'expliquent de différentes façons (coût des soins, éducation des patients...). D'autre part, la crise économique touchant le pays depuis plusieurs années limite sa capacité à relancer son système de soins. Il devient ainsi urgent de proposer une stratégie nationale reposant sur les 5 axes de la charte d'Ottawa pour l'améliorer. En l'absence d'une telle stratégie et compte tenu des facteurs pesant sur le pays (facteurs démographiques, économiques, migratoires...), la situation continuera à se dégrader inexorablement.

Title: Determinants of Dental Care Use among Lebanese Adults

Keywords: Dental care use – Dental public health – Dental care renunciation – Health determinants – Social inequalities in health – Mixed methodology -

Abstract: Introduction: Lebanon is no exception to the difficulties associated with oral health care, leading to a prevalence of dental caries that is among the highest in the world. In the past, it was a stable and well-structured country in terms of health, but today it is prey to an unprecedented multifactorial crisis that is jeopardizing its healthcare system. The objectives of this study are to evaluate and characterize the use of dental care in Lebanon in pre- and post-crisis periods (analysis of predisposing, facilitating, reinforcing and forgoing factors), in order to propose solutions for the future.

Methodology: A mixed research method was used, combining a qualitative phase to explore the factors influencing dental care use in Lebanon, and a national quantitative phase to enrich the data. Finally, a 3rd quantitative study was carried out to define the determinants of post-crisis dental care use. Analyses were descriptive, bivariate and multivariate.

Results: In the pre-crisis period, 23% of Lebanese had given up medical care in the last 12 months for financial reasons, including 58% who had given up dental care. In the post-crisis period, these figures reached 41% and 70% respectively. This use of dental care is affected by patients' knowledge of subjects such as the link between oral health and general health, and the links with risk factors for oral diseases. For 31% of Lebanese in the pre-crisis period, a care plan favored the use of dental care, while this score doubled in the post-crisis period (60%). Pain was the most frequently declared reason for consultation for 53% of Lebanese, and almost 50% of them declared that they resorted to self-treatment, while 36.5% of the population used analgesics without medical advice. In the post-crisis period, the number of consultations for dental pain dropped from 32.8% to 14.6%.

In financial terms, we note an evolution, with 14% of respondents in the pre-crisis period considering themselves "comfortable", compared with 5% in the post-crisis period. The cost of treatment thus appears to be a factor limiting access to care. It was mentioned by 30% of pre-crisis respondents and 51% of post-crisis respondents. The influence of cost on utilization was particularly noted among women (p-value=0.007) and the over-65 age group (p-value = 0.02). Fear of the dentist is a factor hindering consultation for 30% of Lebanese. Geographical proximity was mentioned as a facilitating factor, with an incidence of 19% pre-crisis and 30% post-crisis. The COVID-19 pandemic was cited as a hindering factor by 18% of respondents. The multi-varied approach shows that, in the pre-crisis period, 3 factors had a significant impact on people giving up dental care. These were the existence of social security coverage (OR=0.492; p=0.003; [CI=0.38-0.786]), the cost of treatment (OR=0.279; p<0.001; [CI=0.181-0.430]) and a behavioral factor, represented by the perception of the dentist's qualities (OR=0.531; p=0.015; [CI=0.319-0.883]). In the post-crisis period, the 3 above-mentioned factors gave way to a single criterion, which is now the level of family income (OR=0.54; p=0.02; [CI=0.33-0.90]).

Discussion: Our results show that the use of dental care in Lebanon is insufficient, and can be explained in different ways (cost of care, patient education...). On the other hand, the economic crisis that has affected the country for several years is limiting its ability to revive its healthcare system. It is therefore becoming urgent to propose a national strategy based on the 5 axes of the Ottawa Charter to improve it. In the absence of such a strategy, and given the factors weighing on the country (demographic, economic, migratory factors, etc.), the situation will continue to deteriorate inexorably.

Remerciements

Ce projet de longue durée a bénéficié de l'assistance et de la collaboration de nombreuses personnes, et il est tout à fait approprié d'exprimer ma profonde gratitude envers toutes celles qui ont contribué à la rédaction et à la recherche.

J'aimerais commencer par exprimer ma reconnaissance aux membres du jury qui ont honoré mon travail en acceptant de l'évaluer. Le Professeur Louis Maman pour présider le jury, le Professeur Hani Abdul Salam et la Professeure Maria Saadé pour avoir accepté d'être les rapporteurs, et le Professeur Georges Aoun qui a accepté d'être mon examinateur. Je tiens également à remercier chaleureusement les deux membres invités du jury, le Professeur Mounir Doumit, un pilier de la santé publique dentaire au Liban, ainsi que le Professeur Bassel Doughan.

Je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance à l'équipe de l'école doctorale, en particulier au Professeure Marianne Canonico, pour son soutien constant tout au long de ce travail.

Tous mes remerciements vont également au Professeure Christiane Saliba pour sa codirection de ce travail, sa méthodologie rigoureuse et pour ses encouragements inestimables, qui ont été une source d'inspiration. Merci d'être présente au bon moment et pour la bonne cause.

En outre, je tiens à exprimer ma gratitude envers mon directeur de thèse, le Professeur Loic Josseran, pour sa disponibilité, ses partages généreux et sa confiance. Cette thèse a été le fruit d'une collaboration de plus de quatre années avec lui, et c'est à ses côtés que j'ai acquis une compréhension approfondie de ce que signifient la rigueur et la précision.

De plus, je tiens à exprimer ma gratitude envers toutes les personnes qui ont contribué de diverses manières à l'aboutissement de ce travail, que ce soit par leur

expertise en statistiques, leur aide dans les corrections linguistiques, ou leurs précieux conseils.

Enfin, je souhaite adresser des remerciements tout particuliers à ma petite famille, ma femme Rasha et mes trois enfants, Andrea, Joseph et Jason, pour leur patience tout au long de ces années de thèse où j'ai parfois dû m'absenter. Votre soutien inconditionnel a rendu la réalisation de ce travail possible, et je vous en suis infiniment reconnaissant.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	14
CHAPITRE I – Contexte, concepts et état des lieux.....	18
1. Introduction.....	18
2. Approche de la Santé bucco-dentaire	19
2.1. Introduction à la santé dentaire.....	19
2.2. Les différents types de maladies dentaires	20
2.2.1. Les caries dentaires	20
2.2.2. Les maladies parodontales	20
2.2.3. L'édentement ou la perte totale des dents	21
2.2.4. Les cancers de la bouche.....	22
2.2.5. Les traumatismes bucco-dentaires	23
2.2.6. Le noma.....	23
2.2.7. Les fentes labiales et palatines	24
2.3. Les effets et conséquences des maladies bucco-dentaires.....	25
2.4. Les inégalités dans l'accès aux soins dentaires	27
2.4.1. Les disparités socio-économiques.....	27
2.4.2. Les disparités géographiques	28
2.4.3. Les facteurs culturels et éducatifs	28
3. Les concepts de Santé	30
3.1. Le concept d'accès aux soins de santé.....	30
3.1.1. La disponibilité.....	30
3.1.2. L'accessibilité.....	31
3.1.3. La commodité.....	33
3.1.4. La capacité financière.....	33
3.1.5. L'acceptabilité.....	34
3.2. Les inégalités sociales de santé et recours aux soins.....	34
3.3. La perception de la santé	35
3.4. Le concept de promotion de la santé	35
4. Aperçu global sur le Liban.....	37
4.1. Sa géographie, sa démographie et son système de santé.....	37
4.2. La crise libanaise	39
5. La situation de la santé bucco-dentaire au Liban.....	42
5.1. L'indice CAOD	42
5.2. Les dépenses en soins dentaires.....	45

5.3.	Les dentistes Libanais suffisamment nombreux mais mal répartis dans le pays...	46
5.4.	Les différences sociales	48
6.	Les objectifs de la thèse	51
7.	La méthodologie générale.....	52
CHAPITRE II- Le recours aux soins dentaires au Liban : Étude Qualitative exploratoire.....		54
1.	Introduction.....	54
2.	Les objectifs de l'étude qualitative	57
3.	La méthodologie de l'étude qualitative.....	58
3.1.	La phase préparatoire.....	58
3.2.	L'élaboration des échantillons et critères de choix	59
3.3.	L'échantillon des bénéficiaires	59
3.4.	L'échantillon des dentistes	60
3.5.	Les entretiens semi-dirigés	61
3.6.	Le modèle théorique de base	62
3.7.	Les considérations éthiques	63
3.8.	Les critères de validité	63
4.	Les résultats de l'étude qualitative.....	65
4.1.	Les facteurs prédisposants	67
4.1.1.	Selon les bénéficiaires	67
4.1.2.	Selon les dentistes	70
4.2.	Les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires	71
4.2.1.	Selon les bénéficiaires	71
4.2.2.	Selon les dentistes	72
4.3.	Les facteurs de renforcement.....	72
5.	La discussion de l'étude qualitative	73
5.1.	La santé buccale et l'état de santé générale.....	73
5.2.	La perception du dentiste.....	74
5.3.	Les bénéficiaires et la médecine dentaire préventive	75
5.4.	L'accessibilité financière des soins	76
Chapitre III : Le recours aux soins dentaires au Liban : Facteurs entravants et facteurs facilitants. Étude Quantitative pré-crise.		78
1.	Introduction.....	78
2.	Les objectifs de l'étude quantitative pré-crise	79
3.	La méthodologie de l'étude quantitative pré-crise.....	79
3.1.	La conception de l'étude	79

3.2.	La taille de l'échantillon.....	80
3.3.	La procédure d'échantillonnage.....	80
3.4.	Les variables de l'étude et l'élaboration du questionnaire.....	81
3.5.	La collecte des données.....	82
3.6.	L'analyse statistique.....	82
3.7.	Les considérations éthiques.....	83
4.	Les résultats de l'étude quantitative pré-crise.....	84
4.1.	Les résultats descriptifs.....	84
4.1.1.	Les caractéristiques socio-démographiques.....	84
4.1.2.	La pratique du recours aux soins.....	85
4.1.3.	Facteurs entravant et facilitant la consultation du dentiste.....	87
4.1.4.	Critères du choix du dentiste et sa description.....	89
4.1.5.	Les Connaissances en matière de santé et santé buccodentaire.....	93
4.1.6.	État de santé et tabagisme.....	97
4.1.7.	Situation financière et couverture santé.....	97
4.1.8.	Le renoncement aux soins.....	101
4.2.	L'analyse bivariée des résultats détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques / Pré-crise.....	103
4.2.1.	Les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires.....	104
4.2.2.	Les facteurs entravant le recours aux soins dentaires.....	109
4.3.	L'Analyse multivariée des résultats évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés / pré-crise.....	114
4.3.1.	La prévalence du renoncement aux soins dentaires.....	114
4.3.2.	Les facteurs de renoncement aux soins dentaires.....	114
5.	La discussion des résultats quantitatifs pré-crise.....	121
Chapitre IV- Le renoncement aux soins dentaires au Liban. Étude quantitative - Évaluation de la situation post-crise à Beyrouth.		126
1.	Introduction.....	126
2.	Les objectifs de l'étude quantitative post-crise.....	128
3.	La méthodologie de l'étude quantitative post-crise.....	129
3.1.	La conception de l'étude.....	129
3.2.	Le calcul de l'échantillon.....	129
3.3.	La procédure d'échantillonnage.....	129
3.4.	L'élaboration du questionnaire.....	129
3.5.	L'analyse statistique.....	130
4.	Les résultats de l'étude quantitative post-crise.....	131

4.1.	Les résultats Descriptifs.....	131
4.1.1.	Les caractéristiques socio-démographiques	131
4.1.2.	La pratique du recours aux soins.....	132
4.1.3.	Les facteurs entravants et facilitants le recours aux soins dentaires	133
4.1.4.	Les critères du choix du dentiste et ses qualités.....	134
4.1.5.	Les connaissances en matière de santé et santé buccodentaire	139
4.1.6.	La situation financière et couverture santé.....	140
4.1.7.	Le renoncement aux soins	145
4.2.	L'analyse bivariée des résultats détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques / Post-crise	146
4.3.	L'analyse multivariée des résultats évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés / Post-crise	153
4.3.1.	La prévalence du renoncement aux soins dentaires	153
4.3.2.	Les facteurs de renoncement aux soins dentaires.....	153
5.	La discussion de l'étude quantitative post-crise	158
	Chapitre V- La discussion générale des résultats de la recherche	162
1.	Les facteurs prédisposant au recours aux soins dentaires	162
1.1.	Les connaissances.....	163
1.2.	Les perceptions	164
1.3.	La pratique du recours	165
1.4.	L'auto-traitement	166
2.	Les facteurs facilitants et/ou entravants le recours	167
2.1.	L'Accessibilité financière.....	167
2.2.	L'accessibilité géographique	168
3.	Le récapitulatif des facteurs facilitants et entravants dans le contexte de pré et post crise	168
4.	Le renoncement aux soins dentaires	171
	Conclusions et recommandations	174
1.	Axe 1 : Élaboration de politiques pour la santé	176
2.	Axe 2 : Création d'environnements favorables	180
3.	Axe 3 : Renforcement de l'action communautaire.....	181
4.	Axe 4 : Acquisition des aptitudes individuelles.....	182
5.	Axe 5 : Réorientation des services de santé.....	183
	Bibliographie	187
	Annexes	200

Liste des figures

Figure 1: Impact des maladies buccales au niveau individuel (32)	25
Figure 2: Carte politique du Liban avec les gouvernorats	37
Figure 3: PIB annuel du Liban entre 1975 et 2021(68)	39
Figure 4: Evolution du PIB annuel par habitant au Liban entre 1975 et 2021(68).....	40
Figure 5: La carie dentaire dans le monde chez les enfants de 12 ans.....	44
Figure 6: La carie dentaire dans le monde chez les adultes de 35-44 ans	44
Figure 7: Répartition de la population et taux de pauvreté par mohafazat (Gouvernorat) (89)	49
Figure 8: Diagramme des résultats qualitatifs	66
Figure 9: Cercle vicieux de l'anxiété dentaire de Berggren	74
Figure 10: Facteurs entravant la consultation du dentiste - Etude nationale quantitative pré- crise au Liban - 2019.....	88
Figure 11: Facteurs facilitants la consultation du dentiste - Etude nationale quantitative pré- crise au Liban - 2019.....	89
Figure 12: Choix du lieu des soins dentaires - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	90
Figure 13: Critères de choix du dentiste - Etude nationale quantitative pré-crise au Liban - 2019.....	91
Figure 14: Lien entre santé orale et santé générale selon les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	94
Figure 15: Facteurs de risque des maladies bucco-dentaires selon les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019.....	95
Figure 16: Comportements face aux douleurs dentaires selon les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	96
Figure 17: Revenu moyen annuel des familles - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019.....	99
Figure 18: Perception de la situation financière des foyers - Etude quantitative nationale pré- crise au Liban - 2019.....	99
Figure 19: Type de soins dentaires renoncés pour des raisons financières - Etude quantitative nationale au Liban - 2019	103

Figure 20: Facteurs entravant la consultation du dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	133
Figure 21: Facteurs facilitant la consultation chez le dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise au Liban en 2021	134
Figure 22: Lieu des soins dentaires des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	135
Figure 23: Critères de choix du dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	136
Figure 24: Description du dentiste des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	138
Figure 25: Répartition des attributs positifs et négatifs du dentiste selon les participants l'étude quantitative post-crise au Liban à Beyrouth en 2021	138
Figure 26: Comportement face aux douleurs dentaires selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	139
Figure 27: Revenu moyen annuel de la famille des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	141
Figure 28: Perception des enquêtés du statut financier de leur foyer- Etude quantitative post-crise en 2021	142
Figure 29: Formes de couverture de santé générale chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	143
Figure 30: Pourcentage des répondants déclarant ou non une couverture sociale et en fonction du type chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	144
Figure 31: Comparaison des facteurs facilitant le recours aux soins dentaires au Liban en pré-crise 2019 (en rouge) et en post-crise 2021 (en bleu)	168
Figure 32: Comparaison des facteurs entravant le recours aux soins dentaires au Liban en pré-crise 2019 (en rouge) et en post-crise 2021 (en bleu)	169

Liste des tableaux

Tableau 1: Comparaison de l'indice CAOD chez les enfants de 12 ans de certains pays membres de l'OCDE (75).....	43
Tableau 2: Nombre de dentistes au Liban entre 2018 et 2023 selon l'ordre des dentistes du Liban et du Liban-Nord	47
Tableau 3: Pourcentage de la population et celui des dentistes par gouvernorat au Liban en 2023.....	47
Tableau 4: Description de l'échantillon des bénéficiaires interviewés dans la recherche qualitative au Liban.....	60
Tableau 5: Echantillon des dentistes interviewés dans la recherche qualitative.....	61
Tableau 6: Caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019.....	85
Tableau 7: Pratiques du recours aux soins dentaires des Libanais- Etude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019.....	87
Tableau 8: Genre préféré du dentiste selon le genre des participants dans l'étude quantitative pré-crise au Liban en 2019.....	92
Tableau 9: Fidélité envers le dentiste – Etude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019	92
Tableau 10: Description du dentiste par les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	93
Tableau 11: Situation financière des enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	98
Tableau 12: Formes de couverture de santé générale chez les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	100
Tableau 13: Formes de couverture de soins de santé dentaire chez les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019.....	101
Tableau 14: Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	102
Tableau 15: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	106
Tableau 16: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs entravant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019	111
Tableau 17: Facteurs de renoncement aux soins dentaires chez les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019.....	116
Tableau 18: Régression logistique des facteurs affectant le renoncement aux soins dentaires au Liban - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019.....	119
Tableau 19: Caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.....	132

Tableau 20: Pratiques du recours aux soins dentaires des participants de l'étude quantitative post-crise au Liban en 2021	132
Tableau 21: Genre préféré du dentiste selon le sexe des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2022.....	136
Tableau 22: Fidélité envers son dentiste selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2022.....	137
Tableau 23: Comportement face aux douleurs dentaires selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	139
Tableau 24: Situation financière des enquêtés - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.....	140
Tableau 25: Couverture sociale des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	143
Tableau 26: Couverture dentaire des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	145
Tableau 27: Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.....	145
Tableau 28: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.	147
Tableau 29: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs entravant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.	151
Tableau 30: Facteurs de renoncement aux soins dentaires chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021	154
Tableau 31: Régression logistique pour le renoncement aux soins dentaires à Beyrouth dans l'étude quantitative post-crise en 2021	157
Tableau 32: Renoncement aux soins médicaux au Liban	171

INTRODUCTION GENERALE

La santé bucco-dentaire est un droit humain fondamental qui fait partie intégrante de la santé générale et du bien-être (1) mais qui reste inaccessible à une large part de la population mondiale (2). Les maladies bucco-dentaires représentent un problème de santé majeur à l'échelle mondiale, la carie dentaire étant l'une des affections chroniques les plus répandues dans le monde (3). En plus des facteurs génétiques et biologiques, les disparités en santé bucco-dentaire sont le résultat d'interactions multidimensionnelles entre les facteurs sociaux, environnementaux, comportementaux, culturels, économiques et politiques (2). En effet, il existe une répartition très inégale des problèmes dentaires entre les pays en développement et les pays développés (2) doublé d'un gradient social fort surtout dans les pays en développement (4,5). Ainsi, les maladies bucco-dentaires continuent d'être un problème de santé publique grave et de plus en plus croissant, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où sa distribution va à l'encontre des principes de justice sociale (4,6).

Comme dans la majeure partie des pays en développement, le Liban n'échappe pas à la problématique d'accès et de recours aux soins bucco-dentaires avec une prévalence de carie très élevée (7). Un recours limité aux soins dentaires est observé au niveau de la population libanaise. Les études sur la santé bucco-dentaire d'une part et les besoins en traitement d'autre part révèlent la présence d'importantes inégalités dans l'accès et le recours aux soins dentaires (8). Le Liban est un pays où deux indicateurs apparemment complémentaires du succès du système de soins de santé dentaire offrent curieusement des résultats contradictoires : le fardeau de la maladie bucco-dentaire étant en contradiction frappante avec une surabondance de dentistes (8).

Bien que la mauvaise santé bucco-dentaire et le manque de recours aux soins dentaires par les adultes libanais soient liés à des déterminants sociaux et structurels en particulier en relation avec le système de soins de santé dentaire, le

Liban est un pays où la santé bucco-dentaire reste régie par les politiques néolibérales qui favorisent la capacité d'autogouvernance des citoyens en matière de santé et d'hygiène personnelle (9). En conséquence directe, les secteurs socioéconomiquement défavorisés de la population font face à des discriminations quant à leur accès aux soins de santé (10,11).

La diversité de la population, la répartition inégalitaire des soins dentaires et l'absence de preuve concernant les déterminants du recours aux soins dentaires justifient une enquête approfondie sur les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais. De plus, vient s'ajouter à ce contexte particulier les difficultés résultant du grand nombre de réfugiés Syriens au Liban qui pèsent lourdement sur le système de santé. Il existe ainsi une pression accrue de la demande à l'origine de tensions sociales entre réfugiés et Libanais (12).

L'objectif principal de notre étude séquentielle à méthodes mixtes (Qualitative - Quantitative) est d'évaluer le recours aux soins dentaires au Liban. L'utilisation conceptuel du modèle socio écologique de planification de santé inspiré du modèle de Green et Kreuter sera effectué (13). Pour atteindre cet objectif, une approche utilisant des méthodes combinées sera utilisée en concordance avec le modèle Precede-Proceed de Green et Kreuter basé sur la participation de la communauté libanaise au processus d'identification et d'évaluation de leurs problèmes de santé dans le but de parvenir à un diagnostic social précis pour les déterminants du recours aux services sanitaires et dentaires (14,15).

L'aspiration conséquente est de mieux planifier et d'exécuter une évaluation à grande échelle des besoins de la population libanaise en rapport avec le recours aux soins dentaires. Le principe clé de notre recherche est sa traduction en tant que recommandations pour une communauté informée, pour des interventions efficaces et réalisables visant à améliorer la qualité de vie de la population (14,15). La finalité de ce travail est la proposition de recommandations pratiques et réalisables adaptée

au contexte spécifique de la population libanaise évaluée en se basant sur les axes d'Ottawa de promotion de la santé et de la stratégie de développement durable 2030 (16).

Notre travail tient une importance particulière puisqu'il n'existe pas d'étude nationale au Liban sur la question de l'accès aux soins dentaires. De même il n'existe pas au Liban de données s'intéressant aux inégalités en santé dentaire chez les adultes. Produire des données qualitatives et quantitatives pertinentes permettrait d'explorer les déterminants sociaux de la santé bucco-dentaire et de produire des données spécifiques sur les inégalités en santé bucco-dentaire au Liban. Ceci pourrait favoriser la dynamique de l'action de recherche et de promotion de l'équité en santé.

Le choix du sujet comporte aussi une dimension citoyenne afin de permettre aux Libanais d'accéder au niveau de santé le plus élevé affirmé comme droit fondamental de tout être humain stipulé par la déclaration d'Alma Ata en 1978 (17). En effet, cette perspective se situe dans les recommandations internationales sur les soins de santé primaires et la stratégie de « santé pour tous » de cette déclaration, de la promotion de la santé dans la charte d'Ottawa (1986) (18) ainsi que dans toutes celles visant la réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie.

Il s'agit donc d'un concept de recours aux soins dentaires peu exploré et d'un manque de stratégies définies et planifiées au niveau du système de santé libanais. Cette recherche propose donc une analyse des dimensions de ces inégalités dans l'expérience quotidienne des citoyens libanais et explore à travers une sociologie qualitative les représentations de santé et les caractéristiques psychosociologiques contribuant à un accès ou à un renoncement aux soins. Les résultats de l'étude qualitative fournissent les variables de base pour l'enquête quantitative nationale en suivant la méthodologie mixte de recherche.

Ce manuscrit de thèse comprend donc un travail de recherche sur les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais. Il est réparti en 5 chapitres qui détaillent les différents aspects de ce travail.

- Tout d'abord, le premier chapitre décrit le contexte de la recherche, définit les différents concepts de santé et de santé bucco-dentaire et décrit l'état des lieux international et national pour aider le lecteur à mieux comprendre les enjeux de la santé buccodentaire dans le monde et au Liban. De plus il pose la problématique et détaille les objectifs ainsi que la méthodologie générale du travail.
- Le deuxième chapitre traite la recherche qualitative exploratoire qui constitue la première étape pour comprendre et contextualiser notre problématique. Cette recherche a servi de base à l'étape suivante qui est l'étude quantitative.
- Le troisième chapitre offre ensuite une analyse approfondie de la recherche quantitative à l'échelle nationale des facteurs influençant l'accès aux soins parmi la population libanaise. Il se concentre sur le recours aux soins dentaires ainsi que sur les facteurs entravants et ceux facilitants du recours aux soins dentaires et aboutissant aux déterminants du renoncement aux soins dentaires au Liban.
- Le quatrième chapitre examine la façon dont ces facteurs ont évolué dans la capitale à la suite de la crise économique et de l'explosion au port de Beyrouth.
- Enfin, le dernier chapitre synthétise l'ensemble des résultats et propose une discussion générale de l'ensemble des résultats de la recherche, s'ouvrant sur une conclusion générale et des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins et ultimement la santé bucco-dentaire des Libanais dans le cadre des axes de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités sociales en santé en phase avec la stratégie de développement durable 2030.

CHAPITRE I – Contexte, concepts et état des lieux

1. Introduction

Ce premier chapitre aborde les concepts généraux reliés à la problématique du recours aux soins dentaire ainsi que la méthodologie générale de cette thèse décrivant les différentes approches de la méthode mixte de recherche adoptée dans cette étude. En premier lieu, nous introduisons la santé bucco-dentaire au niveau international, les pathologies qui y sont reliées, les effets et leurs conséquences en matière de santé. Le contexte international décrit également les composantes épidémiologiques de la santé bucco-dentaire dans le monde, les concepts de santé reliés au recours aux soins ainsi que ceux des inégalités de soins.

Ensuite, étant donné que cette recherche étudie la réalité libanaise de cette problématique de recours aux soins dentaires, nous proposons un aperçu général du pays, de sa composition démographique, son système de santé incluant la description de celui de la protection sociale qui aidera le lecteur à comprendre le contexte libanais d'accès aux soins bucco-dentaires existant. Les répercussions de la crise économique qui débuta en 2019 sont également abordées au niveau des changements affectant ce système de santé et les composantes du recours aux soins.

De plus, ce chapitre illustre la santé bucco-dentaire au Liban de point de vue épidémiologique, économique et sociodémographique au niveau de la population libanaise ainsi qu'au niveau des professionnels en santé concernés par les soins dentaires au Liban notamment les dentistes. Finalement, la méthodologie générale adoptée est décrite dans ses approches et méthodes mixtes en lien avec les objectifs généraux et spécifiques à chaque étape de la recherche.

2. Approche de la Santé bucco-dentaire

2.1. Introduction à la santé dentaire

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé bucco-dentaire comme étant l'état de la bouche, des dents et des structures oro-faciales, qui permet aux individus d'effectuer des fonctions essentielles, telles que manger, respirer et parler. Elle englobe également des dimensions psychosociales, comme la confiance en soi, le bien-être et la capacité de créer des liens sociaux et de travailler sans douleur, inconfort ou gêne (19).

Selon l'OMS, et dans un rapport publié en 2022, près de la moitié de la population mondiale souffre d'affections bucco-dentaires (3) et en dépit des efforts ou des affirmations internationales que la santé bucco-dentaire est un droit humain fondamental qui fait partie intégrante de la santé générale et du bien-être (2). Nous estimons aujourd'hui que 3.5 milliards de personnes à travers le monde sont touchées par différents types d'affections bucco-dentaires (3). Malgré la classification par l'OMS de la santé dentaire dans la catégorie des maladies non transmissibles donc faciles à prévenir, il est estimé aujourd'hui à l'échelle mondiale que 2 milliards de personnes souffrent de caries sur leurs dents définitives et plus que 500 millions d'enfants en portent sur leurs dents de lait (20). Ceci est sans aucun doute lié à l'urbanisation et l'évolution des conditions de vie qui provoquent une forte augmentation de la prévalence des affections bucco-dentaires partout dans le monde. Les raisons principales seraient une exposition inadéquate au fluorure dans l'eau potable et les dentifrices, la disponibilité et la facilité d'accès aux aliments riches en sucre et paradoxalement, les difficultés d'accès aux services de soins bucco-dentaires communautaires (20).

Afin de mieux définir la situation, nous détaillerons dans la partie suivante les pathologies dentaires les plus communes ou fréquemment rencontrées. Certaines d'entre elles ont une très forte incidence comme les caries dentaires alors que d'autres

seraient moins fréquentes et localisées seulement dans certaines régions du monde. D'autre part, leur gravité peut varier puisqu'on oscille entre des pathologies banales et d'autres beaucoup plus graves et pouvant conduire à la mort du patient.

2.2. Les différents types de maladies dentaires

Dans ce qui suit, nous allons présenter les affections liées à la santé bucco-dentaire répertoriées dans les rapports annuels de l'OMS. Nous aborderons les problèmes tels que les caries dentaires, les maladies parodontales, l'édentement, les cancers de la cavité buccale, les traumatismes dentaires, le noma ainsi que les fissures labio-palatines (19,20).

2.2.1. Les caries dentaires

La carie est une infection dentaire à base de bactéries qui détruit la dent depuis l'émail jusqu'à la pulpe dentaire. Elle est l'une des maladies chroniques les plus répandues dans le monde. Environ 2,5 milliards de personnes (3) présentent des caries non traitées sur leurs dents permanentes, et plus de 530 millions d'enfants souffrent déjà de caries non traitées sur leurs dents de lait. En effet, la prévalence mondiale moyenne des caries des dents de lait est estimée à 43%, et 134 des 194 États Membres de l'OMS ont des chiffres de prévalence supérieurs à 40% (20).

Les caries dentaires sont causées par la transformation des sucres libres présents dans les aliments et les boissons en acides qui, au fil du temps, attaquent et endommagent l'émail dentaire (21). Une consommation régulière et élevée de sucres libres, sans élimination de la plaque par le brossage, ainsi qu'une exposition insuffisante au fluor, entraînent des caries elles-mêmes responsables de douleurs quand les caries atteignent la dentine et la pulpe des dents et peuvent aller jusqu'à la perte des dents (20).

2.2.2. Les maladies parodontales

Les maladies parodontales affectent les tissus qui entourent et maintiennent les dents en place. Elles se manifestent par des symptômes tels que des saignements

ou gonflements des gencives (gingivite), des douleurs et parfois une mauvaise haleine. Dans les cas les plus sévères, elles peuvent entraîner la mobilité des dents suite à la perte osseuse inflammatoire et conduire jusqu'à la perte des dents (20). Il est estimé que les formes graves de parodontites toucheraient environ 19% de la population âgée de plus de quinze ans dans le monde, soit plus d'un milliard de personnes (20).

La maladie parodontale grave est étroitement liée aux principales maladies non transmissibles ; l'association avec le diabète de type 2 non pris en charge est particulièrement bien documentée (19). Les principaux facteurs de risque sont une mauvaise hygiène bucco-dentaire et le tabagisme (19,22).

2.2.3. L'édentement ou la perte totale des dents

L'édentement ou la perte totale des dents, bien qu'elle puisse également être causée par des traumatismes ou d'autres facteurs externes, la perte de dents survient généralement après de nombreuses années marquées par différentes pathologies bucco-dentaires, dont principalement les caries dentaires avancées et des maladies parodontales graves (20).

La prévalence mondiale moyenne de l'édentement varie de façon importante avec l'âge. Elle est estimée à 7% chez les personnes de plus de 20 ans avec plus de 350 millions de cas dans le monde (19). Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, cette prévalence est beaucoup plus élevée et pourrait atteindre 23%. La perte de dents n'est pas une situation anodine, car elle peut être traumatisante sur le plan psychologique, nuire aux interactions sociales et limiter les fonctions buccales (20). L'édentement est un indicateur fort des inégalités sociales et économiques, les taux d'édentement étant disproportionnellement élevés dans les populations défavorisées (19).

La perte de dents exerce un impact considérable sur l'alimentation, la santé et la qualité de vie, particulièrement chez les individus âgés. Les complications de mastication et d'ingestion résultant de cette perte peuvent restreindre les choix

alimentaires et induire des carences nutritionnelles. Cette situation peut également altérer le plaisir gustatif, entraver la digestion adéquate et affecter l'estime de soi liée au sourire (23). La perte de dents peut d'autre part augmenter les risques ultérieurs de maladies liées au mode de vie, telles que l'hypertension et les syndromes métaboliques (24). Dans l'ensemble, la perte de dents s'avère liée à des conséquences non seulement physiques mais aussi sociales et psychologiques, soulignant ainsi l'importance d'une prise en charge appropriée pour maintenir un bon état dentaire favorisant leur bien-être (24).

2.2.4. Les cancers de la bouche

Les cancers de la bouche constituent un problème de santé publique évitable (19). Ils englobent les cancers des lèvres, de la langue et plus largement des structures de la cavité buccale. Y sont également rattachés les-cancers de l'oropharynx et les formes combinées. Cet ensemble nosologique représente le treizième groupe des cancers le plus fréquent dans le monde. En 2020, l'OMS a recensé près de 400000 nouveaux cas de cancer de la bouche dans le monde, causant près de 180000 décès (20). Sa fréquence varie en fonction de la situation socio-économique des individus (19). Ce type de cancer est plus courant chez les hommes avec un taux d'incidence 2.5 fois plus élevé que chez la femme (19,25) et sa prévalence augmente avec l'âge. Enfin sa létalité est plus importante chez les hommes que chez les femmes (20).

Les principales étiologies des cancers de la bouche sont la consommation de tabac, d'alcool et de noix d'arec (chique de bétel). De plus, en Amérique du Nord et en Europe, les infections au papillomavirus humain sont responsables d'un pourcentage croissant de cas de l'oropharynx chez les jeunes (19,20). Il s'agit d'une raison pour laquelle la vaccination contre le papillomavirus humain est désormais recommandée voire même obligatoire dans certains pays comme chez les adolescents français (26).

2.2.5. Les traumatismes bucco-dentaires

Les traumatismes bucco-dentaires surviennent suite à un choc sur les dents ou les tissus de la bouche et de la cavité buccale (19). On estime que près d'un milliard de personnes sont touchées par ces traumatismes, avec une prévalence d'environ 20% chez les enfants de moins de 12 ans (19,20). Il existe une corrélation entre les facteurs individuels et les traumatismes dentaires tels que le genre, le surplomb dentaire (écart horizontal entre les dents supérieures et inférieures), le recouvrement dentaire (surocclusion des dents du haut qui recouvrent partiellement ou totalement les dents du bas lorsque les dents sont en contact), l'obésité et les facteurs socio-économiques (27). De plus, les facteurs environnementaux jouent un rôle important dans les traumatismes dentaires, tels que des aires de jeu mal sécurisées, des comportements à risque, des accidents de la route, des accidents de sport et des actes de violence (20).

En outre, "il a été montré que les adolescents issus de familles moins aisées ont tendance à vivre dans des environnements peu sûrs et à ne pas utiliser d'équipement de sécurité pour les sports, ils sont ainsi plus susceptibles de souffrir d'un traumatisme dentaire (27). Le traitement de ces traumatismes est souvent long et coûteux, et la conservation des dents n'est pas systématique. Cela peut avoir des conséquences sur le développement facial et psychologique, ainsi que sur la qualité de vie des personnes concernées (20).

2.2.6. Le noma

Le noma est une infection gangréneuse sévère qui affecte la bouche et le visage. Il touche principalement les enfants malnutris âgés de 2 à 6 ans, qui souffrent de maladies infectieuses, qui vivent dans une extrême pauvreté avec une hygiène bucco-dentaire insatisfaisante, ou qui ont un système immunitaire affaibli (20). Le noma est principalement répandu en Afrique subsaharienne (19), mais des cas sont également décrits en Amérique latine et en Asie. Cette pathologie débute par une ulcération des gencives (19) qui évolue rapidement en une gingivite ulcéro-nécrotique

aiguë, détruisant rapidement les tissus mous et les tissus durs jusqu'à la peau du visage (20).

Selon les dernières estimations, mais déjà anciennes car datant de 1998, environ 140 000 nouveaux cas de noma surviendraient chaque année dans le monde. En l'absence d'une prise en charge thérapeutique efficace, le noma entraîne la mort dans 90% des cas. Les sujets qui échappent au décès présentent des déformations faciales importantes et invalidantes, des difficultés à parler ou à s'alimenter et à manger. Ces survivants du fait du délabrement facial sont victimes de stigmatisation et leur prise en charge nécessite le plus souvent un traitement chirurgical et une réadaptation complexe (20). Toutefois, si le noma est détecté et pris en charge à un stade précoce, sa progression peut être rapidement ralentie voir stoppée. Cette prise en charge associe une bonne hygiène, une antibiothérapie et une amélioration de la nutrition (20).

2.2.7. Les fentes labiales et palatines

Les fentes labiales et les fentes palatines constituent les anomalies congénitales crâniofaciales les plus fréquentes (19,20). Elles ont une prévalence d'environ 1 pour 1 000 à 1 500 naissances dans le monde. Le nombre de cas dans le monde est estimé à environ 4.6 millions de cas (19). Bien que la prédisposition génétique joue un rôle important dans leur apparition, d'autres facteurs sont également impliqués, tels qu'une mauvaise nutrition, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'obésité pendant la grossesse (20). Dans les pays défavorisés, le taux de mortalité lié à ces anomalies est malheureusement élevé pendant la période néonatale. Cependant, grâce à des avancées médicales, un traitement chirurgical approprié permet désormais une récupération complète dans de nombreux cas (20).

Après cet aperçu sur les maladies bucco dentaires les plus communes, nous détaillerons par la suite leurs effets ainsi que les conséquences qu'elles engendrent sur les patients à différents niveaux, notamment sur les plans économique, médical et qualité de vie afin de montrer la gravité du non-recours aux soins dentaires.

2.3. Les effets et conséquences des maladies bucco-dentaires

Les maladies bucco-dentaires sont connues pour avoir un impact négatif important sur la qualité de vie et le bien-être des individus. Leurs effets sont significatifs aussi bien à l'échelle des patients que de celui de la société (28). A l'échelle de l'individu les maladies dentaires causent de la douleur, de l'inconfort et affectent les fonctions physiques appropriées comme la mastication, la parole et le sourire, et peuvent influencer les rôles sociaux de l'individu (29). L'impact se manifestera aussi par une perte de l'estime de soi, des douleurs et une anxiété. A l'échelle de la société, il s'agira d'une baisse de la capacité de travail des individus ou sur différents niveaux de la vie des individus dans leur quotidien ou du coût des soins. Le schéma ci-dessous décrit plus en détail l'ensemble de ces conséquences généralement admises (28).

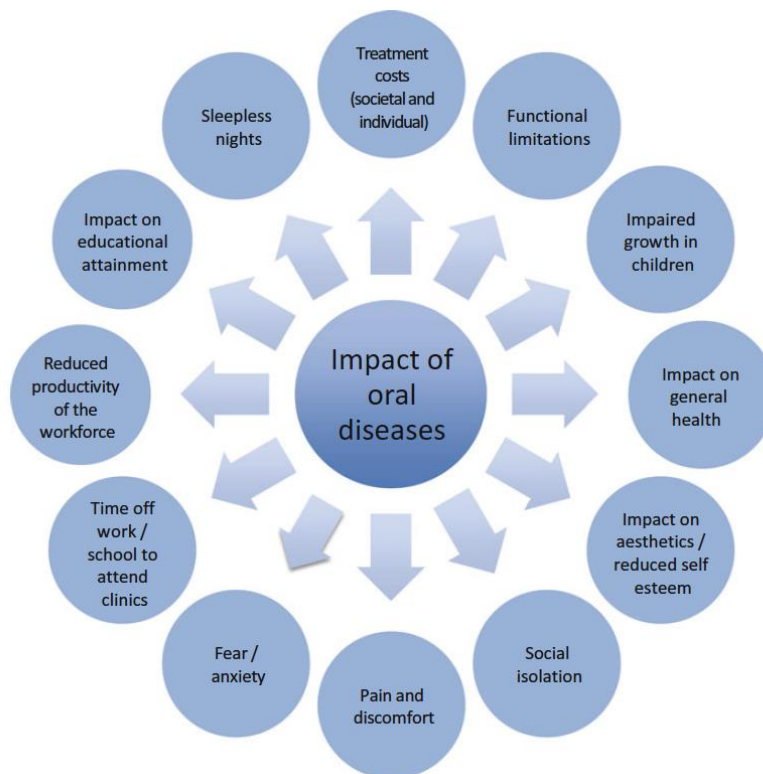


Figure 1: Impact des maladies buccales au niveau individuel (30).

Le diagramme de cette figure illustre l'impact des maladies buccales sur les individus et ceci à plusieurs niveaux : Peur, anxiété, absentéisme scolaire, estime de soi, santé générale, croissance, fonctions buccales, sommeil, éducation et productivité au travail.

Sur le plan économique et d'après un rapport publié par l'organisation mondiale de la santé en 2021, les coûts directs et indirects de ces pathologies bucco-dentaires s'élèvent à 545 milliards de dollars américains (31). De ce fait ces dépenses constituent en 2019 une moyenne mondiale d'environ 50 USD par habitant (19). Cela représente environ 4,8% des dépenses de santé directes mondiales. De plus, les pertes de productivité dues aux maladies bucco-dentaires ont été estimées à environ 42 USD par habitant donc 323 milliards de dollars américains (19).

D'un autre côté, en 2015, l'Union Européenne a déboursé 90 milliards d'euros (32) pour le traitement des affections bucco-dentaires (31). Toutes ces dépenses les classent donc parmi les problèmes de santé les plus coûteux avec le diabète et les maladies cardio-vasculaires (31). Elles constituent ainsi un fardeau économique même dans les pays à haut revenu puisque les coûts des traitements de ces affections dépassent souvent celui de la majorité des maladies non transmissibles (2). Dans les pays industrialisés, les soins dentaires représentent entre 3 et 12.5 % des dépenses de santé, ce qui les placent les 4 ou 5 premiers postes de dépenses (2).

Sur le plan médical, plusieurs études ont montré l'existence d'une relation directe entre une santé bucco-dentaire défaillante et l'état de santé en général. En effet, une mauvaise santé bucco-dentaire constitue un facteur important de diminution de l'état de santé en étant particulièrement associée aux maladies cardiovasculaires, au diabète, aux cancers, à la pneumonie mais aussi à la prématurité. De plus, elles auraient un effet visible sur le vieillissement physique et mental des personnes en bonne santé (31,33).

Enfin sur la qualité de vie, une mauvaise santé bucco-dentaire provoque douleurs, inconfort et impacte de fait le bien-être des personnes concernées. Tout cela induit absentéisme scolaire et professionnel entraînant déficits d'apprentissage et pertes de productivité pour les états (28,31). Des enquêtes nationales sur la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire menées dans plusieurs pays d'Europe occidentale,

en Australie et aux États-Unis montrent que les affections dentaires contribuent toutes à une satisfaction réduite de la qualité de vie. Chez les adultes, la douleur orofaciale est fréquente et elle constitue le facteur qui contribue le plus à la diminution de la qualité de vie au niveau mondial (34).

Cependant, notons que l'impact négatif des maladies buccales sur les individus et leur qualité de vie se révèle dans des disparités multiples entre les diverses populations et communautés. En effet, les inégalités des soins de santé sont observées à travers le monde et les inégalités des soins dentaires ne font certainement pas exception. Elles affectent négativement le recours aux soins dentaires et de ce fait toute la santé bucco-dentaire des citoyens. Nous verrons donc dans ce qui suit les facteurs influençant ces disparités dans l'accès aux soins.

2.4. Les inégalités dans l'accès aux soins dentaires

Les soins dentaires constituent un aspect essentiel du bien-être général, mais leur accessibilité et leur qualité varient considérablement à travers le monde (35). Le fardeau des maladies bucco-dentaires est inégalement réparti dans les populations. Toutes les maladies bucco-dentaires révèlent de forts gradients sociaux (19). Ainsi malgré les progrès de l'odontologie et de la sensibilisation à la santé bucco-dentaire, des inégalités substantielles dans l'accès aux soins persistent conduisant à des disparités significatives dans les états de santé bucco-dentaire au sein des différentes populations (35). Nous explorons ci-dessous les causes profondes de ces inégalités.

2.4.1. Les disparités socio-économiques

L'un des principaux facteurs d'inégalité en matière de soins dentaires est le statut socio-économique. Dans les pays à faible revenu et en développement, l'accès aux soins dentaires est souvent limité, voire inexistant, et la santé bucco-dentaire est souvent négligée. À l'inverse, dans les pays à revenu élevé, les services dentaires sont plus facilement accessibles, ce qui permet d'améliorer la prévention, le traitement et les résultats globaux en matière de santé bucco-dentaire (36).

2.4.2. Les disparités géographiques

Des améliorations majeures en matière de santé bucco-dentaire ont été réalisées, avec des progrès remarquables dans la prévention et la gestion de ces maladies au niveau mondial (37). Ces efforts ont engendré d'importants changements ayant une incidence sur la manière dont nous abordons actuellement la prévention et la gestion des caries chez les jeunes enfants. Cela englobe la promotion de la première consultation chez le dentiste dès l'âge d'un an, l'évaluation des risques et la dispensation de soins en utilisant des techniques et produits plus modernes, tels que le vernis fluoré. De plus, diverses initiatives ont encouragé l'intégration des services de santé bucco-dentaire au sein des soins médicaux primaires (38).

Malgré ces améliorations, des inégalités persistent entre les communautés urbaines et rurales. Elles existent notamment dans la distribution des services, l'accessibilité, l'utilisation, les résultats des traitements, les connaissances et les pratiques, la couverture de l'assurance maladie, la qualité de vie liée et la prévalence des maladies bucco-dentaires. Les personnes vivant dans les zones rurales sont susceptibles d'être plus pauvres, d'avoir moins de connaissances en matière de santé, d'avoir plus de caries, d'avoir moins de dents, de ne pas avoir de couverture d'assurance maladie et d'avoir moins d'argent à dépenser pour les soins dentaires que les personnes vivant dans les zones urbaines (37). Une étude parmi les adultes aux États-Unis a révélé que 88,3% des participants ayant consulté un dentiste plus d'une fois au cours de l'année précédente résidaient dans des zones urbaines. En comparaison, 8,6% d'entre eux vivaient dans des zones rurales proches des villes, et seulement 3,1% étaient originaires de régions rurales éloignées (39).

2.4.3. Les facteurs culturels et éducatifs

Les zones rurales sont souvent associées à des niveaux d'éducation plus faibles, qui à leur tour sont liés à des niveaux plus faibles de connaissances en matière de santé et à une mauvaise utilisation des services de soins de santé (37). Une récente étude conduite au Pakistan a démontré que l'éducation et la sensibilisation des parents

à la santé bucco-dentaire jouent un rôle majeur dans la détermination de la santé bucco-dentaire des enfants (40).

Les mêmes résultats ont été démontrés dans une récente étude comparative dans 23 pays à travers le monde. Cette étude, qui visait à mesurer l'ampleur des inégalités liées à l'éducation dans l'utilisation des services dentaires chez les personnes âgées de 50 ans ou plus, a confirmé que les inégalités liées à l'éducation dans le recours aux soins dentaires par les personnes de groupe d'âge étaient significatives dans tous les pays. La lutte contre de ces inégalités est donc essentielle pour la planification et la prestation des services dentaires (41).

Après cet aperçu général sur la santé bucco-dentaire, ses effets et conséquences sur la question de recours, et afin de pouvoir nous projeter et comprendre la situation du recours aux soins dentaires au Liban, sujet de notre thèse, nous détaillerons dans ce qui suit le contexte libanais du point de vue géographique, socio-économique et système de santé.

3. Les concepts de Santé

Dans cette partie nous allons détailler les concepts de santé reliés au comportement de recours aux soins dentaires au Liban. Nous aborderons les concepts d'accès aux soins de santé ainsi que les concepts d'inégalités sociales de santé et de perception de la santé.

3.1. Le concept d'accès aux soins de santé

Selon de nombreux chercheurs, le concept d'accès aux soins est un concept au contenu variable, qui se traduit souvent par des normes de couverture sanitaire, une entrée ou une utilisation du système des services de santé ou bien par des facteurs influençant l'entrée ou l'utilisation (42,43). Par exemple, parmi les définitions les plus générales de l'accessibilité qui est une composante du concept d'accès, nous retenons celle de la facilité avec laquelle un lieu peut être atteint à partir d'autres lieux (42). Elle concerne donc directement les géographes, dont l'une des préoccupations est justement de s'interroger sur le rôle de la distance dans les interactions spatiales. Afin d'être plus dans la précision de ce concept au contenu variable, nous retenons la définition de l'accès de Penchansky et Thomas qui le considèrent comme un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé en décomposant ce concept en cinq dimensions bien définies qui sont : la disponibilité, l'accessibilité, la commodité, la capacité financière et l'acceptabilité (12,44,45).

3.1.1. La disponibilité

Cette dimension est définie comme la relation entre le volume, le type de services existants et le type de besoins des patients. Face à un besoin de santé, une offre de services de santé doit exister. La disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes essentielles qui sont : la présence physique, la disponibilité temporelle et la fourniture de prestations adaptées en volume et en nature aux besoins des personnes (12,43).

Par disponibilité, il ne faudrait pas entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire mais sa capacité réelle à produire un service. Dans les pays en développement, il est primordial de vérifier d'une part, l'existence effective d'une infrastructure de santé et d'autre part, l'existence de personnel adéquat avant de considérer le volume et la qualité des prestations fournies ou même le niveau de l'équipement médical (12,43).

3.1.2. L'accessibilité

Elle est définie par Penchansky et Thomas comme la relation entre la localisation des services et celles des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance, et le coût du trajet, l'accessibilité est mesurée de proximité. Il s'agit de quantifier la friction de la distance qui devrait diminuer progressivement l'interaction entre les services de santé et leurs patients potentiels et au fur et à mesure que croît la distance les séparant. Cet effet de dissolution par la distance existe toujours. Mais son intensité est fort variable en fonction d'autres facteurs comme le niveau hiérarchique du service de santé, l'âge et le sexe du malade, la disponibilité du véhicule ou le type de problème de santé (44,45).

L'accessibilité peut être considérée comme équitable lorsque des variables non contrôlables comme l'âge, le sexe, ou la nature de la maladie peuvent expliquer l'utilisation des services. Par contre elle ne l'est pas si cette dernière est liée à des variables comme l'éducation, le revenu ou l'absence de ressources. Différentes mesures de la distance séparant les services de la santé de leurs utilisateurs potentiels sont communément utilisées pour décrire l'accessibilité. Certaines d'entre elles sont fortement influencées par la densité et la qualité des voies de communication, ainsi que par le mode de transport utilisé (12,45).

En effet, selon Bonnet en 2002, c'est la capacité à être atteint par une clientèle, un message ou un service. Elle dépend alors de l'état des moyens de transport et représente un coût allant du principe que le monde entier est accessible en tous ses points mais le coût d'accès peut être très élevé. L'accès aux services participe à la

qualité de la vie, le prix du logement et les stratégies de l'habitation. L'accessibilité peut également se définir selon divers critères tels que les aller et retour dans la journée, dans la demi-journée, aller et retour permettant une journée complète de travail, tout ceci supposé à des tarifs acceptables (42).

3.1.2.1. L'accessibilité de point de vue géographique

Selon Picheral, c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle. 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. C'est un indicateur de santé fréquemment utilisé et un indicateur social qui traduit les inégalités sociales existantes. Bien que l'accessibilité soit une condition de l'accès aux soins, elle ne détermine pas à elle seule le recours aux soins ou 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) (46).

3.1.2.2. L'accessibilité en économie de la santé

Pour Lambert, les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes nations, où persistent des inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées) (47). Des enquêtes d'économie de la santé permettent d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du 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 celles des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire.

Les mesures de l'accessibilité potentielle des divers types de services de santé sont utiles pour planifier et localiser de nouveaux services de santé ; examiner la distance linéaire séparant les patients potentiels des services existants et parfois des services projetés (modèles location-allocation) (47).

3.1.3. La commodité

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non) entre le patient et le système de santé. Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (jours et heures d'ouverture des services de santé, présence régulière d'un agent de santé, temps d'attente) mais cela n'est pas exclusif (système de paiement, prise en charge des urgences, consultation téléphonique, système de référence...). En milieu rural, les heures d'ouverture des services de santé sont souvent peu adaptées au rythme du travail des paysans (42).

3.1.4. La capacité financière

La Capacité financière peut se définir comme la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage). Dans les pays en développement, très rares sont les personnes couvertes par une assurance-maladie. De plus, les bénéficiaires d'une telle prestation sociale – fonctionnaire, employés du secteur public ne se recrutent généralement pas dans les couches les plus démunies de la population ni les plus à risque. Dans ces pays en développement, la capacité financière de la population constitue souvent une des principales, sinon la première, raison de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d'un recours particulier. L'introduction d'un paiement ou une rapide augmentation des tarifs se répercutent généralement fortement sur le choix thérapeutique, surtout si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité de soins (12,42).

3.1.5. L'acceptabilité

Selon Penchansky et Thomas, l'acceptabilité est la relation entre les caractéristiques socio-démographiques (comme âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation...), les attitudes des patients, celles du personnel et des structures de santé. Elle fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux (45).

Au regard du problème de santé qui se pose, tous les recours thérapeutiques ne sont pas équivalents ; un hôpital peut être plus acceptable qu'un autre, en raison de son affiliation religieuse, de la présence de proches parmi les employés, gage d'un meilleur accueil, ou de parents à proximité ce qui facilite l'hébergement et la pension des accompagnateurs. Un facteur supplémentaire s'ajoute aux dimensions liées du concept d'accès aux soins de santé, celui de l'existence d'inégalités sociales (42,48).

3.2. Les inégalités sociales de santé et recours aux soins

La notion des Inégalités sociales de santé (ISS) est définie comme étant l'existence de différences d'état de santé entre des individus de situations sociales différentes (revenu, éducation, catégorie sociale). Selon Quatre grands types de causes sociales ont été identifiés dans la littérature scientifique : Les conditions matérielles de vie (logement, nutrition, travail dangereux,...) qui constituent le gradient social de santé, l'effet inverse de l'état de santé sur le statut économique et social, les comportements à risque (tabac, alcool, obésité) qui possèdent des conséquences différentes selon les groupes sociaux et les déterminants psychosociaux comme la susceptibilité aux maladies et la capacité de les combattre qui dépendent du soutien social reçu, de la place dans la hiérarchie, et des événements survenus depuis l'enfance (12,49,50).

Une variante des inégalités sociales de santé est celle des inégalités sociales de recours aux soins, qui signent des différences entre la consommation de soins et les

besoins en santé. Ces différences sont d'autant plus fortes pour les recours aux soins de spécialistes et le recours aux soins préventifs. En effet, les principales causes des inégalités de recours aux soins préventifs sont liées à des demandes d'origines diversifiées. Les causes fréquemment citées dans les écrits englobent :

- 1) Les barrières informationnelles (risques encourus, les filières de soins) ;
- 2) les barrières culturelles (rapport au corps qui est différent, forte préférence pour le présent, plus faible aversion au risque, rapport aux systèmes de soins) ;
- 3) les barrières financières comme par exemple les plus pauvres déclarent plus souvent avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières (12,49).

3.3. La perception de la santé

La perception ou l'autoévaluation de la santé constitue un indicateur important de l'état de santé de la population. Elle reflète l'appréciation globale que l'individu fait de son propre état de santé en intégrant ses connaissances et son expérience de la santé ou de la maladie (12,51). La personne peut se comparer à une autre personne ou bien se référer à sa situation dans un autre moment de sa vie (12,52). La perception de l'état de santé est aussi reliée aux mesures d'incapacité fonctionnelle et de limitation des activités (51). Les déterminants de l'autoévaluation de la santé sont les caractéristiques démographiques tels que l'âge et le genre (53), les caractéristiques socioéconomiques, les comportements individuels, le milieu social qui inclut le soutien social perçu (54), le niveau socio-éducatif et le mode de vie au quotidien favorable ou défavorable à la santé.

3.4. Le concept de promotion de la santé

L'OMS définit la promotion de la santé dans son Glossaire (55) comme un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. Une combinaison

de cadres et de théories permet une compréhension du public cible comme première étape en promotion de santé. La participation de la population reste indispensable dans toute action de promotion de la santé en impliquant fortement les populations cibles dans les processus d'identification, d'évaluation et de résolution de leurs problèmes de santé (56).

Après avoir défini ces concepts en santé, nous abordons dans ce qui suit le contexte sociodémographique ainsi que celui du recours aux soins dentaires au Liban.

4. Aperçu global sur le Liban

4.1. Sa géographie, sa démographie et son système de santé

Le Liban est un pays du Moyen-Orient situé à l'Est de la Méditerranée qui s'étend sur une superficie de 10 452 Km². Il partage ses frontières avec la Syrie au Nord et à l'Est et les territoires Palestiniens au Sud. Le pays est divisé en 8 gouvernorats avec une population d'environ 4 800 000 habitants selon les chiffres de 2019 (57). Le Mont Liban est le plus grand gouvernorat et compte 42% de la population libanaise suivi par le Liban Nord avec 13% de résidents et le Liban Sud (12%). La capitale Beyrouth regroupe quant à elle 7,1% de la population.

Il est à noter également, que, en dehors de la population libanaise, le Liban abrite depuis 1948 plus que 479 000 réfugiés palestiniens et plus de 1,5 millions de réfugiés syriens qui ont rejoint le Liban depuis le début de la guerre en Syrie en 2011 (58). De plus, au niveau éducatif, le taux d'analphabétisme au Liban est de 6,3% chez les Libanais de plus de 10 ans contre 12,5% pour les non-libanais (57).



Figure 2: Carte politique du Liban avec les gouvernorats. Cette figure illustre la carte du Liban avec les 8 gouvernorats : Beyrouth, Mont-Liban, Beqaa, Baalbeck-Hermel, Nord, Akkar, Sud et Nabatieh.

Le Liban est un pays multiconfessionnel. En effet, l'état Libanais reconnaît 18 communautés religieuses sur son territoire. De plus, le pays se distingue par son système politique basé sur le confessionnalisme : les différentes communautés religieuses du pays se partageant le pouvoir dans le pays selon leur poids démographique et politique.

Les communautés religieuses se concentrent dans différentes régions même si ceci n'empêche pas un brassage au sein d'une même région. La répartition actuelle des confessions religieuses est la suivante :

- Les musulmans constituent 69% de la population et sont principalement divisés en 3 grandes communautés qui sont les chiïtes, les sunnites et les druzes (59). Les chiïtes sont principalement répartis entre la partie sud de Beyrouth, le sud du pays et la région de la Békaa. Tandis que Les sunnites sont majoritairement concentrés dans la partie ouest de Beyrouth et le Liban-Nord. Quant aux druzes ils sont principalement installés dans les régions d'Aley et du Chouf, dans le sud du Mont-Liban (60).
- Les chrétiens forment: 31% de la population (59) principalement maronites et orthodoxes, peuplent surtout le Mont-Liban et Beyrouth, ainsi que plusieurs districts dans les autres gouvernorats (60).

Cependant, le système de santé libanais est un système à deux vitesses qui repose essentiellement sur l'offre privée. Seuls 55,6% des libanais bénéficient d'une assurance santé. La Caisse Nationale de la Sécurité Sociale constitue la plus importante forme de couverture qui prend en charge 45,5% de la population libanaise notamment les salariés, suivie par l'armée et les forces de sécurité intérieure qui couvrent à elles deux 20% de la population (57). Le Liban consacre en moyenne 8% (61) de son produit intérieur brut (PIB) aux dépenses de santé tous les ans (12). En 2019, les dépenses de santé s'élevaient à 663\$ par personne (62). Notons toutefois qu'en 2019, les dépenses de santé en France ainsi qu'en Allemagne représentaient

11,1% du PIB, soit la part la plus élevée de l'Union Européenne (UE) dont la moyenne était de 9,9%. En effet, les dépenses de santé par habitant étaient les septièmes les plus élevées de l'UE, avec 3 645 EUR en 2019 (63).

4.2. La crise libanaise

Depuis 2019, le Liban connaît une grave crise économique qui a causé une chute de la monnaie locale (Livre libanaise) de plus que 90% face au dollar américain (USD) ainsi qu'un très fort taux d'inflation estimé à 155% en 2021 et 171% en 2022 (64). En outre, une chute vertigineuse du PIB et du PIB par habitant est également observée. Ainsi, à la fin de la guerre civile en 1990, le pays vit des années de prospérité avec une croissance régulière de son PIB qui a atteint, en 2018, un maximum de 55 milliards de dollars américains le plaçant à la 8^{ème} position sur 196 pays (65), avec 8000 dollars américains de PIB par habitant.

Néanmoins, en 2019 la situation économique se dégrada fortement et le pays se retrouva à la 116^{ème} position en termes de PIB qui a chuté de plus de 30 milliards de dollars pour atteindre 23 milliards en 2021 le plaçant à la 127^{ème} position parmi 196 pays. Par conséquent, le PIB par habitant a été quasiment divisé par 2 pour atteindre 4 136 USD /an. Ces chiffres témoignent d'une forte instabilité économique dans le pays à travers les années qui sera illustrée dans les graphes des figures 3 et 4 montrant l'évolution de ces valeurs depuis 1975 et jusqu'en 2021 (65).

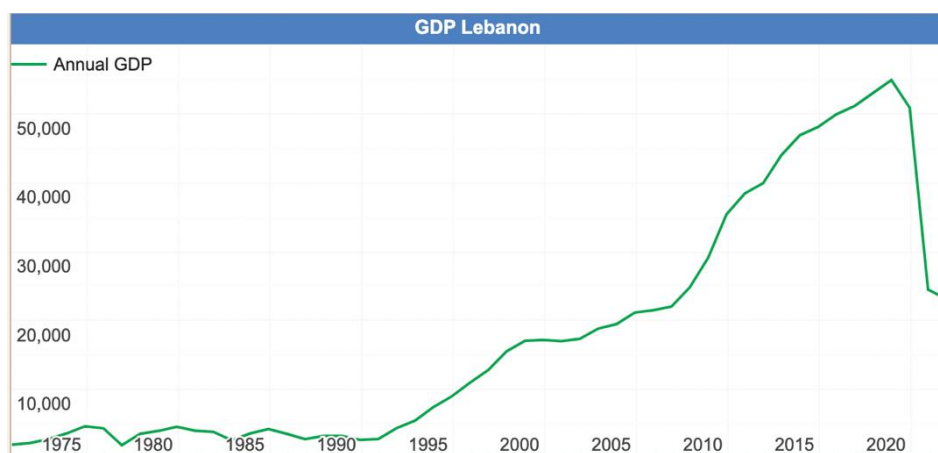


Figure 3: PIB annuel du Liban entre 1975 et 2021 (65).

Le graphe de la figure ci-dessus montre que le PIB a connu une croissance entre les années 90 et 2019. De plus on remarque une chute vertigineuse entre l'an 2020 et 2021.

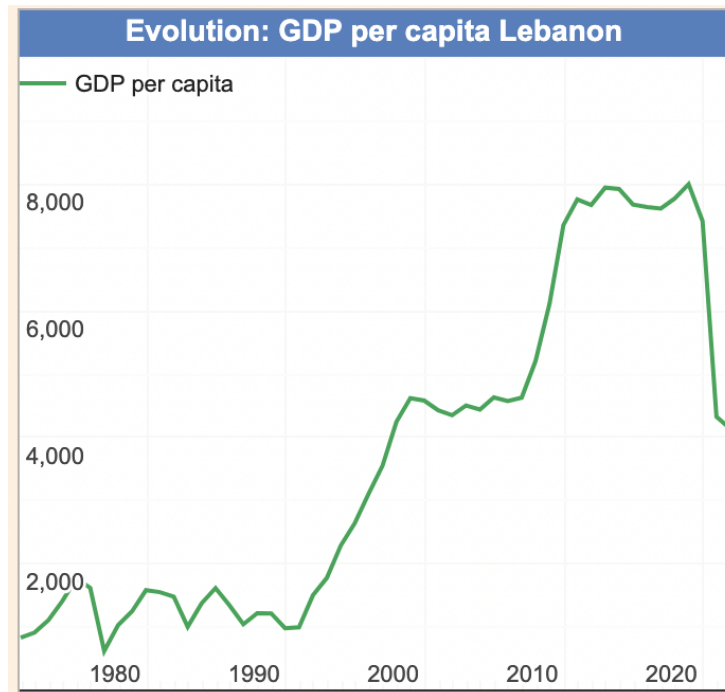


Figure 4: Evolution du PIB annuel par habitant au Liban entre 1975 et 2021 (65). Le graphe de cette figure montre la chute du PIB par habitant au Liban de 8 000 dollars américains en 2019 à presque 4 100 dollars en 2021.

Cette crise a atteint tous les domaines sans exception sachant que les institutions de l'État sont quasi à l'arrêt et les Libanais sont laissés à leur sort pour gérer leur quotidien à tous les niveaux sans aucun support de la part de l'État. Par conséquent, tous les acquis d'une vie ordinaire sont désormais inexistantes et le citoyen doit s'organiser pour assurer lui-même ses besoins du quotidien notamment l'approvisionnement en électricité, en eau, l'éducation, transports... et évidemment les soins de santé (66).

De plus, l'explosion du port de Beyrouth le 4 Août 2020, connue pour être une des plus grandes déflagrations non nucléaires de l'histoire du monde a engendré plus de 200 morts et 6000 blessés laissant derrière elle des dégâts matériels énormes (67). Ainsi un rapport de Médecins Sans Frontières publié en septembre 2021 déclare que

le système de santé s'effondre et qu'il s'agit d'une conséquence directe de la grave crise économique. Celle-ci étant marquée notamment par des pénuries de biens essentiels pour la santé tels que l'essence ou les médicaments ou du matériel médical et les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales sont débordées avec la forte augmentation du nombre de personnes qui comptent désormais sur l'aide humanitaire pour faire face à leurs besoins en matière de santé (68).

De plus, selon l'association internationale Human Rights Watch le secteur des soins de santé s'effondre aussi en raison de l'émigration de milliers de médecins et d'infirmiers du Liban, ajoutée aux répercussions de la crise et des coupures d'électricité (66). La Caisse nationale de sécurité sociale libanaise (CNSS), le plus grand fournisseur de services sanitaires et sociaux financés par les revenus du travail, dévalués par l'inflation sévissante, est au bord de la faillite et se retrouve dans l'impossibilité de rembourser au taux actuel les frais médicaux de ses assurés depuis le début de la crise en 2020 à nos jours (66,69).

En 2023, le Liban est entré dans sa quatrième année d'une crise économique paralysante qui a eu des conséquences désastreuses et a plongé plus de 80% de la population dans la pauvreté. Aujourd'hui, seul un une approche politique reposant sur un accord entre les différents partis politiques permettra de débloquer la situation et déclencher les réformes qui pourraient mener à une sortie de crise (66).

Dans la partie qui suit, nous allons nous intéresser à la santé bucco-dentaire des libanais en détaillant les indices de mesure, les consultations, les dépenses annuelles en termes de soins dentaires, le nombre et la répartition des dentistes et les différences sociales. Ceci permettra de cerner la problématique de recours aux soins dentaires dans le contexte du pays.

5. La situation de la santé bucco-dentaire au Liban

Comme dans la plupart des pays en développement, le Liban n'échappe pas à la problématique d'accès et de recours aux soins bucco-dentaires. Nous passerons en revue les différents critères qui régissent et permettent de caractériser la situation bucco-dentaire au Liban.

5.1. L'indice CAOD

L'indice CAOD est un indicateur synthétique d'atteinte carieuse. Il a été proposé par Klein et al. en 1938 comme indice des dents permanentes cariées, obturées et manquées pour évaluer la prévalence des caries coronaires (70). Il comptabilise le nombre des dents cariées, absentes ou obturées (71). Cet indice est l'une des principales mesures de la santé buccodentaire utilisées à des fins de comparaison. Il représente la somme des nombres de dents permanentes (D) cariées (C), absentes (A) à cause de carie ou obturées (O) à cause de carie aussi (72).

Un adulte a 28 dents, il aura donc un CAO maximum de 28 tandis qu'il existe un indice particulier pour les enfants, dont le maximum est de 20 (71). Plus l'indice est bas, meilleure est la santé dentaire de la population (73). C'est la seule mesure bien établie universellement reconnue et qui permet d'évaluer et de faire des comparaisons entre pays. Le CAOD se mesure d'habitude chez les enfants de 12 ans et il permet d'établir des comparaisons à l'échelle internationale (72). Le tableau 1 montre le CAOD parmi les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) en 2011.

Tableau 1: Comparaison de l'indice CAOD chez les enfants de 12 ans de certains pays membres de l'OCDE (72).

Pays	Indice CAOD Enfants de 12 ans
Allemagne	0,7
Royaume-Uni	0,7
Suède	1,0
Canada	1,0
Australie	1,1
Finlande	1,2
France	1,2
États-Unis	1,3
Moyenne des pays membres de l'OCDE	1,6
Nouvelle-Zélande	1,6
Norvège	1,6
Japon	1,7

Une étude publiée par Doughan en 2000 (8) montrait au Liban une valeur CAOD très élevée de 16,3 chez les adultes entre 35 et 44 ans. Ces valeurs ont été confirmées plus tard par l'OMS qui a classé le pays comme étant une des zones du monde où la prévalence des caries est très élevée. Elle est supérieure à 4,4 chez les enfants de 12 ans et supérieure à 13,9 chez les adultes de 35 à 44 ans (74).

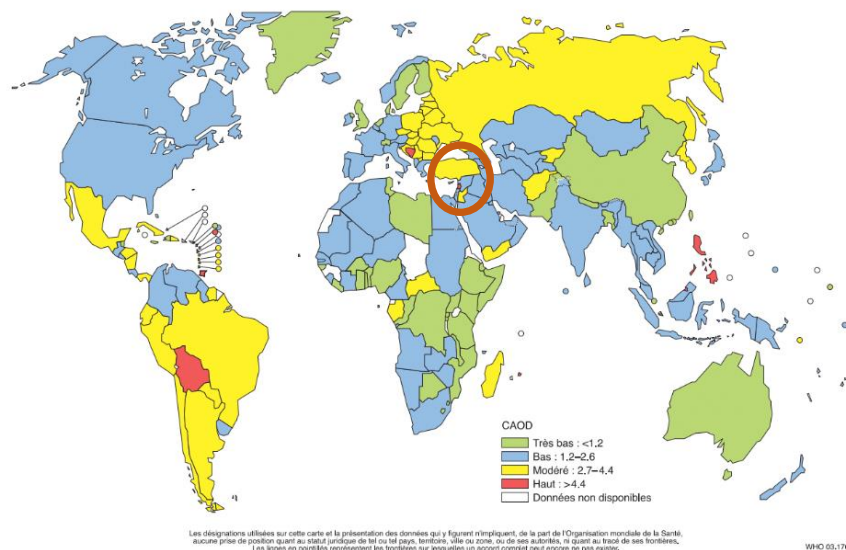


Figure 5: La carie dentaire dans le monde chez les enfants de 12 ans
 La figure ci-dessus illustre la carte mondiale du CAOD chez les enfants de 12 ans divisée en 5 zones selon la gravité du CAOD. Vert (CAOD très bas), Bleu (CAOD bas), Jaune (CAOD modéré), rouge (CAOD haut). Le Liban est une zone rouge.

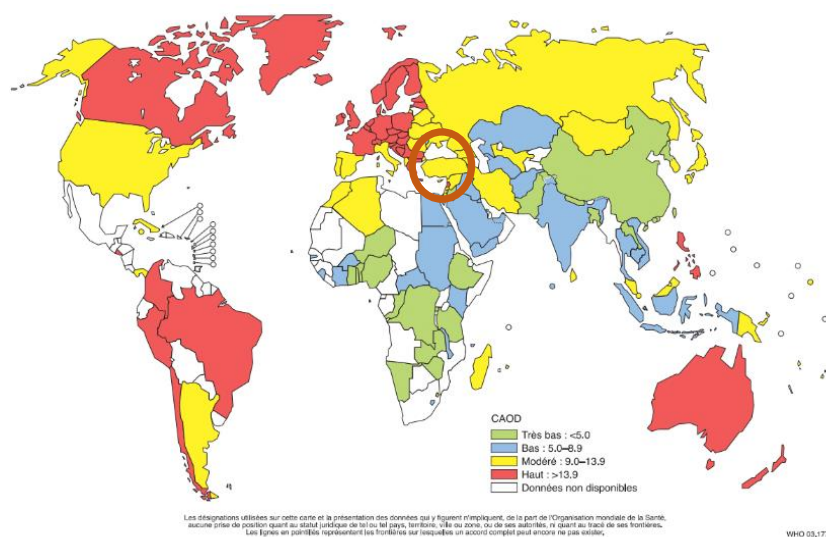


Figure 6: La carie dentaire dans le monde chez les adultes de 35-44 ans
 Cette figure illustre la carte mondiale du CAOD chez les adultes de 35-44 ans divisée en 5 zones selon la gravité du CAOD. Vert (CAOD très bas), Bleu (CAOD bas), Jaune (CAOD modéré), rouge (CAOD haut). Le Liban est une zone rouge.

Une autre étude publiée en 2021, s'est intéressée spécifiquement aux enfants et a enregistré un score de 5,2 chez les enfants âgés entre 12 et 15 ans ce qui reste encore une valeur très élevée et doit inciter à lancer des campagnes de santé publique préventives et réparatrices (75).

5.2. Les dépenses en soins dentaires

La prise en charge insuffisante des soins dentaires au Liban est ancienne. Déjà en 2001, le ministère de la santé libanais estimait que les dépenses de soins dentaires au Liban se situaient entre 80 et 90 millions de dollars américains par an, alors que, en réalité, les besoins de soins étaient évalués à plus de 2,5 milliards de dollars américains (76). Cette situation ne fait que s'accroître depuis, puisque, en 2016 on observait même une diminution du taux de recours aux services de soins dentaires depuis l'an 2000 (77).

Selon un rapport de l'OMS qui rapporte des données collectées en 2019, les dépenses totales sur la santé dentaire au Liban s'élèvent à 105 millions de dollars seulement ce qui représente 17 dollars par personne par an. A titre de comparaison, les Etats-Unis dépensent 405 dollars par habitant par an en soins dentaires et la France 195 dollars (78–80). Ces faibles dépenses pourraient être justifiées par un nombre réduit de consultations. En effet, un sondage national effectué auprès de patients a montré que seulement 15 à 30% de la population consulte un dentiste annuellement pour un problème dentaire ou pour une consultation régulière (81).

D'autre part, nous constatons dans certaines études une diminution notable du taux d'utilisation des services de soins dentaires depuis l'an 2000. Une étude longitudinale parue en 2014 a démontré que le recours aux soins dentaires des bénéficiaires des caisses d'assurance sociale de la Coopérative des Fonctionnaires, de la Caisse de l'Université Libanaise et de la Caisse des Juges est passé de 25% en 1998, à 18% en 2002 pour arriver à 6% en 2013 ce qui montre clairement que les libanais consultent leur dentiste de moins en moins et donc accordent une moindre importance à leur santé buccale (77). Des résultats de recherche montrent également qu'il y a un

risque élevé de problèmes dentaires et une détérioration de la santé bucco-dentaire évoluant graduellement à cause de l'incapacité à prendre en charge les problèmes existants en raison de barrières économiques (82).

5.3. Les dentistes Libanais suffisamment nombreux mais mal répartis dans le pays

La question d'un manque de dentistes pourrait se poser, face au constat précédemment posé qui pourrait laisser penser que la baisse du recours aux dentistes soit le fait d'une pénurie de ces professionnels. Toutefois, cette question n'a en réalité aucun sens dans le contexte libanais. Vu l'estimation actuelle de la population de 5 333 300 habitants (83) et un nombre total de dentistes de 6848 selon les registres de Juillet 2023 des 2 ordres des dentistes du Liban et Liban Nord, ce pays a un ratio de 128 dentistes pour 100 000 habitants .

Un tel ratio est supérieur à quasi tous les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) qui regroupe 38 pays développés. En 2020, ce ratio variait entre 40 et 110 dentistes pour 100 000 habitants à l'exception de la Grèce dont le ratio s'élevait à 130 dentistes pour 100 000 habitants. À titre d'information, le ratio le plus bas est celui de la Suisse et de la Turquie qui comptent 40 dentistes pour 100 000 habitants (84). D'ailleurs le nombre de dentistes au Liban ne cesse d'augmenter et ci-dessous les chiffres officiels obtenus auprès de l'ordre des dentistes du Liban entre 2018 et 2023 qui laisse deviner une augmentation continue de ce nombre qui a atteint 20% en 5 ans.

Tableau 2: Nombre de dentistes au Liban entre 2018 et 2023 selon l'ordre des dentistes du Liban et du Liban-Nord

Année	Nombre de dentistes
2018	5 700
2019	5 866
2020	6 110
2021	6 493
2022	6 711
2023 (Juillet)	6 848

En revanche, la mauvaise distribution géographique des dentistes pourrait aggraver l'accès non équitable aux soins. En 2005, lorsque le ratio moyen de dentistes par habitant au Liban était de 1/800, les estimations dans Beyrouth et le Mont-Liban étaient 1/387 et 1/459 respectivement, suggérant des lacunes graves dans les autres régions du pays (85). Ces lacunes peuvent expliquer, au moins en partie, certaines des inégalités rencontrées par la population libanaise en termes d'accès et de recours aux soins dentaires. Selon des chiffres plus récents, nous verrons ci-dessous dans le tableau3 la distribution des dentistes libanais selon les régions qui montre toujours un déséquilibre dans la distribution de ces professionnels par rapport à la population.

Tableau 3: Pourcentage de la population et celui des dentistes par gouvernorat au Liban en 2023

Mohafazat (Gouvernorat)	Pourcentages de la Population (%)	Nombre de Dentistes	Pourcentages de Dentistes (%)
Beyrouth	10	1 253	19
Mont-Liban	40	3 092	45
Nabatyeh	6	174	2,5
Bekaa	13	642	9,4
Sud	11	735	10,7
Nord	21	825	12
Non- définis		127	1,9
Total	100	6 848	

La référence utilisée pour le pourcentage de la population (86).

La référence utilisée pour le nombre de dentistes (87).

Ainsi nous notons clairement que la proportion de dentistes dans Beyrouth et le Mont-Liban dépasse celle de la population vivant dans ces deux régions et ceci aux dépens des autres parties du pays.

5.4. Les différences sociales

Le Liban est un pays où la santé bucco-dentaire est régie par les politiques néolibérales qui favorisent la capacité d'autogouvernance des citoyens en matière de santé et d'hygiène personnelle (9). En conséquence directe, les secteurs socioéconomiquement défavorisés de la population font face à des discriminations quant à leur accès aux soins de santé (10). Les soins de santé au Liban reposent en grande partie sur des institutions privées et, avec seulement 50% de la population couverte par une forme d'assurance maladie, et encore moins bénéficiant d'une assurance dentaire, la faisabilité économique devient un déterminant probable dans le recours aux soins bucco-dentaires (10,88).

Selon une étude du ministère des Finances et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sortie en 2017, il existe de grandes disparités entre les régions du pays en termes de pauvreté. Le Liban se positionne parmi les pays les plus inégalitaires au monde. Où les taux de pauvreté peuvent varier significativement entre les régions, oscillant entre 2% de la population en situation de pauvreté dans la région de Beyrouth et 38% de la population dans la région du Liban Nord (fig. 7) (86).

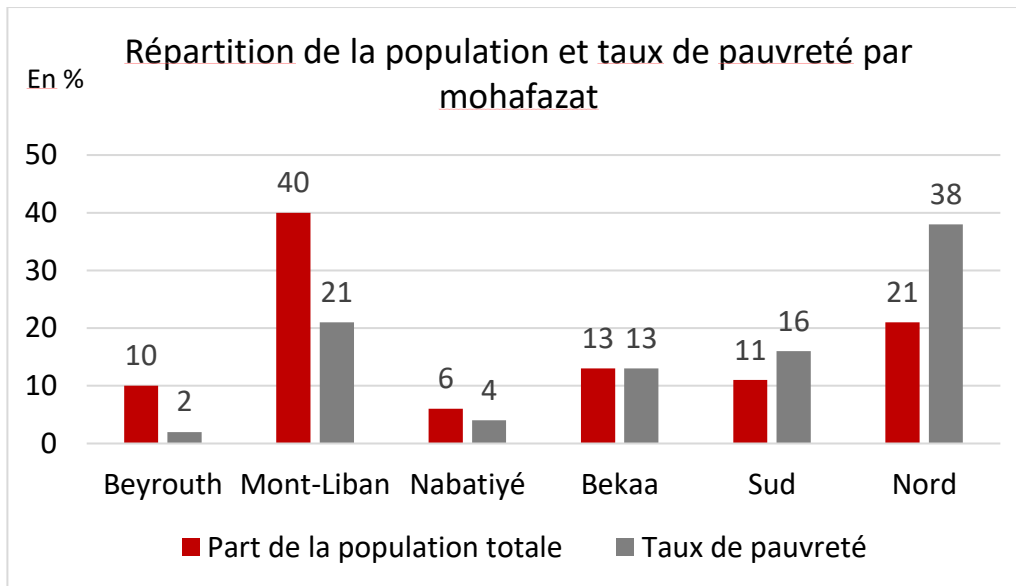


Figure 7: Répartition de la population et taux de pauvreté par mohafazat (Gouvernorat) (86).

Ce graphe illustre la répartition de la population libanaise selon les gouvernorats ainsi que les taux de pauvreté. Nous remarquons que le Liban Nord qui englobe les gouvernorats du Nord et de Akkar marque le taux de pauvreté le plus élevé du pays.

Bien que ces conclusions ne soient plus d'actualité, rien ne pousse à croire que les choses aient évolué significativement depuis. Au contraire, en raison de la guerre en Syrie et de l'afflux des réfugiés syriens, mais surtout du fait de la crise économique qui frappe le Liban depuis 2019, la situation s'est certainement dégradée creusant encore un peu plus le fossé entre les différentes classes sociales et les différentes régions. Toutefois, l'effondrement de l'Etat Libanais ne nous permet pas de documenter l'évolution de cette situation.

A titre illustratif, dans une étude qualitative de 2014 (9) sur le recours aux soins dentaires dans la vallée de la Beqaa-Nord qui se caractérise par une population d'agriculteurs financièrement modestes, deux facteurs majeurs contribuaient à une mauvaise santé : la négligence de la part de la population en ce qui concerne l'hygiène dentaire et les difficultés financières. Compte tenu des contraintes financières sévères, les patients ont généralement opté pour les formes les moins chères de traitement, préférant souvent l'extraction dentaire aux autres approches thérapeutiques (9). De

plus, vient s'ajouter au contexte du recours les difficultés résultant du grand nombre de réfugiés Syriens au Liban qui pèsent de façon importante sur le système de santé libanais (12).

A l'issue de cette présentation du contexte libanais de la santé dentaire, nous pouvons conclure ce qui suit :

- 1- L'indice CAOD de la population libanaise n'est pas favorable et serait parmi les plus élevés/mauvais de la région
- 2- Le nombre de consultations annuelles dentaires par habitant est insuffisant et à la baisse.
- 3- Les dépenses sur la santé orale sont significativement moindre que les besoins annuels.
- 4- Il n'existe pas de pénurie de dentistes, en effet le nombre de dentistes par habitant se situe parmi les plus élevés dans le monde toutefois ces professionnels sont mal distribués entre les différentes régions.
- 5- Les différences sociales sont très importantes surtout entre les régions ce qui pourrait affecter le recours aux soins.
- 6- Il y a un manque important de données statistiques récentes sur l'état de la santé buccale des libanais.

Étant donnée cette situation, et en l'absence d'études et de données qui expliquent la question du recours aux soins dentaires au Liban et afin d'explorer ce domaine et mieux comprendre les facteurs entravants et facilitants qui y sont reliés, les objectifs ci-dessous ont été élaborés.

6. Les objectifs de la thèse

L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les déterminants du recours aux soins dentaires chez les adultes libanais. La question de recherche propose de savoir quels sont les facteurs qui influencent la décision de l'adulte libanais en ce qui concerne sa santé dentaire. Afin d'atteindre notre objectif principal, nous identifions les objectifs spécifiques suivants qui, réunis, permettront de présenter et d'analyser la situation de la santé bucco-dentaire au Liban. Il s'agit de :

1. Identifier l'état des lieux du recours aux soins dentaires au Liban
2. Analyser les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement du recours aux soins dentaires.
3. Évaluer le renoncement aux soins et les facteurs qui affectent ce non-recours.
4. Réévaluer les facteurs de recours durant la période aigue de la crise libanaise actuelle qui a débuté en 2019.

Les méthodes et les résultats de ce travail d'évaluation et d'identification discutés conceptuellement à la lumière de la littérature internationale nous permettront de proposer des recommandations et des actions précises à suivre afin d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population libanaise.

7. La méthodologie générale

Dans le but de servir les objectifs précités, et afin d'aboutir à une compréhension optimale des facteurs entravant le recours aux soins dentaires et par conséquent pouvoir établir une politique dentaire et des recommandations au niveau national, nous avons suivi les étapes des méthodes mixtes de recherche et plus précisément celles du type de recherche séquentielle exploratoire qui comporte une première étape qualitative permettant d'explorer les facteurs du recours dentaire au Liban suivie d'une deuxième étape quantitative permettant d'enrichir les données découlant de la première étape au niveau national (89). Ces étapes sont détaillées comme suit :

Étape 1 : Étude qualitative exploratoire des facteurs du recours aux soins dentaires dans les deux gouvernorats de Beyrouth et du Mont Liban.

Cette première étape consistait à mener une étude exploratoire qui permet d'identifier les facteurs majeurs influençant le recours et notamment ceux du non-recours aux soins dentaires au Liban. Ce premier travail, sur la base d'une étude qualitative, a abordé les facteurs entravant le recours aussi bien du point de vue de la population que de celui du dentiste. Les résultats de cette étude ont permis d'identifier les principaux critères du renoncement aux soins et donc d'acquérir une vision transférable et pertinente de ces facteurs entravants et de construire les outils de l'étape quantitative.

Étape 2 : Étude quantitative sur le recours aux soins dentaires au Liban au niveau national.

A partir des résultats obtenus dans la première étape, nous avons élaboré le questionnaire de la seconde étude qui, cette fois permettrait une approche quantitative planifiée à l'échelle nationale. L'échantillon adopté était représentatif de la population libanaise et couvrait l'ensemble du territoire. Cette étude quantitative a permis de quantifier de façon plus fine la prévalence du renoncement aux soins ainsi que les facteurs entravant et facilitant le recours aux soins.

Étape 3 : Étude quantitative exploratoire sur le recours aux soins dentaires au Liban en période de post-crise.

A l'issue de cette seconde partie quantitative, le Liban connut une série d'évènements aux conséquences politiques et économiques majeures sur la population. Ces évènements se caractérisent par une crise économique sans précédent, la pandémie du Covid-19 (90) et surtout l'explosion du port de Beyrouth. Vu que l'impact de ces trois crises se ressentit rapidement, nous avons trouvé intéressant d'actualiser la recherche et de voir comment les libanais ont perçu et géré leur santé dentaire à la suite de ces difficultés. Ainsi, pour compléter le travail et le rendre plus compréhensif, nous avons reconduit une étude quantitative ayant les mêmes objectifs et contextes que la précédente, mais ciblant cette fois les habitants de Beyrouth. Ceux-ci, affectés par l'explosion, ont été poussés majoritairement, à quitter leur domicile et s'installer chez des proches pour une durée plus ou moins longue, le temps de réhabiliter leurs domiciles, leurs lieux de vie et leurs commerces.

Les résultats de cette troisième étude sont comparés à ceux encore très récents de la deuxième étape et ont permis de voir en temps très rapprochés le changement de comportement des citoyens vis-à-vis de leur santé dentaire à la suite de ces évènements majeurs. Les détails de chaque étape et méthodes respectives feront l'objet des chapitres suivants les traitant spécifiquement.

A l'issue de ces trois étapes de recherche séquentielle exploratoire, une discussion conceptuelle de l'ensemble des résultats obtenus est effectuée à la lumière de la revue de littérature. Elle contribue donc à élaborer une interprétation holistique et pertinente des données obtenues et débouche sur une proposition de recommandations adaptées au contexte libanais de soins afin de promouvoir la santé bucco-dentaire au Liban.

CHAPITRE II- Le recours aux soins dentaires au Liban :

Étude Qualitative exploratoire

1. Introduction

Le recours aux soins dentaires n'est pas suffisamment étudié au Liban. Le manque de données statistiques récentes au Liban ainsi que le manque de données qualitatives concernant le recours aux soins dentaires, nous ont conduit à une première étape d'étude qualitative exploratoire. Le but de cette étape est de comprendre le contexte du recours aux soins des Libanais en identifiant ses facteurs entravants, facilitants et ceux de renforcement. Dans une optique d'approche holistique, nous avons abordé le sujet en s'adressant à la fois à la population générale et aux dentistes. Cette première étape sert de base ou point de départ de l'étape suivante qui est l'étude quantitative permettant ultérieurement de mesurer l'ampleur de ces facteurs.

Les concepts de la santé bucco-dentaire et le recours aux soins dentaires sont complexes, multidimensionnels et interdépendants (5,91). Des modèles et cadres théoriques servent à une meilleure conceptualisation et opérationnalisation de la santé bucco-dentaire et du recours aux soins dentaires. Il est donc fréquent de recourir à une combinaison de cadres et théories lors de la planification d'un projet de santé publique (14). Cela peut notamment être justifié lors de l'évaluation des besoins d'une population relativement inexplorée telle que la population libanaise.

L'un des principes les plus remarquables du modèle Precede-Proceed de Green et Kreuter est l'accent mis sur la compréhension du public cible comme une première étape dans toute tentative de promotion de la santé. Un objectif qui peut bénéficier de l'utilisation d'une combinaison de mesures de collecte de données qualitatives et quantitatives afin d'assurer un diagnostic précis du besoin existant en santé publique. De plus, le modèle Precede-Proceed reconnaît l'existence de menaces non-comportementales pour la santé bucco-dentaire qui se trouvent en dehors du contrôle

de l'individu et que les comportements sont complexes et multidimensionnels, donc contestant le « blâme de la victime » traditionnel et reconnaissant que « le système peut être fautif, plutôt que le patient » (15).

Par ailleurs, étant donné que le recours aux soins est un comportement en santé et que l'efficacité d'un programme de promotion de santé de ce comportement repose en grande partie sur la qualité du processus de planification, le modèle PRECEDE/PROCEED est choisi comme cadre conceptuel pour analyser et présenter les résultats qualitatifs de ce chapitre. Ce modèle présente une démarche planifiée permettant l'analyse de la situation, ainsi que la détermination des priorités et objectifs qui seront intégrés au programme de promotion de la santé. Le processus de planification proposé par le modèle PRECEDE/PROCEED permet également de mettre en lumière la relation qui peut prévaloir entre les facteurs environnementaux et les comportements individuels et qui peut déterminer le comportement étudié (13,92).

Le modèle PRECEDE/PROCEED (Green & Kreuter) guide cette démarche de planification : L'acronyme PRECEDE signifie pour Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnostic and Evaluation c'est à dire « Les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcements identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic ». L'acronyme PROCEED signifie pour Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development c'est-à-dire « Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental (13,92,93).

Le modèle PRECEDE/PROCEED se décompose en neuf étapes : Les cinq premières étapes (PRECEDE) du modèle servent à faire un diagnostic de la situation afin de mieux saisir les facteurs qui déterminent l'état de santé ou ceux qui engendrent les problèmes de santé et qui devraient être modifiés. Tant qu'aux étapes six à neuf (PROCEED), elles servent à guider l'implantation et l'évaluation des programmes ou des politiques (13). Cette analyse permet par la suite de développer et d'implanter

une intervention mieux adaptée. Au cours du processus de planification et de développement des politiques et des programmes, il est également important de tenir compte des comportements de ceux qui contrôlent les ressources tels les acteurs significatifs dans la communauté comme les parents, les pairs ou les professionnels de la santé (92) notamment les dentistes dans notre cas.

2. Les objectifs de l'étude qualitative

L'objectif général de cette étude est d'évaluer, les déterminants du recours aux soins buccodentaires des Libanais en fonction de la perception des bénéficiaires et des dentistes. Les objectifs spécifiques consistent à comprendre si le niveau de recours (absence ou faible) reflété par la situation bucco-dentaire au Liban, décrite précédemment, était lié :

- Soit au coût financier qu'il représente.
- Soit à un défaut de connaissances des patients de l'impact sanitaire d'une mauvaise santé bucco-dentaire.
- Soit à une mauvaise perception de la profession de dentiste de la part des Libanais.
- Soit à d'autres facteurs influençant ce recours ou à l'association de plusieurs de ces facteurs.

Par conséquent, des entretiens explorant les facteurs déterminant le recours aux soins dentaires ont été menés auprès des résidents et dentistes dans les deux gouvernorats les plus peuplés du Liban : Beyrouth et le Mont-Liban.

3. La méthodologie de l'étude qualitative

3.1. La phase préparatoire

La phase préparatoire de l'étude qualitative était divisée en 2 parties : Une recherche documentaire et Une exploration du terrain. La recherche documentaire comprend une revue de la littérature menée pour explorer le champ du recours aux soins dentaires et contextualiser la recherche. Cette revue aborde deux volets, d'une part la revue des publications internationales à ce propos et d'autre part la revue des travaux effectués sur le contexte libanais autour de ce sujet y compris les textes réglementaires qui conditionnent le travail dentaire au Liban. Il faut noter que, comme mentionné dans le chapitre précédent, les études nationales sur ce sujet sont rares et pour la plupart datées de plus de 10 ans (6,12,76,77,82,85,89,92,94–106).

L'exploration du terrain, s'est faite à travers les visites suivantes :

- Une visite de l'ordre des dentistes du Liban afin de récupérer les chiffres exacts des dentistes ainsi que leur distribution sur le territoire libanais.
- Deux entrevues exploratoires non dirigées avec 2 experts dentistes qui travaillent depuis des années dans le domaine du diagnostic et des stratégies d'amélioration de la dentisterie au Liban.
- Une visite du département de santé publique dentaire à l'Université Libanaise.
- Des contacts du terrain en relation avec le ministère des affaires sociales, le ministère de Santé Publique, la caisse mutuelle des fonctionnaires du secteur public et la caisse mutuelle des employés de l'université Libanaise.

Partant de la revue de littérature et de l'exploration du terrain, les informations recueillies ont été comparées et jumelées pour conceptualiser la recherche et définir les contours de l'étude qualitative qui consistera en :

- Entretiens semi-dirigés avec 20 bénéficiaires.
- Entretiens semi-dirigés avec 7 dentistes.

3.2. L'élaboration des échantillons et critères de choix

L'échantillonnage, non probabiliste et accidentel, repose sur des critères d'inclusions spécifiques. Deux régions du Liban sur huit ont été enquêtées, notamment Beyrouth et le Mont Liban (et plus précisément les districts du Metn et Baabda) sachant que ces deux régions sont les plus peuplées et diversifiées du pays au niveau sociodémographique et socioéconomique et représentent une large étendue des perceptions. (Voir le tableau N°3 du chapitre 1)

3.3. L'échantillon des bénéficiaires

Entre Avril et Septembre 2018, Vingt bénéficiaires ont été sélectionnés pour participer à l'étude selon les critères d'inclusion suivants :

- Habitant les régions de Beyrouth ou du Mont Liban.
- Âgés de plus que 21 ans.
- Appartenant aux différents niveaux socio-économiques.
- Maintenant l'équilibre Hommes- Femmes.

Cet échantillon regroupe donc 11 femmes âgées entre 22 et 54 ans et 9 hommes âgés entre 23 et 43 ans. 4 femmes mariées, une veuve et 6 célibataires. Par contre 4 hommes sont mariés et 5 sont célibataires. Ces interviewés habitent Beyrouth et le Mont Liban (dans les deux districts du Metn et Baabda), qui regroupent des classes sociales différentes et pratiquent des professions diverses.

Tableau 4: Description de l'échantillon des bénéficiaires interviewés dans la recherche qualitative au Liban

	Sexe	Age	Situation Familiale	Profession
Bénéficiaire 1	Femme	52 ans	Mariée- 2 enfants	Éducatrice
Bénéficiaire 2	Homme	38 ans	Marié- 3 enfants	Employé de la Municipalité de Beirut
Bénéficiaire 3	Homme	34 ans	Marié- 2 enfants	Mécanicien
Bénéficiaire 4	Homme	34 ans	Célibataire	Agent de sécurité
Bénéficiaire 5	Femme	54 ans	Célibataire	Aide-soignante dans un hôpital
Bénéficiaire 6	Femme	42 ans	Mariée-Pas d'enfant	Infirmière diplômée
Bénéficiaire 7	Femme	36 ans	Célibataire	Employé d'une compagnie d'assurance
Bénéficiaire 8	Femme	27 ans	Célibataire	Soldat de l'armée libanaise
Bénéficiaire 9	Homme	23 ans	Célibataire	Comptable
Bénéficiaire 10	Femme	22 ans	Célibataire	Employé administratif dans une société privée
Bénéficiaire 11	Femme	34 ans	Mariée- 2 enfants	Éducatrice de Sport
Bénéficiaire 12	Femme	30 ans	Célibataire	Vendeuse
Bénéficiaire 13	Femme	54 ans	Veuve -2 enfants	Employée socio-scolaire
Bénéficiaire 14	Femme	31 ans	Mariée -1 enfant	Employée de banque
Bénéficiaire 15	Femme	25 ans	Célibataire	Étudiante niveau Master
Bénéficiaire 16	Homme	30 ans	Célibataire	Ministère des affaires sociales- Programme anti-drogue
Bénéficiaire 17	Homme	26 ans	Célibataire	Chauffeur de camion
Bénéficiaire 18	Homme	38 ans	Marié- 2 enfants	Prof. de catéchèse
Bénéficiaire 19	Homme	31 ans	Marié - 2 enfants	Gestionnaire- Profession Libérale
Bénéficiaire 20	Homme	43 ans	Célibataire	Acteur

3.4. L'échantillon des dentistes

Les 7 dentistes inclus dans l'étude ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- Être installé dans les régions de Beyrouth ou du Mont Liban.
- Âgés de plus de 25 ans
- Faire état d'un Minimum de deux ans d'expérience professionnelle.

- Une représentation du genre équilibrée.

Cet échantillon de 7 dentistes regroupe 4 hommes et 3 femmes, âgés entre 27 et 46 ans.

Tableau 5: Échantillon des dentistes interviewés dans la recherche qualitative

	Sexe	Âge	Etat Civil	Spécialité
Dentiste 1	Femme	42 ans	Mariée-2 enfants	Chirurgien-dentiste
Dentiste 2	Homme	44 ans	Marié -2 enfants	- Parodontie - Enseignant
Dentiste 3	Homme	38 ans	Marié-2 enfants	Orthodontie
Dentiste 4	Homme	35 ans	Marié-1 enfant	Chirurgien-dentiste
Dentiste 5	Femme	46 ans	Mariée- 2 enfants	Chirurgien-dentiste
Dentiste 6	Homme	28 Ans	Célibataire	-Dentisterie-esthétique -Enseignant
Dentiste 7	Femme	27 ans	Célibataire	Dentisterie- esthétique

3.5. Les entretiens semi-dirigés

Afin de bien explorer le terrain, avoir une compréhension holistique de la problématique et garantir une vision objective et détachée des idées préconçues, nous avons choisi la méthode d'entretien semi-dirigé qui laisse, selon Fortin et Gagnon (89), aux interviewés suffisamment d'espace pour s'exprimer librement, verbaliser leurs idées, leurs points de vue et leurs sentiments vis à vis des sujets traités. Cette méthode a été adoptée et appliquée à la fois pour les interviewés bénéficiaires et les interviewés dentistes.

En se basant sur la revue de littérature, le cadre conceptuel ainsi que sur les données recueillies de l'exploration du terrain et des entrevues exploratoires, nous avons élaboré les deux guides d'entretiens semi-dirigés destinés aux bénéficiaires et dentistes respectivement (Annexes 1 et 2). Pour les bénéficiaires, il comprenait 17 questions réparties en 4 sections : la santé bucco-dentaire, la perception des dentistes par les patients, le recours aux soins dentaires et les facteurs favorisant et/ou entravant. Quant au guide d'entretien destiné aux dentistes, il comprenait 12 questions réparties sur 3 sections : l'expérience de la profession, la perception du

dentiste du recours aux soins dentaires et les facteurs entravant et facilitant le recours. Ces guides étaient testés respectivement auprès de 3 bénéficiaires et deux dentistes avant d'être validés pour débiter la phase de collecte de données.

Après la réalisation des entretiens semi-dirigés, nous avons procédé à la transcription intégrale des écrits. Par la suite un tableau récapitulatif a été dressé comportant le rassemblement des écrits par question. Une observation des attitudes des interviewés (dentistes et bénéficiaires) pendant les entretiens a été également retranscrite et analysée.

Par la suite une analyse thématique de contenu a été faite des entretiens retranscrits en plusieurs étapes :

- Une lecture flottante des entretiens des bénéficiaires et des dentistes pour se familiariser avec les propos recueillis.
- Un codage ouvert est fait et induit par l'analyse des discours recueillis. L'attribution de codes permet de contribuer au processus de signification de l'ensemble des données (89).
- Classification en catégories significatives en se basant sur le cadre conceptuel PRECEDE/PROCEED et les concepts de santé notamment les concepts d'accès aux soins et les perceptions en santé.
- Analyse transversale et Comparaison des deux analyses qualitatives (bénéficiaires et dentistes) en constituant les thèmes composés des différentes catégories obtenues et les synthétiser selon le même cadre conceptuel.

3.6. Le modèle théorique de base

Les résultats des entretiens qualitatifs ont été analysés dans le cadre conceptuel de Kreuter and Green décrit dans le chapitre précédent. Il était retenu de ce modèle le diagnostic éducationnel et environnemental. Ce processus de planification de Kreuter and Green s'amorce par une identification claire du problème de santé visé et des comportements qui y sont associés. Étant donné que la

promotion de la santé est une combinaison d'actions éducatives et de mesures environnementales qui visent à créer des conditions favorables à la santé (92), et par la suite permettre aux individus de gagner un plus grand contrôle sur les déterminants de leur propre santé (55), le développement d'un programme de promotion de la santé doit tenir compte des aspects individuels ainsi que des réalités environnementales d'où le choix du modèle de Kreuter and Green comme cadre théorique pour classer, analyser et présenter nos résultats. Les résultats seront classés sous trois catégories principales qui sont les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement.

3.7. Les considérations éthiques

Les données ont été recueillies avec le consentement libre et éclairé des interrogés et dans le respect de la dignité des participants et de leur vie privée. Les entretiens ont été anonymisés pour garantir la confidentialité des données (100). Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation expresse des personnes interviewées. Les bandes sonores ont été détruites après retranscription.

3.8. Les critères de validité

Cette étude répond aux critères de validité interne. Elle est fiable car les propos des personnes interviewées ont été enregistrés, retranscrits soigneusement et vérifiés auprès de certaines d'elles par la suite. Elle est crédible car elle suit une méthode scientifique de collecte de données par entretiens semi-directifs ; elle est plausible par la cohérence présentée avec d'autres informations et connaissances mises en évidence dans la revue de la littérature et basée sur le modèle conceptuel de Kreuter et Green qui montrent les trois facteurs influençant le comportement de recours aux soins : facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement (12,107). Une triangulation des données entre chercheurs (l'analyse des transcriptions a été faite par deux chercheurs puis revue par un troisième) ainsi qu'une triangulation de sources (bénéficiaires et dentistes) ont permis la validation des résultats. La validité externe est obtenue et concerne la transférabilité des données à d'autres contextes du pays ; l'échantillon de convenance ou accidentel représente la diversité de la population étudiée

dentistes/bénéficiaires, les résultats rejoignent les données des études internationales et une saturation des données est atteinte pour décrire le plus exactement possible la population étudiée (89).

4. Les résultats de l'étude qualitative

Les résultats sont présentés en trois parties, conformément aux composantes de la phase de définition des déterminants comportementaux du modèle de Kreuter et Green. La première section présente les facteurs prédisposant aux recours aux soins dentaires, la seconde section porte sur les facteurs facilitant le recours à ces soins, alors que la troisième section regroupe les facteurs de renforcement. Chaque groupe de résultats distingue également la vision des bénéficiaires et celle des dentistes. Une partie de ces résultats est publiée dans l'article « recours aux soins dentaires : de la perception vers la réalité » dans la revue de santé publique (108).

La segmentation détaillée des réponses au questionnaire est présentée dans le diagramme de la figure 8 ci-dessous. La synthèse des résultats montre ce qui suit :

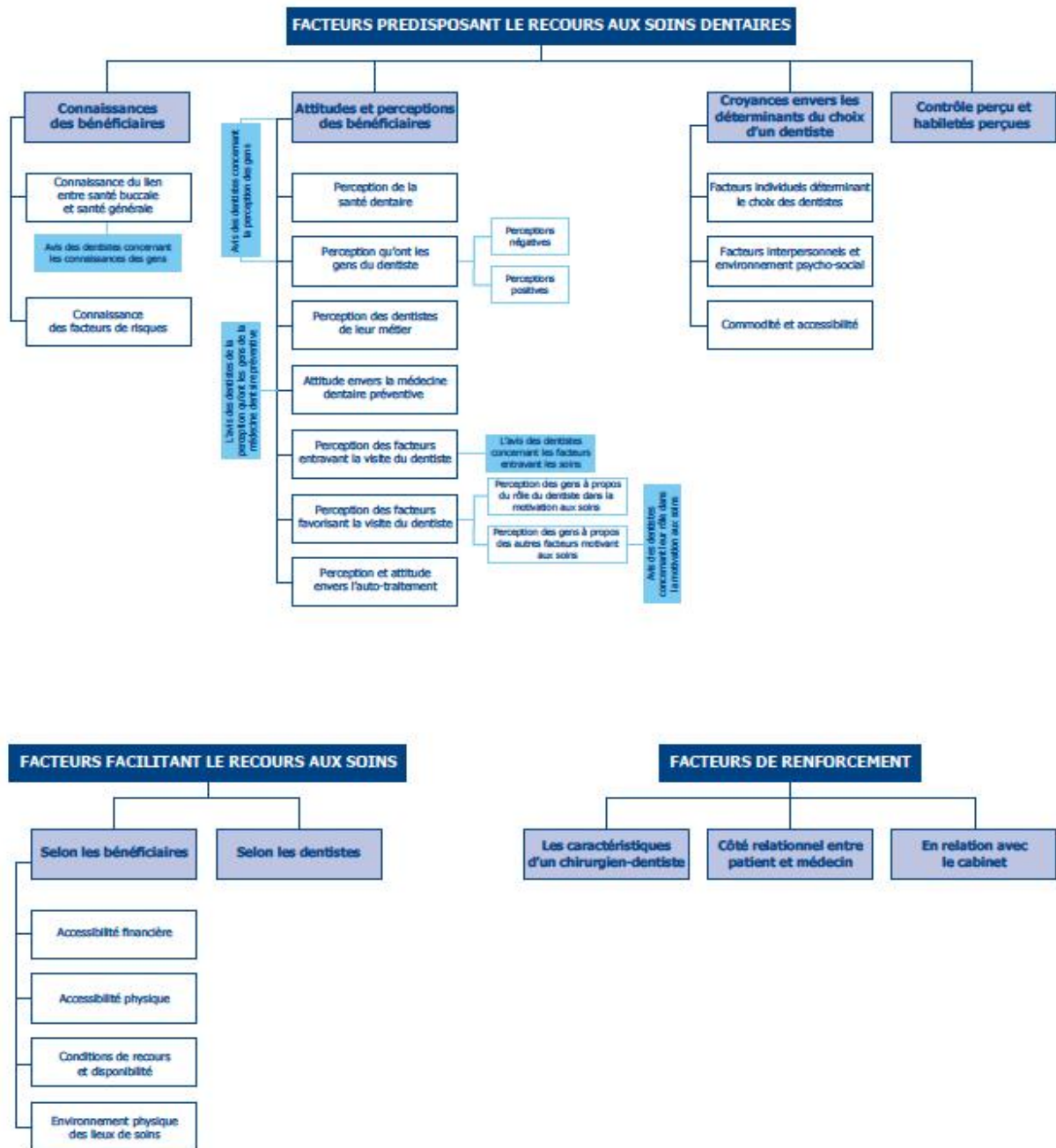


Figure 8: Diagramme des résultats qualitatifs

Le diagramme de cette figure illustre les résultats de l'étude qualitative sous trois catégories : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement du recours aux soins dentaires.

4.1. Les facteurs prédisposants

4.1.1. Selon les bénéficiaires

4.1.1.1. Les liens entre santé buccale et l'état de santé

L'analyse des entretiens menés auprès des bénéficiaires révèle une importante disparité dans leurs connaissances du lien qui existe entre santé buccale et état de santé. La majorité des bénéficiaires interrogés évoque une relation entre l'hygiène buccale et différentes pathologies comme « *l'apparition d'abcès dentaires, d'inflammations buccales ou de gingivites [...]* » (H et F de différents âges), ou bien des « *[...] céphalées intenses, otalgies, et plusieurs autres complications* » (F, infirmière, 42 ans), comme cela a été précisé par certains, les « *infections chroniques de la bouche peuvent influencer le cœur [...]* » (F, éducatrice, 34 ans). Adoptant une vision plus holistique de la santé, certains bénéficiaires estiment que la santé buccale peut impacter les relations sociales en raison, par exemple, de « *[...] la mauvaise haleine [...]* » (F, vendeuse, 30 ans) ou parce que « *la bouche affecte toute la psychologie et tu te sens mal à l'aise [...]* » (F, employée de banque, 31 ans). Un seul bénéficiaire a affirmé que « *la mauvaise hygiène et négliger le brossage des dents sont les principaux facteurs de risque des maladies buccodentaires [...]* ». (F, militaire, 27 ans). Les patients ont, par ailleurs, évoqué des facteurs de risques moins connus de la population, tels que le tabac, la consommation excessive d'alcool ou de boissons gazeuses, et certains patients considèrent « *[...] le tabac et l'alcool [comme facilitants] le dépôt de plaques dentaires [...]* ». (H, sécurité, 34 ans ; H, comptable, 23 ans).

4.1.1.2. Les perceptions des bénéficiaires de la santé dentaire et du dentiste

Selon les bénéficiaires, l'état de santé bucco-dentaire n'affecte pas seulement l'état de santé général mais il affecte aussi l'humeur, la productivité et les relations avec autrui. D'autre part, ils reconnaissent que la consultation odontologique régulière est aussi bien vécue positivement que négativement. Toutefois, peu la décrivent positivement. Seulement cinq bénéficiaires ont qualifié le dentiste d'humaniste et de

consciencieux et l'ont considéré comme « *une personne précise et méticuleuse* ». La plupart des bénéficiaires ont une image négative de ce professionnel et associent sa consultation à l'angoisse, la peur, la torture et la douleur, « [...] *j'ai une phobie réelle. Quand j'ai décidé de consulter le dentiste, j'ai suivi des rencontres avec un groupe de thérapie pour les phobies dentaires* », (H, acteur, 43 ans), « *quand tu dis dentiste, tu dis sûrement douleur* » (H, 31 ans, management), « *je n'aime pas la consultation du dentiste bien que mon médecin soit mon amie, car je crains la douleur, je deviens angoissé lorsque je pense à la douleur que je vais supporter après les soins [...]* » (H, acteur, 43 ans).

Cette perception négative pousse les bénéficiaires vers l'automédication. Ils ont ainsi tendance à prendre des antalgiques ou anti-inflammatoires « *je prends des médicaments analgésiques ou des anti-inflammatoires tels que le Panadol[®], Profinal[®] [...]* » (F, éducatrice, 52 ans ; H, employé municipal, 38 ans) et à mettre en œuvre des traitements antalgiques symptomatiques « *je commence par un gargarisme avec de l'eau et du sel puis je prends des anti-inflammatoires* » (F, infirmière diplômée, 42 ans ; F, soldat armée libanaise, 27 ans) pour éviter de consulter.

4.1.1.3. Les bénéficiaires, la médecine dentaire préventive et les facteurs entravant la consultation

Le recours ou non aux soins dentaires est lié aux expériences antérieures des 19 bénéficiaires. La plupart de ceux-ci ont affirmé l'importance d'une consultation régulière chez le dentiste, mais seule une minorité la concrétise, du fait du coût élevé des traitements. Ils ont aussi rapporté qu'ils réduisent le nombre de leurs consultations dentaires en raison du stress engendré. Ils ont continué en précisant que seules la douleur ou l'apparition d'un problème soudain les poussent à consulter. Parmi eux, un des bénéficiaires a décrit la consultation comme affreuse, « *la quantité de stress et les sentiments qui accompagnent les consultations chez le dentiste sont affreux. De plus, quand il n'y a pas de douleur ou quelque chose qui nous gêne, pourquoi aller ?* » (F, éducatrice, 52 ans).

L'accessibilité financière apparaît également comme un frein important à une consultation chez le dentiste : « [...] *j'évite la consultation car cela coûte cher quoiqu'elle soit très utile* » (F, éducatrice, 52 ans). Les bénéficiaires ont également rapporté d'autres freins à la consultation comme une mauvaise expérience antérieure : « *Le traumatisme que j'ai subi quand j'étais petit.* » (H, éducation catéchèse, 38 ans), le manque de temps « *Surtout les préoccupations de chaque jour et le rythme rapide de la vie. Le temps pèse lourd sur nos calendriers* » (F, éducation sportive, 34 ans) et le stress perçu de la part des bénéficiaires « *la phobie dentaire, l'angoisse, la peur du dentiste et des injections, la panique lorsque la personne pense aux effets résultant des soins et lorsqu'on n'aime pas le dentiste [...]* » (F, infirmière diplômée, 42 ans). Cependant, certains libanais pensent qu'il existe des facteurs favorisant le recours au dentiste, tels que ses conseils, ses compétences et la qualité de la relation praticien-patient. Enfin, des bénéficiaires ont apprécié les conseils de leur dentiste puisque « [...] *ses instructions et avis donnent au patient réconfort et l'encouragent aux soins [...]* » (F, soldat Armée Libanaise, 27 ans ; H, comptable, 23 ans), d'autres, enfin, ont apprécié ses qualités humaines puisqu'ils « *pensent que le rôle majeur du dentiste c'est de bâtir de bonnes relations avec le patient [...]* » (F, employée de banque, 31 ans).

4.1.1.4. Les bénéficiaires et le choix du dentiste

Les facteurs qui amènent les bénéficiaires à choisir un praticien sont de trois ordres : les facteurs interpersonnels, l'installation en secteur privé ou public et l'environnement psycho-social. Les bénéficiaires ont conclu que les qualités humaines du dentiste peuvent réduire les sentiments de peur et d'angoisse durant la consultation. Quant à la détermination du choix entre le secteur privé ou public, la grande majorité des interviewés a fait le choix d'un cabinet dentaire privé : « *je préfère les cliniques privées, c'est plus rassurant et réconfortant, un dentiste qualifié a ses propres clients* » (H, mécanicien, 34 ans). Peu de personnes ont choisi une prise en charge dans des dispensaires et des centres de soins publics, et cela avant tout pour des raisons économiques « [...] *les soins dentaires coûtent très cher ailleurs* » (F, Business et Management, 22 ans).

Les expériences antérieures avec d'autres dentistes constituent un déterminant important du choix du dentiste. Les interviewés ont affirmé que le côté relationnel avec le dentiste rend la consultation plus agréable et les encourage à consulter régulièrement. L'un d'eux a affirmé que le dentiste doit être « [...] *quelqu'un qui ne se concentre pas seulement sur le travail mais qui comprend le patient et le met à l'aise* [...] » » (F, employée de banque, 31 ans), alors qu'un autre bénéficiaire attend du dentiste qu'il ait « [...] *un visage souriant, il doit être aimable et avoir un bon esprit* [...] » » (F, employée en compagnie d'assurance, 36 ans ; F, éducation sportive, 34 ans). En outre, les expériences négatives antérieures des patients limitent visiblement leurs recours aux soins dentaires futurs. Enfin, les bénéficiaires déclarent que le mécontentement face à la prise en charge, le non-réconfort psychologique et une mauvaise expérience antérieure marquent leur parcours de patient et les découragent de choisir un nouveau dentiste en les détournant de la consultation dentaire.

4.1.2. Selon les dentistes

4.1.2.1. Les connaissances et les dentistes

Pour les dentistes, la majorité des bénéficiaires présente un manque d'éducation sanitaire quant à la relation entre hygiène buccale et état de santé générale, et a une mauvaise représentation des conséquences du non-recours aux soins dentaires. L'un des dentistes a confirmé qu'« *une grande partie des patients a toujours besoin de sensibilisation via des programmes de prévention* » (F, 27 ans). Au contraire, d'autres ont affirmé que les bénéficiaires connaissent l'existence d'une relation entre l'hygiène buccale et la santé générale, mais ils ne sont pas capables de définir ce lien avec précision « [...] *d'après ce que je vois, ils connaissent peu ce lien* » (F, 42 ans ; F, 46 ans), « *Oui, ils connaissent la base mais pas les détails. Ils savent qu'il y a un lien mais pas quoi au juste* » (H, 38 ans ; H, 35 ans).

4.1.2.2. Les praticiens et la dentisterie

Bien que les dentistes évoquent une certaine satisfaction de leur métier, notamment concernant l'indépendance dont ils bénéficient, la majorité reste peu enthousiaste en décrivant sa pratique, évoquant sa pénibilité, la concurrence entre

professionnels et les conditions de travail difficiles au Liban. L'un des dentistes a affirmé qu'il est « *satisfait, mais la profession devient de plus en plus dure au Liban [...]* » (H, 38 ans), alors qu'un autre a considéré la profession comme « *acceptable, mais fatigante* » (F, 42 ans). Les dentistes pensent qu'ils sont plus vulnérables que d'autres professions médicales dans un contexte de crises économiques, d'insécurité et d'instabilité qui règnent dans le pays. Selon eux, cela influence le recours aux soins dentaires des patients et affecte de facto leur situation économique. Plusieurs d'entre eux rapportent que « [...] *les crises économiques, les guerres et l'insécurité politique règnent sur le pays et influencent la rentabilité [...]* » (F, 46 ans) et « *bien sûr que non, le rendement financier n'est pas très satisfaisant [...]* » (F, 46 ans).

4.2. Les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires

4.2.1. Selon les bénéficiaires

Selon les entrevues avec les bénéficiaires, les facteurs facilitant l'accès aux soins dentaires se résument essentiellement à l'accessibilité physique et financière, la disponibilité du patient et du dentiste et l'environnement physique des lieux de soins. L'accessibilité financière joue un rôle primordial dans le recours ou non aux soins dentaires. Les bénéficiaires interviewés ont confirmé que le coût élevé des soins dentaires et l'absence de couverture sociale limitent cet accès aux soins. Cependant, ils ont considéré que les facilités de paiement proposées par les dentistes sont un moyen d'y accéder.

L'accessibilité physique a été également considérée comme essentielle : l'emplacement du cabinet dentaire influe sur la décision de soins. Ainsi, la proximité avec le domicile ou la possibilité de se garer encouragent à se faire soigner, alors que l'éloignement du cabinet ou les embouteillages sont des freins à la consultation dentaire. D'autres facteurs ont été mentionnés comme favorisant les soins (disponibilité des rendez-vous, horaires du cabinet...). En revanche une attente importante, la non- disponibilité du praticien (surtout en cas d'urgence) sont autant de facteurs limitant le recours.

Il s'est avéré, selon les bénéficiaires, que l'environnement physique des lieux de soins est considéré comme crucial pour le recours. La propreté du cabinet, le respect des normes d'hygiène, la modernité des instruments ou du matériel utilisés (et la présence d'une ambiance agréable) sont perçus comme des facteurs qui encouragent aux soins « *un cabinet où il n'y a pas de bruit car le son des instruments et de la machine sont les plus gênants* » (F, vendeuse, 30 ans ; F, employée socio-scolaire, 54 ans).

4.2.2. Selon les dentistes

La comparaison entre les réponses des dentistes et des patients montre que l'accessibilité financière est le principal facteur de renoncement aux soins. Les praticiens en ont conscience « [...] *l'argent vient en premier lieu* » (H, 44 ans) ; « *c'est le facteur financier, car pas de couverture* » (F, 42 ans). D'autre part, selon les dentistes, seuls l'environnement physique de la clinique dentaire et l'hygiène pourraient être considérés comme des facteurs facilitant les consultations régulières des bénéficiaires. Les dentistes ont enfin mentionné que certaines techniques de soins utilisées au cours du traitement rassurent le patient « [...] *l'utilisation de la caméra intra buccale qui permet au patient de voir tout ce qui se passe lors des soins* [...] » (H, 28 ans). Enfin, les conditions d'exercice ont été considérées comme un facteur entravant, car elles usent le dentiste par la fatigue et les difficultés du marché « [...] *elle est fatigante. Même au niveau physique je me fatigue trop* » (F, 42 ans) et « *la profession devient de plus en plus dure au Liban* [...] » (H, 38 ans).

4.3. Les facteurs de renforcement

En général, le recours ou non aux soins dentaires est renforcé par différents éléments. Les facteurs de renforcement positifs ont été clairement observés dans les réponses des bénéficiaires qui ont montré que l'existence d'une relation de confiance entre le dentiste et le patient est nécessaire pour encourager et faciliter la consultation dentaire. Les réponses des bénéficiaires ont également montré que les caractéristiques personnelles des dentistes forment un facteur de renforcement pour

le recours aux soins. À cet égard, les dentistes ont confirmé les facteurs déjà mentionnés par les bénéficiaires.

5. La discussion de l'étude qualitative

Cette étude est une des premières à s'intéresser aux déterminants du recours aux soins dentaires au Liban. Nos résultats montrent que ces déterminants sont multiples, portant aussi bien sur le manque de connaissances sanitaires des patients que sur la perception négative de la profession ou encore le coût des soins pour les patients. Ces éléments sont connus dans la littérature internationale, mais non objectivés dans le contexte libanais. Or, celui-ci est spécifique et paradoxal comme vu précédemment. En effet, il est admis que, dans les pays en développement, le principal frein aux recours aux soins dentaires est le déficit de professionnels. Or, si le recours aux soins dentaires est limité au Liban et la santé dentaire de la population insatisfaisante, le Liban ne manque pas de dentistes, au contraire. Il convient dès lors de s'interroger sur les attitudes des Libanais vis-à-vis du recours aux soins dentaires, afin d'explorer les raisons de ce non-recours et y proposer des réponses.

5.1. La santé buccale et l'état de santé générale

Les maladies buccodentaires constituent un problème de santé publique croissant dans les pays en cours de développement (6). Cela est lié, pour partie, au manque d'éducation de la population, qui est une barrière au recours aux soins dentaires (109). Les résultats de notre étude sont conformes à ce constat et montrent que la population a une connaissance limitée du lien entre l'état de santé général et la santé buccale. Ce constat est confirmé par les dentistes qui ajoutent que si les patients connaissent ce lien, ils sont incapables de le définir avec précision. Et même si les bénéficiaires sont en capacité de citer convenablement certains facteurs de risque de l'altération de la santé buccale (tabac, alcool, hérédité ou manque d'hygiène buccodentaire), cette connaissance reste limitée, car une alimentation déséquilibrée, riche en sucre est sous-estimée dans son impact sur la santé dentaire.

Les résultats de notre étude sont conformes à d'autres travaux qui confirment que le manque d'éducation buccodentaire constitue une barrière de recours aux soins dentaires (94). Ces éléments montrent qu'il est nécessaire de développer, au Liban, l'acquisition d'aptitudes individuelles au sein de la population, afin de limiter les comportements à risque. Cela pourrait notamment s'appuyer sur la sensibilisation de la population aux facteurs de risque et à l'intérêt d'un suivi buccodentaire régulier, afin de modifier les attitudes puis les comportements de prévention de la population.

5.2. La perception du dentiste

La perception négative des dentistes par les patients est courante, et les professionnels libanais n'y échappent pas. Or, il s'agit d'un frein important et bien connu sous le nom de « cercle vicieux de l'anxiété dentaire » de Berggren (96).

Le patient passe ainsi par 4 étapes :

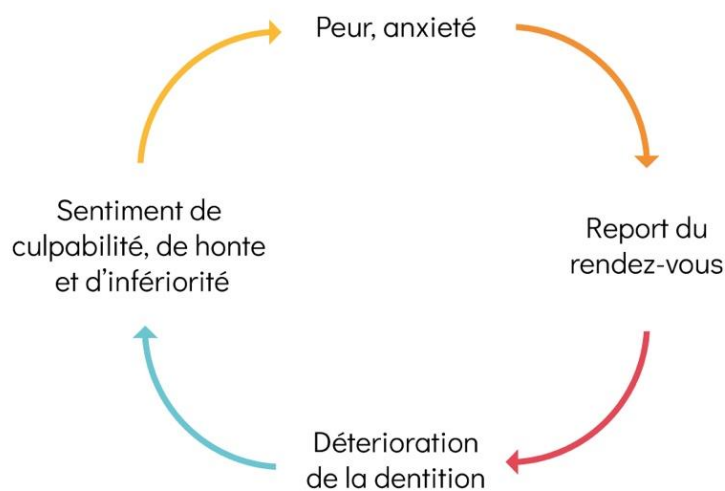


Figure 9: Cercle vicieux de l'anxiété dentaire de Berggren

Cette figure illustre le cercle vicieux de l'anxiété qui comprend 4 étapes : peur/anxiété, report du rendez-vous, détérioration de la dentition, sentiment de culpabilité, de honte et d'infériorité qui ramène de nouveau à la peur.

Lutter contre ce phénomène passe par la formation des professionnels, qui peut porter sur l'accueil et la prise en charge du patient ; la qualité de la relation

soignant/soigné ; la qualité des soins... (110). Au total, former les professionnels à l'évolution de leurs pratiques est primordial pour voir s'améliorer la santé buccodentaire de la population. Ainsi, en luttant contre les représentations négatives de la profession, il est possible d'augmenter l'adhésion du public aux soins dentaires (111).

D'autre part, il est indispensable d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, qui contribuent à la démotivation exprimée, laquelle impacte leurs pratiques et, en retour, la perception de la population. Il serait ainsi déterminant que le Parlement Libanais porte le projet de loi sur la couverture des soins dentaires, assurant ainsi l'accessibilité financière aux soins pour les patients et des revenus stables pour les praticiens, une étude menée en 2014 ayant montré que près de 60% des dentistes libanais avaient un revenu < 1500 \$/ mois (95).

En effet, il n'existe pas, à ce jour, de prise en charge financière par la sécurité sociale des soins dentaires au Liban (12).

5.3. Les bénéficiaires et la médecine dentaire préventive

Nos résultats montrent que les patients estiment le recours régulier au dentiste comme important pour la prévention. Pourtant, une étude libanaise récente a montré que seulement 16% de la population a consulté un professionnel dans l'année écoulée et que le 1er motif de consultation reste une douleur résistante à l'automédication (85). Ceci est cohérent avec les données internationales qui confirment ce constat : en Amérique du Nord, la douleur est l'une des principales causes du recours aux soins dentaires (94).

Ce point est essentiel, car il montre l'importance d'engager la population dans des programmes de promotion de la santé pour lui apporter la capacité d'adopter un comportement de prévention et ne plus être seulement dans le curatif face à une situation aiguë. L'organisation de programmes de prévention, comme « MT Dents » en France, par exemple, qui incitent les jeunes à adopter les bons réflexes, est essentielle (112). Nos résultats montrent d'ailleurs que les praticiens libanais sont

prêts à s'engager dans ce sens. De tels programmes permettent, outre une prise en charge directe des soins dentaires des enfants (réduction de la prévalence des caries entre 6 et 12 ans), l'acquisition de comportements qui les conduiront vers des consultations de prévention à l'âge adulte. Cependant, la mise en place de tels programmes prend du temps. Aussi, il pourrait être pertinent de débiter par l'organisation de journées portes ouvertes (consultations gratuites) dans les dispensaires et les cabinets, surtout dans les régions rurales et les plus défavorisées. Ces activités permettraient non seulement d'évaluer l'état buccodentaire de la population, mais aussi de créer un contact direct entre patients et dentistes pour minimiser la crainte des individus vis-à-vis ces professionnels.

5.4. L'accessibilité financière des soins

Comme évoquée précédemment, la question du coût doit être adressée car elle constitue un frein majeur à l'accès aux soins (rapportée par les patients et les professionnels) sur lequel tous les programmes de promotion de la santé peuvent échouer (12). Si la catégorie la plus défavorisée de la population ne peut pas se permettre financièrement des soins dentaires, elle ne consultera pas, même en cas de nécessité (113). En effet, des travaux internationaux montrent que les personnes qui ne peuvent pas assumer le coût des soins dentaires sont aussi celles qui ont le plus mauvais état dentaire et qui ont le plus besoin de soins. Il est indispensable que les autorités de santé mettent tout en œuvre pour lutter contre le creusement des inégalités sociales de santé au sein du pays au détriment des plus défavorisés, qui est *in-fine* une limite au développement économique du pays (82). Car, il est à noter que, dans le système de santé libanais, la sécurité sociale ne couvre pas les soins dentaires. Seules quelques mutuelles, accessibles en fonction des professions (Caisses mutuelles : professeurs de l'Université Libanaise, fonctionnaires de l'État, etc.), prennent en charge ces soins (12).

Dans l'attente de la prise en charge financière évoquée précédemment, qui ne pourrait être mise en place qu'à long terme, il est indispensable de pousser la population à utiliser les services des centres de soins de santé primaires accrédités

par le Ministère de Santé Publique (MSP), gérés par le MSP, le Ministère des affaires sociales, les municipalités, des associations nationales ou internationales, et d'inciter les associations caritatives et les centres confessionnels à développer une offre de soins dentaires primaires alternative (urgences, traitements des caries...).

Ce travail présente plusieurs limites. Tout d'abord, seuls des adultes de 21 ans (âge d'accès au droit de vote) à 64 ans (retraite) ont été interrogés. Cependant, nous pensons que les personnes interrogées ont décrit un comportement et une perception des soins dentaires cohérents avec ceux de l'ensemble de la population. Cette catégorie d'âge représente la part la plus importante de la population libanaise. D'autre part, l'absence d'évolution de l'accès aux soins depuis plusieurs années rend transposable aux moins de 21 ans le ressenti des plus jeunes de notre échantillon. Enfin, seules deux régions du Liban sur huit (Beyrouth et le Metn du Mont Liban) ont été enquêtées. Néanmoins, ces deux régions sont les plus peuplées du pays représentant la diversité de la population libanaise et une large étendue des perceptions. L'échantillon choisi montre la diversité des interviewés (bénéficiaires/dentistes) et la saturation des données permet une description la plus exact possible de la population étudiée, autorisant une transférabilité des résultats à d'autres régions du pays.

Chapitre III : Le recours aux soins dentaires au Liban : Facteurs entravants et facteurs facilitants. Étude Quantitative pré-crise.

1. Introduction

Dans la première partie de ce travail, nous avons identifié les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcements des soins dentaires à travers une première étude qualitative conduite auprès de bénéficiaires et de dentistes et basée sur le cadre conceptuel de Kreuter et Green. L'un des principes les plus remarquables du modèle Precede-Proceed (13) est l'accent mis sur la compréhension du public cible et son implication dans les processus d'identification, d'évaluation et de résolution de leurs problèmes de santé (14,15). En se basant sur Green et Kreuter, nous avons adopté l'utilisation d'une combinaison de mesures de collecte de données qualitatives et quantitatives qui nous a permis d'assurer un diagnostic précis du besoin existant en santé publique concernant le recours aux soins dentaires. Par conséquent, une enquête quantitative est effectuée sur la base des déterminants obtenus dans la partie qualitative.

En outre, comme déjà mentionné, le Liban manque de données nationales qui traitent de la question du renoncement aux soins dentaires, ainsi que les facteurs entravants ou facilitants du recours, ceci limitant l'élaboration d'une politique de santé factuelle qui pourrait être appliquée et suivie. Afin de pouvoir proposer des stratégies d'intervention visant à réduire le fardeau global des maladies que représente le renoncement aux soins dentaires et lutter contre les inégalités de santé, il est important pour le pays d'avoir les informations nécessaires suivantes :

1. Quantifier les données qualitatives.
2. Connaître l'ampleur du renoncement aux soins dentaires.
3. Explorer les déterminants qui expliquent les barrières observées.
4. Explorer les facteurs qui facilitent le recours aux soins dentaires.

2. Les objectifs de l'étude quantitative pré-crise

L'objectif principal de cette étude a été d'évaluer la prévalence du renoncement aux soins dentaires au Liban ainsi que ses déterminants socio-économiques. Les objectifs secondaires visaient quant à eux :

1. A Quantifier l'état actuel du recours/non recours aux soins dentaires en général dans les différents gouvernorats ?
2. A analyser les facteurs prédisposants et facilitants du recours/non recours aux soins dentaires.
3. A Évaluer les facteurs qui affectent le renoncement aux soins dentaires en particulier.

3. La méthodologie de l'étude quantitative pré-crise

3.1. La conception de l'étude

Cette deuxième partie de l'étude suit la méthodologie mixte de recherche adoptée. Elle s'appuie sur les variables identifiées dans la séquence qualitative pour l'élaboration du questionnaire afin de mener l'étude quantitative descriptive nationale, la première de ce genre, qui couvrira tous les gouvernorats et districts du Liban. Etant donné qu'il s'agit d'une recherche statistique descriptive transversale organisée d'un phénomène existant peu connu et peu étudié dans le contexte libanais en occurrence le recours aux soins dentaires, elle se base sur l'ensemble des questions de recherche et d'objectifs qui permettront de le caractériser et de mieux le comprendre au niveau national (89).

Une enquête statistique nationale est alors menée auprès des résidents libanais âgés de plus de 18 ans entre juillet et septembre 2019. Le renoncement aux soins de santé se concentrait sur la dentisterie. Un échantillon stratifié aléatoire basé sur les probabilités a été utilisé pour recruter des participants proportionnellement dans huit gouvernorats libanais regroupés en cinq catégories couvrant les gouvernorats de Baalbek-Hermel/Bekaa, Beyrouth, Liban-Nord/Akkar, Liban-Sud/Nabatiyeh et Mont-Liban.

3.2. La taille de l'échantillon

L'échantillon choisi s'étale sur l'ensemble du territoire libanais en respectant les critères d'un échantillon représentatif de la population libanaise. En effet, Comme il s'agissait d'une étude à l'échelle nationale, la taille de l'échantillon a été déterminée avec un intervalle de confiance (IC) de 95%, la prévalence étant estimée à 0,5 (114).

$$n = \frac{1.96^2 \times (P)(1-P)}{d^2}$$

- n= Taille d'échantillon minimale pour obtenir des résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque déterminé
- 1.96= Niveau de confiance. Valeur de l'intervalle de confiance à 95% recherchée dans la table de la loi normale centrée réduite pour alpha = 5%
- P= prévalence estimée. La prévalence a été estimée à 50.
- (P) (1-P) = différence pour une variable binaire (binomiale)
- d= l'imprécision de l'estimation ou la marge d'erreur fixée à 3%.

La nombre « n » a donc été calculé selon :

$$n = [(1,96)^2 * (p q)] / (0,03)^2 = 1067 \text{ participants.}$$

Pour assurer la participation de 1067 personnes consentantes, il a fallu solliciter un nombre plus grand d'individus.

3.3. La procédure d'échantillonnage

Les principales communautés de chaque circonscription électorale ont été choisies par échantillonnage par quotas afin de représenter avec précision les caractéristiques démographiques de l'ensemble de la circonscription. Le district a été considéré comme une entité administrative. La source la plus appropriée pour refléter les résidents des différentes régions était le nombre d'écoliers inscrits dans les différents districts et ceci en raison de l'absence de recensement national ou régional. Par la suite, les quotas ont dû être calculés à partir des données disponibles pour la population (115).

Après une définition des critères de choix des répondants (adulte présent au moment de la consultation), les enquêteurs ont visité les quartiers sélectionnés jusqu'à atteindre l'objectif quantifié pour chacune des régions. Le point de départ dans chaque région était choisi aléatoirement par tirage au sort et la méthode retenue consistait à frapper à une porte sur 10 et interroger 1 personne adulte présente au moment du passage d'enquêteur. A la fin de chaque entretien la même méthode était appliquée jusqu'à l'atteinte du nombre requis.

Un document détaillant les objectifs de l'étude et rédigé en arabe a été lu et remis à chaque participant. Le document exigeait également le consentement, les personnes ayant l'entière liberté de refuser de participer ou de s'arrêter au cours de l'entretien. En cas de refus ou désistement au cours de l'entretien, il fallait recommencer en respectant le même intervalle

3.4. Les variables de l'étude et l'élaboration du questionnaire

Les résultats de l'étude qualitative conduite dans un premier temps et publiés en 2022 (108) ont permis d'identifier les déterminants et facteurs influençant le recours aux soins dentaires au Liban. Ces données ont donc servi à l'élaboration du questionnaire de l'étude quantitative (Annexe 3) qui était lui-même divisé en 7 parties :

1. Facteurs socio-démographiques.
2. Pratique du recours aux soins.
3. Facteurs entravant et facilitant le renoncement aux soins.
4. Critères du choix du dentiste et ses attributs.
5. Connaissances en matière de santé et santé buccodentaire.
6. État de santé et tabagisme.
7. Situation financière et couverture santé.

L'enquête a été validée par un échantillon de 100 participants libanais de deux districts différents, dont les résultats ont été exclus de cette étude.

3.5. La collecte des données

Les données ont été recueillies par des enquêteurs professionnels formés aux questions de soins dentaires et à l'enquête. Entre juillet et septembre 2019, ils ont recueilli les données à travers des entretiens anonymes menés en face à face avec les 1 067 participants de l'étude en proposant les questions aux enquêtés de manière impartiale. Leur tâche consistait à :

- Parcourir les villes majeures des gouvernorats pour sélectionner les participants selon la procédure définie précédemment (1 domicile sur 10).
- Recueillir le consentement du participant.
- Lire les questions ainsi que les réponses possibles, tout en notant les réponses et en s'assurant de ne pas influencer les participants dans leurs réponses.

Les entretiens étaient totalement anonymes et les participants ont été clairement informés de la confidentialité ainsi que de l'aspect volontaire de leur participation et ou de la possibilité de refuser de répondre à tout moment du processus.

Un contrôle qualité sur la collecte des données a eu lieu à deux niveaux :

- Visites accompagnées sur le terrain pendant lesquelles l'enquêteur était accompagné d'un superviseur. Tous les enquêteurs ont été supervisés au moins une fois.
- Appels au hasard de 7% de l'échantillon des répondants pour confirmer l'authenticité des documents.

3.6. L'analyse statistique

La moyenne et l'écart-type (ET) ainsi que les valeurs minimales et maximales (min, max) ont été calculés pour décrire les variables quantitatives. Les fréquences et les pourcentages (%) ont été utilisés pour décrire les variables qualitatives. Les analyses univariées ont été réalisées à l'aide du test du chi-deux de Pearson ou du test exact de Fisher. Elles ont ensuite été suivies d'une régression logistique binaire (incluant les variables ayant une valeur $p < 0,200$ dans l'analyse univariée, tout en excluant les variables fortement corrélées entre elles) en utilisant la méthode Enter.

Le niveau de signification correspondait à $p \leq 0,05$. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel statistique SPSS version 25 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA).

3.7. Les considérations éthiques

L'étude a été approuvée et enregistrée en France par le comité d'examen institutionnel de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) sous le numéro 2224711. Les données ont été recueillies avec le consentement libre et éclairé des interrogés et dans le respect de la dignité des participants et de leur vie privée. Les entretiens ont été anonymisés pour garantir la confidentialité des données. Les feuilles ont été gardées dans des endroits sécurisées avec armoires à clef puis détruites après la saisie des données et la validation des données.

4. Les résultats de l'étude quantitative pré-crise

L'analyse statistique de cette enquête comportait plusieurs étapes et les résultats sont présentés en trois parties :

- Une partie descriptive qui couvre la totalité du questionnaire (40 questions) faisant un point sur l'état des lieux, du renoncement et du recours aux soins.
- Une partie analytique bivariée détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques.
- Une partie analytique multivariée évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés.

4.1. Les résultats descriptifs

Dans la partie suivante, nous couvrirons les réponses des 40 questions du questionnaire. Elles ont été groupées par thème et chaque catégorie sera commentée et représentée par un graphe.

4.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

L'échantillon interrogé était représentatif de la population libanaise. Nous avons sollicité 1150 personnes dont 1070 ont participé dans l'étude d'où un taux de réponse de 93%. L'échantillon comprenait donc 1070 sujets- 643 hommes et 427 femmes- d'âge moyen $38,5 \pm 14,6$ années (amplitude : 18 – 88 ans). L'âge moyen des hommes était de $39,5 \pm 15,0$ années (amplitude : 18 – 88 ans) et celui des femmes était de $37,0 \pm 13,8$ années (amplitude : 18 – 82 ans). L'indice moyen de masse corporelle était de $25,8 \pm 4,9$ Kg/m². Les participants provenaient des différentes régions libanaises et avaient des profils variés au niveau de leur situation familiale, sur le plan éducatif et sur le plan professionnel (tableau 6).

Tableau 6: Caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019

Caractéristiques		Effectifs	Pourcentages (%)
Distribution géographique	Akkar	95	8,9
	Baalbeck- Hermel	73	6,8
	Bekaa	75	7,0
	Beyrouth	61	5,7
	Liban-Nord	197	18,4
	Liban-Sud	128	12,0
	Mont-Liban	361	33,7
	Nabatyieh	76	7,1
	Réponses manquantes	4	0,4
État Civil	Célibataire	454	42,4
	Divorcé(e)	49	4,6
	Veuf(ve)	36	3,4
	Marié€	531	49,6
Niveau éducatif	Non universitaire	525	49,1
	Universitaire	540	50,5
	Réponses manquantes	5	0,5
Profession	Ne travaille pas	325	30,4
	Travaille dans un secteur public	67	6,3
	Travaille dans un secteur privé	660	61,7
	Réponses manquantes	18	1,7

4.1.2. La pratique du recours aux soins

Ci-dessous, nous décrirons les habitudes des patients quant à leur suivi dentaire ainsi que leur perception de la consultation du dentiste. Les données recueillies sur la consultation du dentiste ont montré que pour la majorité écrasante (90,7%) des patients, la dernière consultation du dentiste datait de plus qu'un an et seuls 4,7%

d'entre eux l'ont visité dans l'année écoulée. D'autre part, plus que la moitié (53%) de ces consultations était due à une urgence dentaire (Tableau 7).

La plus grande partie des patients, 63%, sont convaincus que la consultation régulière chez un dentiste est importante pour la prévention des maladies dentaires alors que 28% voient l'importance de cette consultation pour le diagnostic précoce des maladies de la bouche. Toutefois, 3% des personnes interrogées sont persuadées qu'une consultation régulière chez un dentiste est surtout dans l'intérêt financier de ce dernier alors que les 13% restants ne trouvent aucune utilité pour cette consultation (Tableau 7).

Tableau 7: Pratiques du recours aux soins dentaires des Libanais- Etude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019

Variables		Effectifs	Pourcentages (%)
Date de la dernière consultation chez le dentiste	Moins que 6 mois	12	1,1
	Entre 6 mois et 1 an	39	3,6
	Depuis 1 ou 2 ans	970	90,7
	Je n'ai jamais eu de soins dentaires	48	4,5
Motif de la dernière consultation	Urgence (Douleur ou accident)	567	53
	Routine	253	23,6
	Traitement	203	19
	Réponses manquantes	47	4,4
Une consultation régulière du dentiste serait	Utile pour la prévention des maladies dentaires	677	63,3
	Nécessaire pour le diagnostic précoce des maladies dentaires	299	27,9
	Pas nécessaire	136	12,7
	Importante pour le dentiste afin d'attirer des patients	31	2,9

4.1.3. Facteurs entravant et facilitant la consultation du dentiste

Dans la partie suivante, nous exposerons tous les facteurs qui pourraient influencer positivement ou négativement la consultation du dentiste selon leur importance.

4.1.3.1. Facteurs entravant la consultation du dentiste

Le coût du traitement est le premier facteur entravant la consultation du dentiste avec 33% des réponses. Cependant, ce facteur est suivi de très près par certains facteurs humains tels que la peur ou les sentiments négatifs qu'ont les gens vis-à-vis du dentiste. Pas loin non plus se trouve la longue attente et le manque de temps. L'oubli a été mentionné par plus que 10% des répondants. De plus, 6% des personnes interrogées trouvent la consultation du dentiste inutile parce que leurs

dents sont saines. D'autres facteurs mentionnés ont toutefois moins d'influence tels qu'une mauvaise expérience, le temps de trajet, le doute sur la propreté et autres.

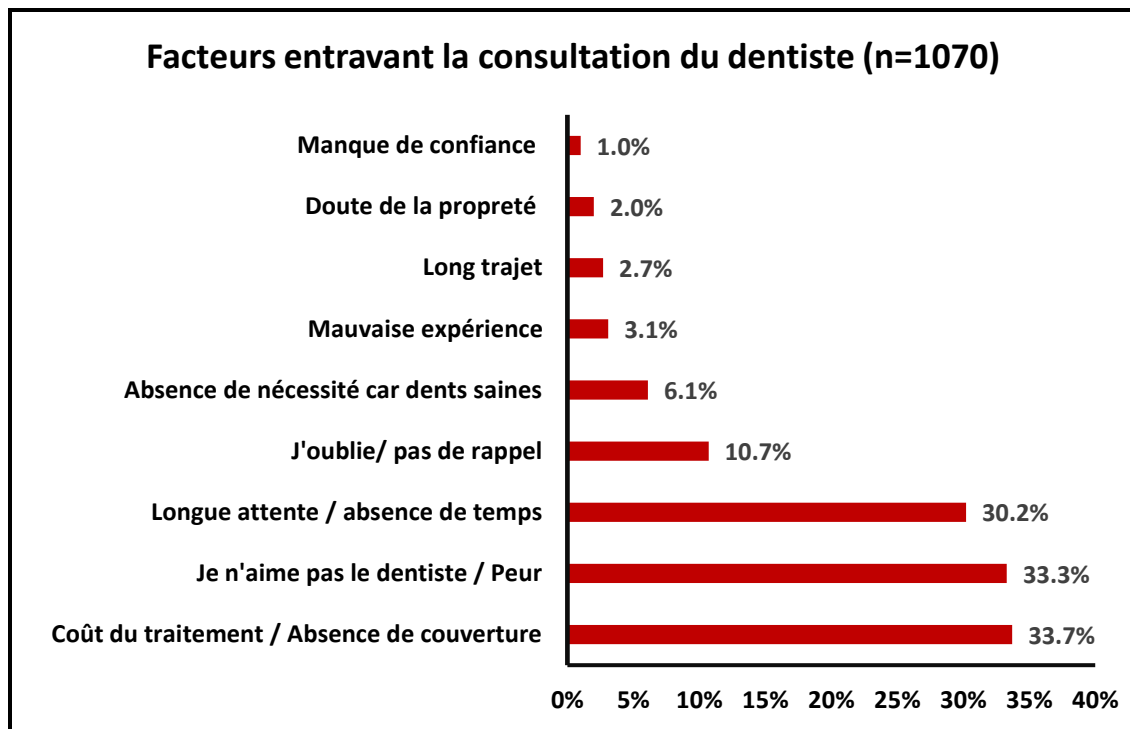


Figure 10: Facteurs entravant la consultation du dentiste - Étude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019

L'histogramme de cette figure illustre les facteurs entravant la consultation du dentiste au Liban. Le coût, la peur et le facteur temps marquent les plus hauts pourcentages parmi les réponses des enquêtés.

4.1.3.2. Facteurs facilitant la consultation du dentiste

Le premier facteur qui facilite et encourage la consultation du dentiste est un coût convenable du soin dentaire. Celui-ci est presque aussi important que la confiance et l'existence d'un plan clair pour le traitement. D'autre part, les visites organisées, un cabinet moderne et propre, une bonne relation dentiste-patient, la proximité, le suivi de la part du dentiste ainsi que ses qualités et son éthique sont tous de facteurs importants mentionnés par environ 20% des répondants.

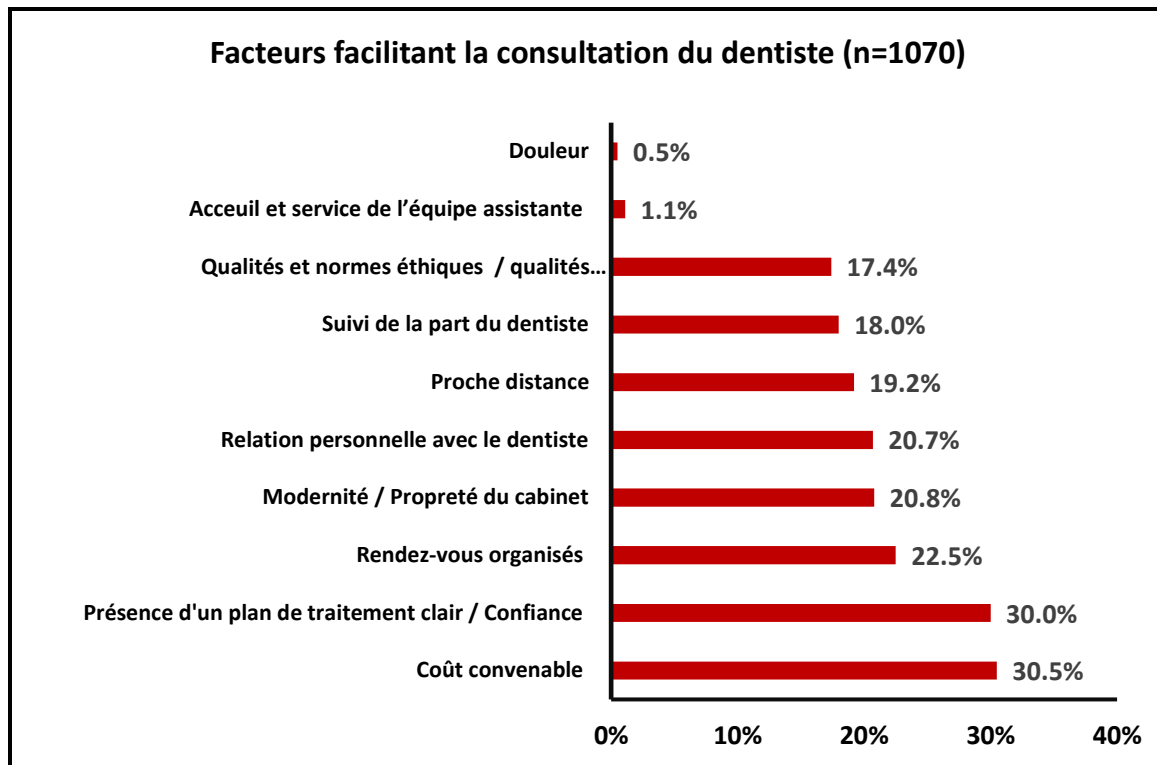


Figure 11: Facteurs facilitants la consultation du dentiste - Étude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019

L'histogramme de cette figure illustre les facteurs facilitant la consultation du dentiste au Liban. Le coût et la confiance sont en tête de liste suivis par l'organisation des rendez-vous, la propreté du cabinet et la bonne relation avec le dentiste.

4.1.4. Critères du choix du dentiste et sa description

La partie 4 adressera les critères de choix d'un dentiste ainsi que les attributs importants de ce dernier sur le plan professionnel et relationnel.

4.1.4.1. Lieu de soins dentaires

La grande majorité des participants ont recours à des cabinets privés pour leurs soins dentaires (86.4%) et seuls 11% consultent dans des dispensaires. Il s'est avéré aussi qu'environ 0.5% des personnes interrogées soignent leurs dents dans des centres universitaires situés dans les campus des écoles de formation dentaire.

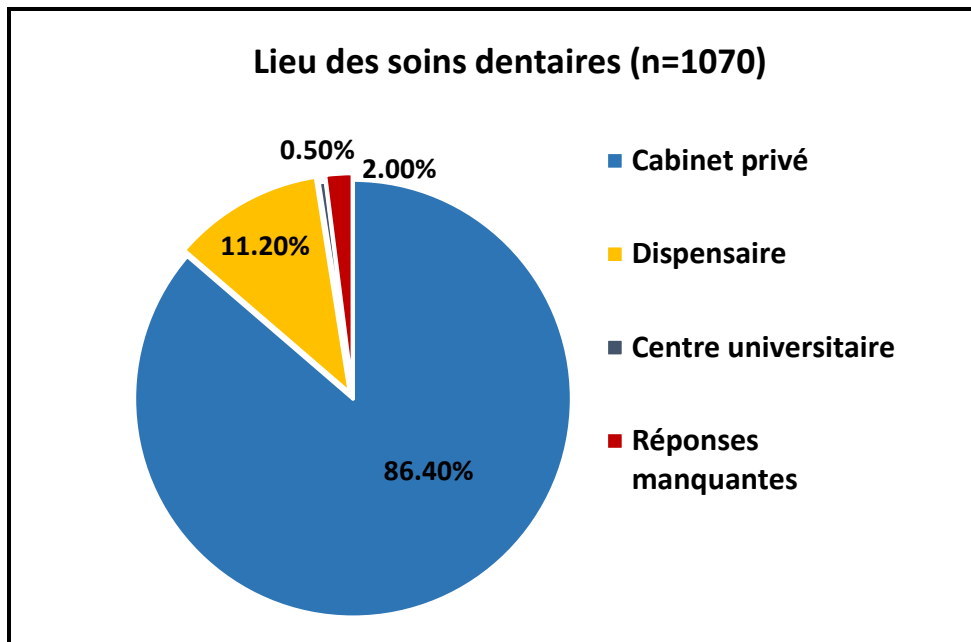


Figure 12: Choix du lieu des soins dentaires - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

La figure 12 montre que le lieu de soins dentaires préféré des Libanais est le cabinet privé (86.4%). Seulement 11% ont recours aux soins dans les dispensaires.

4.1.4.2. Critères de choix du dentiste

Selon les participants, les critères de choix d'un dentiste sont surtout son expérience (40.3%) et sa réputation (38.0%). Mis à part ces 2 critères, pour 25% des interrogés, la recommandation du dentiste par une connaissance joue un rôle majeur dans le choix. L'origine du diplôme universitaire est aussi importante que les frais facturés et comptent pour 16% des réponses. Enfin, la connaissance personnelle et la proximité jouent un rôle pour 10% ou moins des répondants.

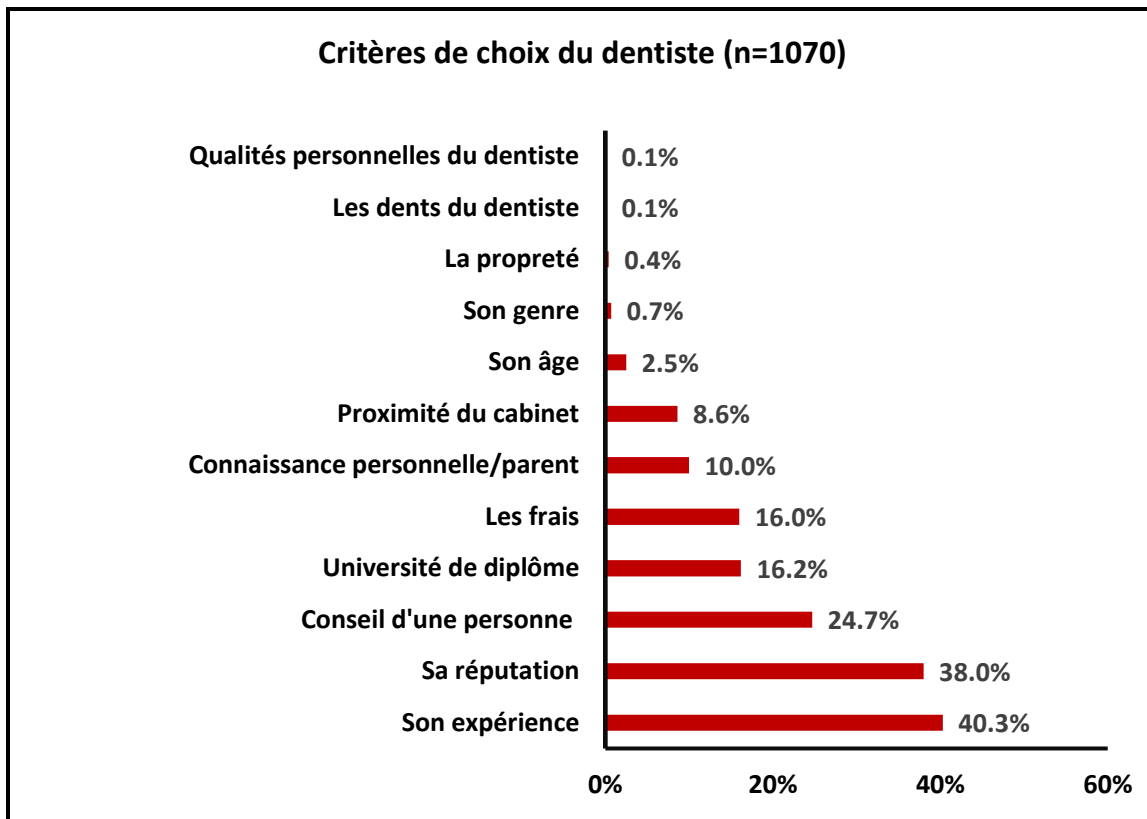


Figure 13: Critères de choix du dentiste - Étude nationale quantitative pré-crise au Liban – 2019

L'histogramme de cette figure expose les critères de choix du dentiste par les libanais. L'expérience, la réputation, le conseil d'une autre personne et les frais sont les critères les plus cités.

4.1.4.3. Le genre préféré du dentiste

60 % des hommes interrogés et 68% des femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir de préférence en ce qui concerne le genre de leur dentiste. Il n'empêche que pour les hommes et les femmes qui ont manifesté une certaine préférence, les dentistes de sexe masculin sont préférés.

Tableau 8: Genre préféré du dentiste selon le genre des participants dans l'étude quantitative pré-crise au Liban en 2019

Participants	Dentistes	Effectifs	Pourcentages (%)
Homme (n=643)	Homme	185	28,8
	Femme	69	10,7
	Pas de différence	383	59,6
	Réponses manquantes	6	0,9
Femmes (n=427)	Homme	90	21,1
	Femme	45	10,5
	Pas de différence	289	67,7
	Réponses manquantes	3	0,7

4.1.4.4. Fidélité envers son dentiste

En explorant la fidélité au dentiste, seuls 40% des participants ont déclaré avoir un dentiste référent de la famille alors que pour 60% les membres de la même famille pourraient recourir à des dentistes différents. De plus, 65% des répondants restent fidèles à leur dentiste tandis que les autres n'ont pas de problème de consulter des dentistes différents.

Tableau 9: Fidélité envers le dentiste – Etude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Avez-vous un seul dentiste référent de famille	Oui	427	39,9
	Non	629	58,8
	Réponses manquantes	14	1,3
Êtes-vous fidèle au même dentiste	Oui	691	64,6
	Non	366	34,2
	Réponses manquantes	13	1,2

4.1.4.5. Description du dentiste

Dans la description et la perception du dentiste, les réponses sont réparties entre 40% des participants qui ont attribué des traits positifs à leurs dentistes contre

31% qui leur ont réservé des attributs négatifs. Les autres 29% des participants l'ont décrit comme personne ordinaire sans aucune particularité. Pour 40% d'entre eux, le dentiste est une personne méticuleuse (23%) et assidue (18 %). Quant aux attributs négatifs, plus de 22% des participants ont avoué que le dentiste leur fait peur, qu'il est responsable de douleurs, qu'il peut même être cruel parfois et 9% l'ont considéré comme étant matérialiste.

Tableau 10: Description du dentiste par les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

	Effectifs	Pourcentages (%)
Neutre		
<i>Personne ordinaire</i>	307	28,7
Traits Positifs	431	40,2
<i>Assidu / méticuleux / sérieux</i>	428	40,0
<i>Une nécessité</i>	1	0,1
<i>Gentil</i>	2	0,2
Traits négatifs	332	31,0
<i>Fait peur / Cruel (Boucher) / Source de douleur</i>	234	21,9
<i>Matérialiste</i>	97	9,1
<i>Paresseux</i>	1	0,1

4.1.5. Les Connaissances en matière de santé et santé buccodentaire

A partir des résultats suivants, nous allons explorer les connaissances des répondants en santé générale et en santé buccodentaire plus particulièrement.

4.1.5.1. Le lien entre la santé buccale et la santé générale

Les réponses à cette question montrent que la grande majorité des participants ont conscience du lien qui existe entre la santé buccale et la santé général puisque 84% d'entre eux déclarent que ces deux aspects sont liés et que l'une pourrait avoir un impact sur l'autre. Seules 13% des personnes interrogées ne voient pas de lien entre ces deux dimensions de santé.

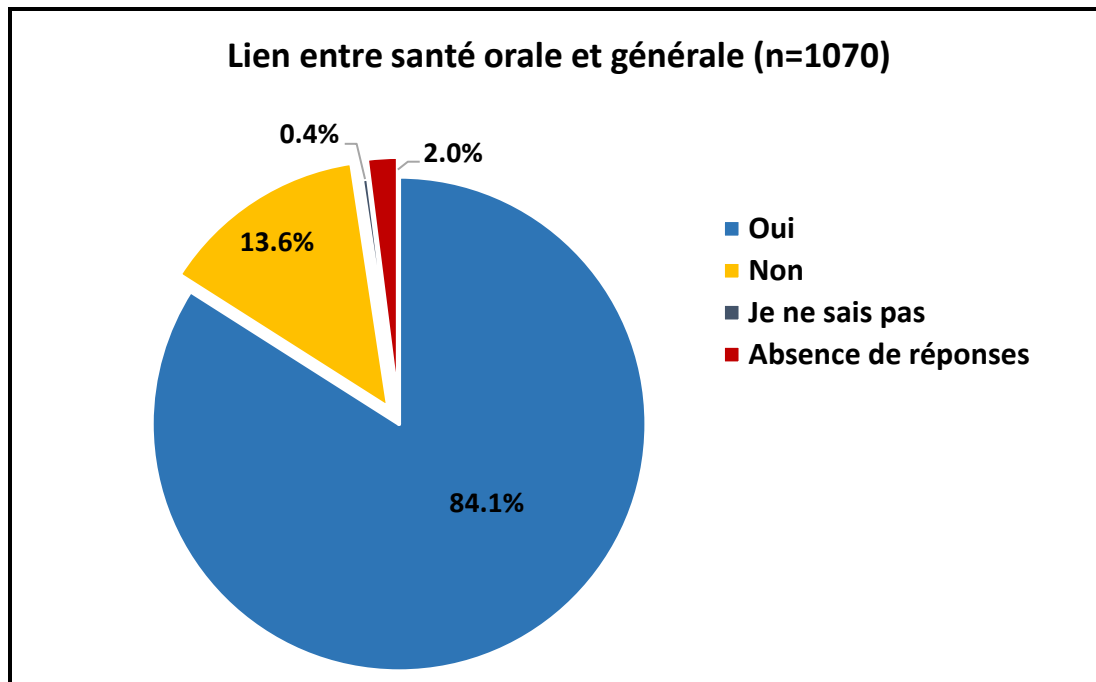


Figure 14: Lien entre santé orale et santé générale selon les enquêtés - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019

Cette figure illustre les connaissances des Libanais vis-à-vis du lien santé orale et santé générale. La majorité (84%) est consciente de cette relation.

4.1.5.2. Les facteurs de risque des maladies bucco dentaires

La mauvaise hygiène dentaire est en tête des réponses avec 69% des participants qui confirment que la mauvaise hygiène bucco-dentaire est un facteur de risque des maladies bucco-dentaires. Le tabac vient en deuxième place avec seulement 38% de réponses positives suivi de près par la consommation excessive de sucreries pour le tiers des répondants. L'âge est considéré comme un facteur important pour 21% des participants. Cependant, la consommation de boissons gazeuses, la qualité de l'alimentation et la consommation d'alcool ne semblent pas préoccuper de façons importantes les participants vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire avec dans les 3 cas, moins de 20% de réponses positives.

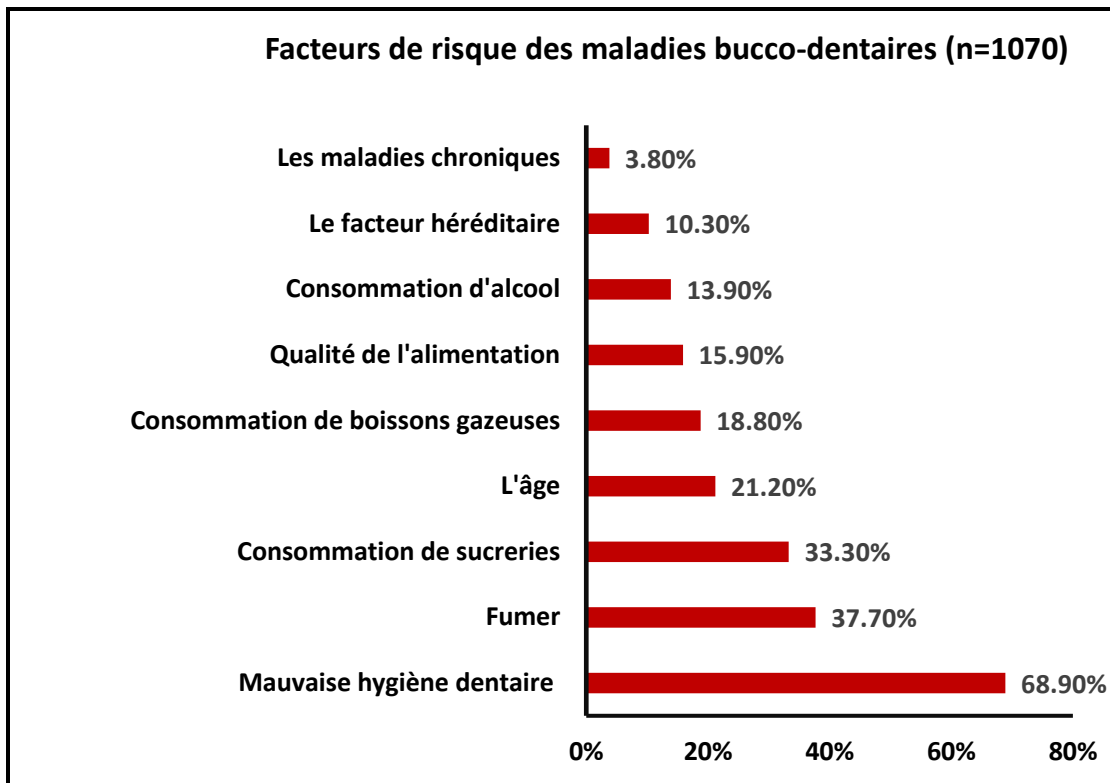


Figure 15: Facteurs de risque des maladies bucco-dentaires selon les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019

L'histogramme ci-dessus illustre les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires selon les enquêtés. La mauvaise hygiène occupe la première place (69%) suivie par le tabagisme (38%) et la consommation d'aliments riches en sucre (33%).

4.1.5.3. Consommation de médicaments

L'analyse des réponses a montré un niveau acceptable de connaissances puisque 50% des répondants sont « plutôt d'accord » à « tout à fait d'accord » avec une affirmation telle que les antibiotiques sont inutiles si la maladie est d'origine virale. D'autre part, 52% sont conscients, à des degrés différents, que la mauvaise utilisation des antibiotiques contribue à augmenter les résistances bactériennes. Quant aux anti-inflammatoires, les réponses collectées pourraient suggérer que les patients ont tendance à en consommer fortement sachant que 71% d'eux savent que leur utilisation à long terme pourrait causer des troubles gastro-intestinaux. Concernant la vaccination, plus de la moitié de la population (55%) est très favorables aux vaccinations et 30% y sont aussi plutôt favorables (Annexe 4).

Enfin, nous pouvons constater que la prise d'antibiotiques est initiée le plus souvent par une prescription médicale récente pour 49% des répondants suivie par la recommandation du pharmacien dans 34% des cas. L'auto prescription a lieu dans 12% des cas ce qui reste tout même un pourcentage élevé qui interroge sur la nature de l'antibiotique choisi, son spectre, la durée du traitement et son origine (Annexe 4).

4.1.5.4. Conduite face aux douleurs dentaires

Face à ces douleurs, presque 47% des participants ont recours à l'auto-traitement et seuls 53% consultent le dentiste soit en le visitant soit par téléphone. Les différents comportements dans cette situation d'auto-traitement varient entre l'automédication sous forme de prise de calmants/analgésiques qui est en tête des réponses pour 36.5% des personnes interrogées, la consultation du pharmacien pour 7.8% et une hygiène accrue pour 1.8% des répondants.

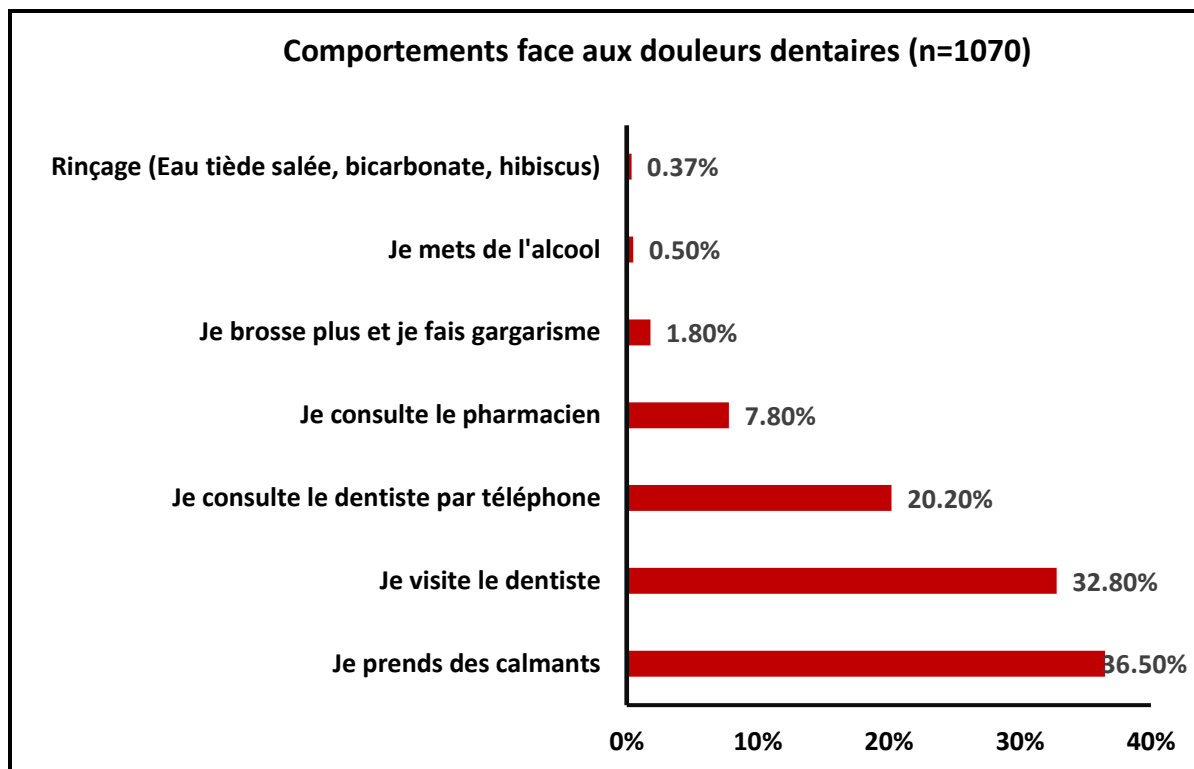


Figure 16: Comportements face aux douleurs dentaires selon les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019

L'histogramme de cette figure illustre les comportements des Libanais face aux douleurs dentaires. Seulement 33% consultent leur dentiste, 37% prennent des calmants, 20% consultent le dentiste par téléphone et 8% consultent un pharmacien.

4.1.6. État de santé et tabagisme

Cette partie rapporte la perception des participants de leur état de santé. Nous verrons en détail comment ils évaluent eux-mêmes leur santé, leur santé buccodentaire et leur mode de vie sur le plan sanitaire et le tabagisme en particulier.

4.1.6.1. Perception de la santé des participants

35% des participants considèrent qu'ils sont en bonne santé et 39% que leur santé orale est également bonne (Annexe 4).

4.1.6.2. Tabagisme

Les données collectées dans la section tabagisme nous permettent de comprendre avec plus de détails le tabagisme dans la société libanaise puisque nous avons posé des questions assez spécifiques et détaillées et ci-dessous les résultats. Cette étude a montré que sur les 1070 participants, 570 ou 53% sont fumeurs. Parmi les fumeurs, 66% sont des fumeurs réguliers et 34% fument occasionnellement. D'autre part, parmi les 500 non-fumeurs, 357 personnes n'ont jamais fumé alors que 143 sont d'anciens fumeurs qui ont renoncé à la cigarette. La cigarette est la première forme de tabac consommée par les Libanais. On constate aussi que les fumeurs actuels sont en fait de gros fumeurs avec une moyenne de $25,68 \pm 15,00$ cigarettes consommées par jour (Annexe 4).

4.1.7. Situation financière et couverture santé

Dans la dernière partie des résultats descriptifs, nous analyserons la situation financière des personnes qui ont participé à notre étude ainsi que la couverture santé générale et dentaire.

4.1.7.1. Revenus des ménages et situation financière

L'analyse des données financières des personnes interrogées montre que dans 81% des ménages il y a un seul chef de famille ce qui sous-entend compte tenu de la sociologie libanaise qu'une seule famille habite dans chacun des domiciles enquêtés. Pour 76% des familles il y a 1-3 personnes qui travaillent et 4% des foyers regroupent 4 travailleurs ou plus. Quant au revenu annuel, plus que la moitié des familles ont un

revenu faible (51%) (moins que 2 fois le SMIC) avec seulement 5,4% qui bénéficient d'un revenu élevé.

Tableau 11: Situation financière des enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Chef de foyer	1 chef de foyer	865	80,8
	Au moins 2 chefs du ménage	157	14,7
	Réponses manquantes	48	4,5
Nombre de personnes qui travaillent	1 – 3 personnes	818	76,4
	≥ 4 personnes	44	4,1
	Réponses manquantes	208	19,4
Revenu moyen annuel de votre famille	Faible	541	50,6
	Moyen	338	31,6
	Elevé	58	5,4
	Je ne sais pas	11	1,0
	Réponses manquantes	122	11,4
Statut de votre foyer financièrement	Vous êtes à l'aise	149	13,9
	Ça va	451	42,1
	C'est juste	289	27,0
	Vous y arrivez difficilement ?	118	11,0
	Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes (ou avoir recours au crédit à la consommation)	52	4,9
	Réponses manquantes	11	1,0

Toutefois, le niveau de revenu n'est pas parfaitement reflété dans la perception des personnes. En effet, parmi ces 50.6% à faible revenu (moins que 2 fois le SMIC), seuls 15.9% (11% et 4.9%) admettent avoir du mal à faire face économiquement au quotidien.

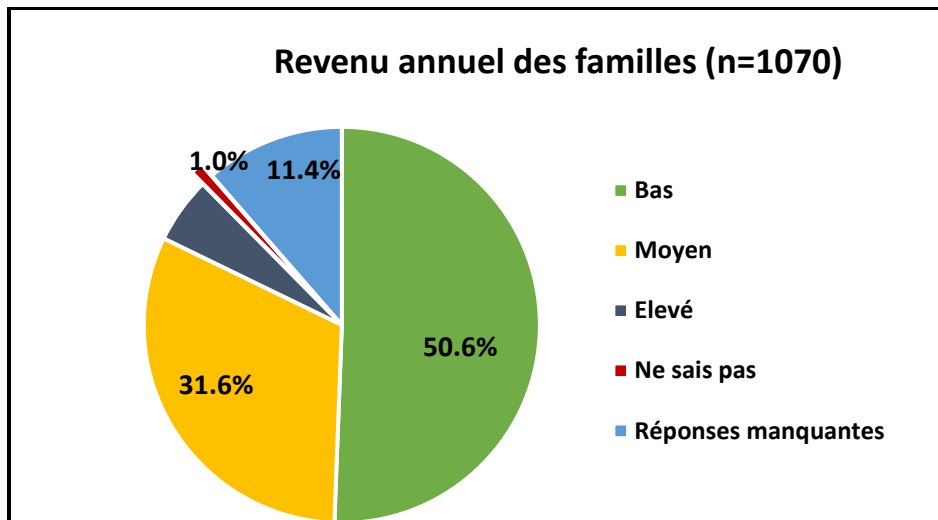


Figure 17: Revenu moyen annuel des familles - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019

La figure ci-dessus montre le revenu moyen annuel par foyer parmi les enquêtés. La moitié ont un revenu bas contre 32% moyen et 5% élevé.

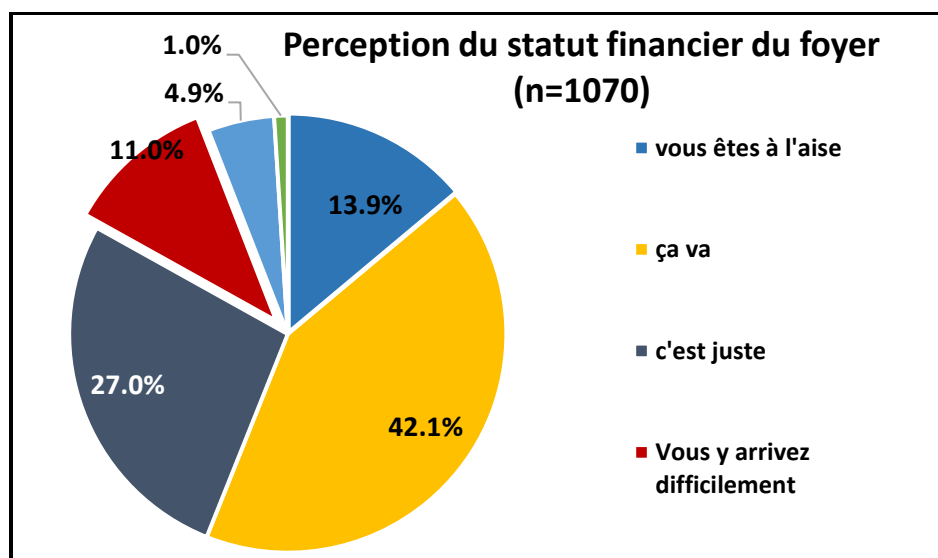


Figure 18: Perception de la situation financière des foyers - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

Cette figure illustre la perception des libanais de la situation financière de leur foyer. 14% se considèrent à l'aise, 27% déclarent que c'est juste, 11% y arrivent difficilement et 5% n'arrivent pas sans faire de dettes.

4.1.7.2. Couverture sanitaire

Cette partie décrit la couverture de la santé générale et celle de la santé dentaire

Couverture santé générale

Malgré l'importance de la couverture sanitaire de tous les citoyens quel que soit leur âge, on constate d'après notre étude que le tiers des participants, notamment 31% n'ont aucune forme de couverture sanitaire.

Parmi les 69% couverts, le plus grand nombre, presque le tiers 30%, sont couverts par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale. D'autres formes de couvertures existent, elles sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 12: Formes de couverture de santé générale chez les enquêtés - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Aucune couverture		333	31,1
Présence de couverture		733	68,5
Genres de couverture	Caisses Mutuelles publiques (Employés du parlement, Juges, Professeurs de l'Université Libanaise...)	8	0,7
	Ministère de Santé Publique	97	9,1
	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)	319	29,8
	Coopérative des fonctionnaires de l'État	50	4,7
	Caisses des schémas militaires	109	10,2
	Assurance privée seule	86	8,0
	Assurance privée complémentaire à la CNSS	62	5,8
	Ne sais pas	2	0,2
Absence de réponses		4	0,4

Couverture dentaire

Parmi les 68.5% des citoyens bénéficiant de couverture de santé générale, seuls 11% ont une couverture sanitaire dentaire dont le type de remboursement est principalement la caisse des schémas militaires, suivie par la coopérative des fonctionnaires de l'état. Un tout petit nombre de personnes achètent une assurance privée prenant en charge les soins dentaires.

Tableau 13: Formes de couverture de soins de santé dentaire chez les enquêtés - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentage (%)
Couverture ou remboursement de soins dentaires	Oui	118	11
	Non	947	88,5
	Pas de réponse	5	0,5
Type de remboursement dentaire (n=118)	Assurance privée seule	13	11
	Caisse des schémas militaires	78	66,1
	Coopérative des fonctionnaires de l'Etat	26	22

4.1.8. Le renoncement aux soins

Parmi les personnes interrogées 23% ont dû renoncer, au cours des douze derniers mois, à des soins médicaux pour des raisons financières, le renoncement aux soins dentaires arrive en tête de ces abandons, devant celui des soins médicaux et oculaires. Cela laisse penser qu'ils sont ainsi considérés comme les moins importants des soins.

Tableau 14: Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Renoncement aux soins	Oui	247	23,1
	Non	818	76,4
	Manque de réponses	5	0,5
Type de soins[†]	Dentaire	144	58,3
	Médical (hors dentaire)	118	47,8
	Lunettes	28	11,3
Types de soins dentaires[†]	Extraction	17	11,8
	Rage dentaire	15	10,4
	Dent fracture	51	35,4
	Corps étrangers	3	2,1
	Douleur ou lésions de gencive	9	6,3
	Dents de sagesse	17	11,8
	Abcès dentaire	21	14,6
	Prothèse dentaire	24	16,7
	Implant	4	2,8
	Détartrage	1	0,7
	Orthodontie	2	1,4

[†]Plusieurs réponses sont possibles

En analysant plus avant ces résultats, on constate que les participants ont tendance à négliger surtout une dent cassée avec 36% des réponses. On peut expliquer ceci par l'aspect non-douloureux de cette affection mais en revanche que la réparation d'une dent cassée peut s'avérer très coûteuse. Arrive ensuite plus loin, la prothèse dentaire chez 17% des répondants, l'abcès pour 15% d'entre eux, l'extraction et les dents de sagesse à égalité avec 12% des réponses.

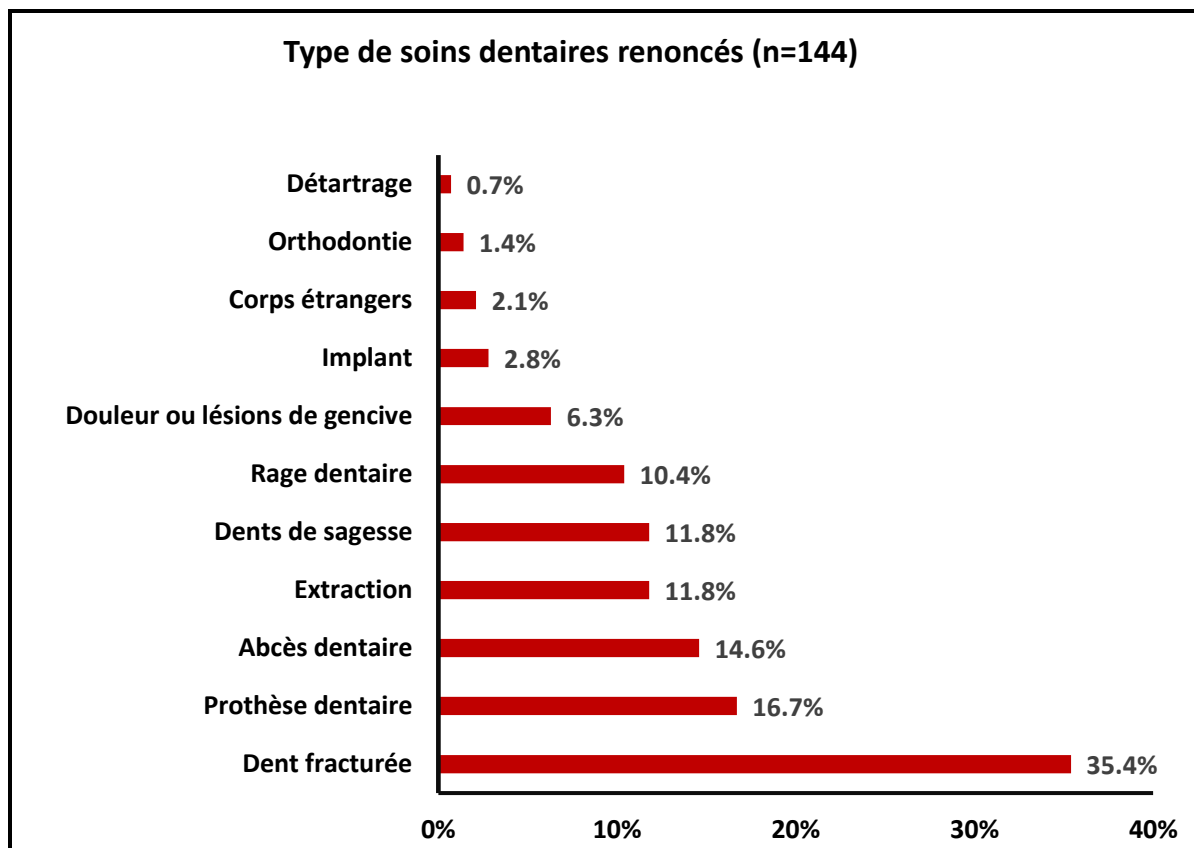


Figure 19: Type de soins dentaires renoncés pour des raisons financières - Etude quantitative nationale au Liban – 2019

L'historgramme de la figure 20 illustre les types de soins dentaires renoncés pour des raisons financières. Les fractures dentaires, les prothèses et les abcès dentaires sont les types les plus cités.

4.2. L'analyse bivariée des résultats détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques / Pré-crise

Après avoir présenté en détail les résultats descriptifs l'étude quantitative et les réponses des participants aux 40 questions du questionnaire qui ont permis de définir la situation bucco-dentaire au Liban et quantifier le recours ou renoncement aux soins dentaires, nous ferons dans la partie suivante une analyse bivariée des facteurs socio-économiques qui entravent ou facilitent ces recours aux soins dentaires.

4.2.1. Les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires

Le tableau 15 ci-dessous résume la relation entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs qui facilitent ou encouragent les consultations au cabinet dentaire.

En analysant les résultats obtenus par rapport aux différents facteurs socio-économiques déterminés dans l'étude nous constatons ce qui suit :

1. Age : les deux critères qui ont été impactés par l'âge des participants étaient selon le tableau un plan de traitement bien défini et les qualités et les normes éthiques du dentiste. Dans le premier facteur, la catégorie des jeunes (18-33 ans) était la plus intéressée par un plan clair de traitement à comparer avec les autres catégories d'âge. Pour les qualités du dentiste, c'est la tranche comprise entre 46 et 64 ans qui était la plus concernée.
2. Genre des participants : une différence homme-femme a été soulevée par rapport à presque tous les critères. Nos résultats montrent que les hommes tiennent plus que les femmes à la relation personnelle avec leur dentiste. Toutefois, parmi tous les autres critères ce sont les femmes qui y sont plus sensibles notamment le coût du traitement, les rendez-vous organisés, le plan clair des soins, la proximité, les qualités du dentiste et les critères du cabinet dentaire.
3. État civil : celui-ci est important dans les deux critères de rappel de rendez-vous par le dentiste et le coût du traitement. On constate que le coût des soins est le moins important chez les célibataires alors qu'il gagne en importance chez les personnes mariées et divorcées ou veuves.
4. Éducation : des différences significatives ont été notées entre les personnes ayant une formation universitaire ou non universitaire sur presque tous les critères déterminés. Les répondants avec une formation post-bac tenaient plus à leur relation avec le dentiste, les rappels et la planification des rendez-vous,

le plan de traitement, les qualités du dentiste et les critères de qualité du cabinet.

5. Profession : le seul facteur qui a présenté une différence significative dans les réponses entre les différentes catégories est le rappel des rendez-vous. Dans ce cas, les personnes travaillant dans le secteur privé ont mentionné ce critère comme important pour elles.
6. Revenu annuel : une nette différence a été notée entre les classes sociales. Les personnes à revenu moyen est haut se distinguaient de celles à bas revenu sur les critères de rappel et planification des rendez-vous, un plan clair du traitement, la proximité et les critères du cabinet.
7. Couverture dentaire : trois facteurs varient significativement entre les personnes bénéficiant de couverture dentaire et celles qui n'en ont pas. Nous retrouvons donc que le coût du traitement, la planification du soin dentaire ainsi que les critères du cabinet influencent les réponses.
8. Localisation géographique ou gouvernorats : des différences significatives ont été notées entre les régions libanaises au niveau de tous les critères sans exception. Une étude ultérieure permettra d'approfondir toutes les différences observées au niveau des gouvernorats et d'explorer leurs déterminants respectifs.

Tableau 15: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Etude quantitative nationale pré-crise au Liban – 2019 - *Valeur significative (p -value <0,05)

Variables	Groupes	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût modéré	Rendez-vous organisés	Plan de traitement bien défini	Proximité	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité et propreté du cabinet
Age (ans)	18 - 33 (n=473)	87 (18,4%)	91 (19,2%)	137 (29,0%)	107 (22,6%)	165 (34,9%)	90 (19,0%)	73 (15,4%)	107 (22,6%)
	34-45 (n=274)	57 (20,8%)	57 (20,8%)	97 (35,4%)	72 (26,3%)	79 (28,8%)	58 (21,2%)	51 (18,6%)	65 (23,7%)
	46 - 64 (n=235)	58 (24,7%)	40 (17,0%)	72 (30,6%)	46 (19,6%)	56 (23,8%)	47 (20,0%)	54 (23,0%)	44 (18,7%)
	65 et plus (n=67)	19 (28,4%)	5 (7,5%)	20 (29,9%)	16 (23,9%)	21 (31,3%)	10 (14,9%)	8 (11,9%)	7 (10,4%)
	<i>p-value</i>	<i>0,110</i>	<i>0,075</i>	<i>0,328</i>	<i>0,349</i>	<i>0,022*</i>	<i>0,687</i>	<i>0,049*</i>	<i>0,069</i>
Genre	Homme (n=629)	148 (23,5%)	105 (16,7%)	181 (28,8%)	131 (20,8%)	162 (25,8%)	99 (15,7%)	93 (14,8%)	100 (15,9%)
	Femme (n=420)	73 (17,4%)	88 (21,0%)	145 (34,5%)	110 (26,2%)	159 (37,9%)	106 (25,2%)	93 (22,1%)	123 (29,3%)
	<i>p-value</i>	<i>0,017*</i>	<i>0,081</i>	<i>0,049*</i>	<i>0,043*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,002*</i>	<i><0,001*</i>
État civil	Célibataire (n=444)	94 (21,2%)	93 (20,9%)	116 (26,1%)	105 (23,6%)	140 (31,5%)	84 (18,9%)	69 (15,5%)	92 (20,7%)
	Divorcé/veuf (n=71)	18 (25,3%)	3 (4,23%)	38 (53,5%)	22 (30,9%)	18 (25,3%)	24 (33,8%)	16 (22,5%)	18 (25,3%)
	Marié (n=525)	109 (20,8%)	97 (18,5%)	172 (32,8%)	114 (21,7%)	163 (31,0%)	97 (18,5%)	101 (19,2%)	113 (21,5%)
	<i>p-value</i>	<i>0,825</i>	<i>0,003*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,261</i>	<i>0,248</i>	<i>0,109</i>	<i>0,175</i>	<i>0,102</i>

Variables	Groupes	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût modéré	Rendez - vous organisés	Plan de traitement bien défini	Proximité	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité et propreté du cabinet
Éducation	Non universitaire (n=510)	90 (17,6%)	78 (15,3%)	194 (38,0%)	103 (20,2%)	119 (23,3%)	96 (18,8%)	76 (14,9%)	92 (18,0%)
	Universitaire (n=534)	131 (24,5%)	115 (21,5%)	129 (24,2%)	138 (25,8%)	198 (37,1%)	109 (20,4%)	109 (20,4%)	129 (24,2%)
	<i>p-value</i>	<i>0,006*</i>	<i>0,009*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,030*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,518</i>	<i>0,020*</i>	<i>0,016*</i>
Profession	Au chômage (n=314)	66 (21,0%)	44 (14,0%)	102 (32,5%)	72 (22,9%)	106 (33,8%)	62 (19,7%)	55 (17,5%)	60 (19,1%)
	Travaille dans le secteur public (n=66)	15 (22,7%)	9 (13,6%)	23 (34,8%)	19 (28,8%)	24 (36,4%)	14 (21,2%)	14 (21,2%)	17 (25,8%)
	Travaille dans le secteur privé (n=651)	135 (20,7%)	135 (20,7%)	201 (30,9%)	143 (22,0%)	189 (29,0%)	128 (19,7%)	116 (17,8%)	145 (22,3%)
	<i>p-value</i>	<i>0,930</i>	<i>0,024*</i>	<i>0,743</i>	<i>0,449</i>	<i>0,203</i>	<i>0,955</i>	<i>0,769</i>	<i>0,368</i>
Revenu annuel	Bas (n=532)	113 (21,2%)	77 (14,5%)	186 (35,0%)	96 (18,0%)	150 (28,2%)	93 (17,5%)	87 (16,4%)	102 (19,2%)
	Moyen (n=335)	72 (21,5%)	79 (23,6%)	102 (30,4%)	100 (29,9%)	108 (32,2%)	83 (24,8%)	71 (21,2%)	92 (27,5%)
	Haut (n=58)	14 (24,1%)	13 (22,4%)	12 (20,7%)	19 (32,8%)	30 (51,7%)	16 (27,6%)	13 (22,4%)	14 (24,1%)
	<i>p-value</i>	<i>0,878</i>	<i>0,002*</i>	<i>0,055*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,001*</i>	<i>0,015*</i>	<i>0,147</i>	<i>0,017*</i>

Variables	Groupes	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût modéré	Rendez - vous organisés	Plan de traitement bien défini	Proximité	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité et propreté du cabinet
Sécurité sociale	Oui (n=722)	160 (22,2%)	139 (19,3%)	215 (29,8%)	181 (25,1%)	243 (33,7%)	163 (22,6%)	152 (21,1%)	186 (25,8%)
	Non (n=322)	61 (18,9%)	53 (16,5%)	110 (34,2%)	57 (17,7%)	74 (23,0%)	42 (13,0%)	33 (10,2%)	35 (10,9%)
	<i>p-value</i>	<i>0,240</i>	<i>0,282</i>	<i>0,158</i>	<i>0,009*</i>	<i>0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>
Couverture dentaire	Oui (n=114)	22 (19,3%)	27 (23,7%)	21 (18,4%)	32 (28,1%)	46 (40,4%)	15 (13,2%)	27 (23,7%)	38 (33,3%)
	Non (n=931)	199 (21,4%)	165 (17,7%)	304 (32,7%)	207 (22,2%)	272 (29,2%)	190 (20,4%)	158 (17,0%)	183 (19,7%)
	<i>p-value</i>	<i>0,608</i>	<i>0,121</i>	<i>0,002*</i>	<i>0,161</i>	<i>0,015*</i>	<i>0,066</i>	<i>0,076</i>	<i>0,001*</i>
Gouvernorat	Baalbek- Hermel-Bekaa (n=138)	19 (13,8%)	29 (21,0%)	33 (23,9%)	36 (26,1%)	39 (28,3%)	18 (13,0%)	24 (17,4%)	12 (8,7%)
	Beyrouth (n=61)	17 (27,9%)	7 (11,5%)	31 (50,8%)	22 (36,1%)	29 (47,5%)	25 (41,0%)	15 (24,6%)	16 (26,2%)
	Liban Nord/ Akkar (n=288)	91 (31,6%)	42 (14,6%)	72 (25,0%)	49 (17,0%)	60 (20,8%)	32 (11,1%)	25 (8,7%)	41 (14,2%)
	Liban Sud /Nabatiyeh (n=202)	14 (6,9%)	49 (24,3%)	80 (39,6%)	56 (27,7%)	90 (44,6%)	42 (20,8%)	40 (19,8%)	65 (32,2%)
	Mont Liban (n=356)	78 (21,9%)	66 (18,5%)	108 (30,3%)	78 (21,9%)	100 (28,1%)	87 (24,4%)	82 (23,0%)	87 (24,4%)
	<i>p-value</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,041*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>

4.2.2. Les facteurs entravant le recours aux soins dentaires

Le tableau ci-dessous résume la relation entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs qui entravent ou empêchent les consultations au cabinet dentaire. Quand on analyse les résultats obtenus par rapport aux différents facteurs socio-économiques déterminés dans l'étude nous constatons ce qui suit :

1. Age : une différence significative a été rapportée pour certains critères. Le coût du traitement est le plus important chez les groupes de plus que 65 ans alors que pour la population active (34-45 ans) le facteur le plus important serait le temps d'attente. Enfin, les plus jeunes sont ceux qui considèrent le plus qu'ils n'ont pas besoin de consulter le dentiste ayant des dents saines.
2. Genre des participants : les femmes ont exprimé beaucoup plus leur crainte envers le dentiste que les hommes. D'autre part, le coût du traitement et le manque de couverture sociale sont plus marquants i pour les femmes que pour les hommes.
3. État civil : aucune différence significative a été notée entre les différentes catégories des personnes interrogées pour aucun des critères entravants déterminés.
4. Éducation : une différence significative se présente entre les universitaires et les non universitaires au niveau du coût du traitement et le temps d'attente chez le dentiste. Ce sont donc les seuls facteurs entravants qui varient entre ces deux catégories.
5. Profession : les répondants au chômage sont ceux qui ont le plus exprimé leur peur ou crainte du dentiste et ce sont eux aussi qui ont le moins de problème avec le temps d'attente à comparer avec les employés du secteur public et du secteur privé.

6. Revenu annuel : une différence significative a été notée entre les différentes catégories sur tous les critères. Les personnes à haut revenu sont celles qui ont exprimé le moins de réserve.
7. Couverture sociale dentaire : les répondants bénéficiant d'une couverture dentaire expriment moins de réserve quant au coût du traitement.
8. Localisation géographique ou gouvernorat : là encore, nous notons une différence significative entre les régions pour tous les facteurs sauf le premier qui est la peur ou crainte du dentiste.

Tableau 16: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs entravant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

Variable	Groupes	Je n'aime pas le dentiste/ peur	J'oublie/ pas de rappel	Coût du traitement/ absence de couverture	Longue attente chez le dentiste/ manque de temps	Je ne sens pas le besoin car mes dents sont saines
Age (ans)	18 - 33 (n=460)	169 (36,7%)	53 (11,5%)	139 (30,2%)	146 (31,7%)	45 (9,8%)
	34-45 (n=270)	87 (32,2%)	26 (9,6%)	101 (37,4%)	102 (37,8%)	10 (3,7%)
	46 - 64 (n=234)	85 (36,3%)	24 (10,3%)	91 (38,9%)	59 (25,2%)	8 (3,4%)
	65 et plus (n=67)	15 (22,4%)	11 (16,4%)	30 (44,8%)	16 (23,9%)	2 (3,0%)
	<i>p-value</i>	<i>0,097</i>	<i>0,428</i>	<i>0,021*</i>	<i>0,011*</i>	<i>0,001*</i>
Genre	Homme (n=623)	181 (29,1%)	75 (12,0%)	198 (31,8%)	205 (32,9%)	40 (6,4%)
	Femme (n=408)	175 (42,9%)	39 (9,6%)	163 (40,0%)	118 (28,9%)	25 (6,1%)
	<i>p-value</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,214</i>	<i>0,007*</i>	<i>0,177</i>	<i>0,85</i>
Etat civil	Célibataire (n=434)	157 (36,2%)	53 (12,2%)	133 (30,6%)	124 (28,6%)	37 (8,5%)
	Divorcé/ veuf (n=71)	18 (45%)	8 (11,26%)	22 (50,7%)	21 (29,58%)	3 (4,22%)
	Marié (n=513)	167 (32,6%)	53 (10,3%)	192 (37,4%)	178 (34,7%)	25 (4,9%)
	<i>p-value</i>	<i>0,578</i>	<i>0,753</i>	<i>0,059</i>	<i>0,115</i>	<i>0,089</i>

Variable	Groupes	Je n'aime pas le dentiste/ peur	J'oublie/ pas de rappel	Coût du traitement/ absence de couverture	Longue attente chez le dentiste/ manque de temps	Je ne sens pas le besoin car mes dents sont saines
Éducation	Non universitaire (n=505)	182 (36,0%)	50 (9,9%)	213 (42,2%)	124 (24,6%)	25 (5,0%)
	Universitaire (n=521)	172 (33,0%)	64 (12,3%)	144 (27,6%)	198 (38,0%)	39 (7,5%)
	<i>p-value</i>	<i>0,308</i>	<i>0,225</i>	<i><0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,093</i>
Profession	Au chômage (n=312)	132 (42,3%)	41 (13,1%)	114 (36,5%)	57 (18,3%)	17 (5,4%)
	Employé secteur public (n=66)	24 (36,4%)	4 (6,1%)	24 (36,4%)	24 (36,4%)	2 (3,0%)
	Employé secteur privé (n=635)	194 (30,6%)	69 (10,9%)	219 (34,5%)	234 (36,9%)	45 (7,1%)
	<i>p-value</i>	<i>0,002*</i>	<i>0,232</i>	<i>0,809</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,327</i>
Revenu annuel	Bas (n=523)	182 (34,8%)	49 (9,4%)	216 (41,3%)	146 (27,9%)	26 (5,0%)
	Moyen (n=326)	120 (36,8%)	32 (9,8%)	101 (31,0%)	117 (35,9%)	30 (9,2%)
	Haut (n=57)	11 (19,3%)	4 (7,0%)	13 (22,8%)	33 (57,9%)	3 (5,3%)
	<i>p-value</i>	<i>0,037*</i>	<i>0,8</i>	<i>0,001*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,048*</i>
	Oui (n=703)	237 (33,7%)	77 (11,0%)	227 (32,3%)	248 (35,3%)	50 (7,1%)
	Non (n=322)	117 (36,3%)	35 (10,9%)	133 (41,3%)	74 (23,0%)	15 (4,7%)
	<i>p-value</i>	<i>0,412</i>	<i>0,968</i>	<i>0,005*</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,135</i>

Variable	Groupes	Je n'aime pas le dentiste/ peur	J'oublie/ pas de rappel	Coût du traitement/ absence de couverture	Longue attente chez le dentiste/ manque de temps	Je ne sens pas le besoin car mes dents sont saines
Couverture dentaire	Oui (n=106)	44 (41,5%)	6 (5,7%)	24 (22,6%)	43 (40,6%)	6 (5,7%)
	Non (n=920)	311 (33,8%)	106 (11,5%)	336 (36,5%)	279 (30,3%)	59 (6,4%)
	<i>p-value</i>	<i>0,114</i>	<i>0,067</i>	<i>0,005*</i>	<i>0,031*</i>	<i>0,763</i>
Gouvernorat	Baalbek-Hermel-Bekaa (n=141)	39 (27,7%)	14 (9,9%)	44 (31,2%)	47 (33,3%)	8 (5,7%)
	Beyrouth (n=61)	21 (34,4%)	4 (6,6%)	24 (39,3%)	28 (45,9%)	3 (4,9%)
	Liban Nord /Akkar (n=287)	96 (33,4%)	56 (19,5%)	77 (26,8%)	73 (25,4%)	13 (4,5%)
	Liban Sud /Nabatiyeh (n=196)	82 (41,8%)	10 (5,1%)	81 (41,3%)	55 (28,1%)	24 (12,2%)
	Mont-Liban (n=343)	117 (34,1%)	30 (8,7%)	132 (38,5%)	118 (34,4%)	17 (5,0%)
	<i>p-value</i>	<i>0,101</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,004*</i>	<i>0,009*</i>	<i>0,013*</i>

* Valeur significative (p-value <0,05)

4.3. L'Analyse multivariée des résultats évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés / pré-crise

Après l'analyse bivariée qui a croisé les facteurs entravant et facilitant le recours aux soins dentaires avec les facteurs socio-démographiques, nous abordons dans la partie suivante une analyse multivariée de tous les facteurs qui ont affecté le renoncement aux soins dentaires.

4.3.1. La prévalence du renoncement aux soins dentaires

La prévalence du renoncement aux soins dentaires au Liban a été calculée selon la formule suivante (114):

$$\text{Prévalence} = \frac{\text{nombre de personnes renonçant aux soins dentaires}}{\text{nombre de personnes qui n'ont pas renoncé aux soins dentaire} + \text{nombre de personnes renonçant aux soins dentaires}}$$

Dans cette analyse, nous observons que la plupart des répondants (76,4 %) n'ont pas renoncé à des soins dentaires, mais parmi ceux qui l'ont fait, plus que la moitié (58,3 %) ont renoncé à des soins dentaires plutôt qu'à d'autres soins médicaux (47,8 %) ou à des soins d'optométrie (11,3 %). Il convient de noter qu'il peut y avoir plus d'une réponse par participant. La prévalence du renoncement aux soins dentaires peut ainsi être estimée à 15,0 % au Liban. (Cf. Tableau 14)

4.3.2. Les facteurs de renoncement aux soins dentaires

Le tableau 29 nous montre en détails les facteurs socio-démographiques et humains qui ont influencé le renoncement aux soins. Ainsi, nous constatons que le taux de renoncement aux soins dentaires a varié significativement selon :

1. Le statut matrimonial : 30% chez les veuves, contre 12,4% chez les célibataires.
2. La formation universitaire : 19,2% des répondants n'ayant pas suivi une formation universitaire ont renoncé à des soins dentaires contre 11,2% seulement des étudiants universitaires.

3. Le revenu familial : les répondants dont le revenu familial annuel moyen est faible présentaient un taux de renoncement aux soins dentaires significativement plus élevé que ceux dont le revenu est moyen ou élevé.
4. La couverture sociale : des taux plus élevés de renoncement aux soins dentaires ont été observés chez les répondants sans couverture sociale et plus particulièrement pour ceux qui ne bénéficient pas d'une couverture dentaire ou d'un remboursement.

Quant aux facteurs humains, on constate aussi que l'oubli, le long temps d'attente/le manque de temps le fait de ne pas ressentir le besoin parce que l'hygiène dentaire personnelle est considérée comme bonne, la relation personnelle avec le dentiste et les qualités et normes éthiques du dentiste ou ses qualités personnelles sont des critères influencent significativement le renoncement aux soins

Tableau 17: Facteurs de renoncement aux soins dentaires chez les enquêtés - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

Variables	Catégories (n)	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=818)	(n=144)	* Fisher exact
Age	18 - 33 ans (n=441)	387 (87,8%)	54 (12,2%)	0,189
	34-45 ans (n=252)	209 (82,9%)	43 (17,1%)	
	46 - 64 ans (n=208)	172 (82,7%)	36 (17,3%)	
	Over 64 ans (n=61)	50 (82%)	11 (18%)	
Genre	Hommes (n=576)	499 (86,6%)	77 (13,4%)	0,097
	Femmes (n=386)	319 (82,6%)	67 (17,4%)	
État civil	Célibataire (n=418)	366 (87,6%)	52 (12,4%)	0,027
	Divorcé/ veuf (n=71)	53 (74,6%)	18 (25,4%)	
	Marié (n=473)	399 (84,4%)	74 (15,6%)	
Niveau éducatif	Non universitaire (n=458)	370 (80,8%)	88 (19,2%)	0,001
	Universitaire (n=499)	443 (88,8%)	56 (11,2%)	
Activité professionnelle	Au chômage (n=294)	253 (85,7%)	42 (14,3%)	0,282
	Secteur public (n=64)	50 (78,1%)	14 (21,9%)	
	Secteur privé (n=586)	500 (85,3%)	86 (14,7%)	
Revenu familial annuel moyen	Bas (n=474)	370 (78,1%)	104 (21,9%)	<0,001
	Moyen (n=321)	292 (91%)	29 (9%)	
	Haut (n=54)	51 (94,4%)	3 (5,6%)	
Couverture sécurité sociale	Non (n=283)	219 (77,4%)	64 (22,6%)	<0,001
	Oui (n=676)	596 (88,2%)	80 (11,8%)	
Couverture ou remboursement des soins dentaires	Non (n=847)	712 (84,1%)	135 (15,9%)	0,034
	Oui (n=113)	104 (92%)	9 (8%)	

Variables	Catégories (n)	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=818)	(n=144)	* Fisher exact
Coût élevé des soins dentaires	Non (n=623)	573 (92%)	50 (8%)	< 0,001
	Oui (n=301)	209 (69,4%)	92 (30,6%)	
Coût correspondant au statut économique	Non (n=666)	607 (91,1%)	59 (8,9%)	<0,001
	Oui (n=277)	196 (70,8%)	81 (29,2%)	
Déteste le dentiste/ peur	Non (n=596)	501 (84,1%)	95 (15,9%)	0,568
	Oui (n=328)	281 (85,7%)	47 (14,3%)	
Manque de confiance	Non (n=913)	774 (84,8%)	139 (15,2%)	0,389*
	Oui (n=11)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Mauvaise expérience	Non (n=893)	755 (84,5%)	138 (15,5%)	1*
	Oui (n=31)	27 (87,1%)	4 (12,9%)	
Équipe d'assistance amicale	Non (n=931)	792 (85,1%)	139 (14,9%)	1*
	Oui (n=12)	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
Relation personnelle avec le dentiste	Non (n=738)	615 (83,3%)	123 (16,7%)	0,004
	Oui (n=205)	188 (91,7%)	17 (8,3%)	
Oubli	Non (n=822)	684 (83,2%)	138 (16,8%)	0,001
	Oui (n=102)	98 (96,1%)	4 (3,9%)	
Long temps d'attente/ manque de temps	Non (n=625)	513 (82,1%)	112 (17,9%)	0,002
	Oui (n=299)	269 (90%)	30 (10%)	
Rappel de la part du dentiste	Non (n=763)	647 (84,8%)	116 (15,2%)	0,562
	Oui (n=180)	156 (86,7%)	24 (13,3%)	
Rendez-vous organisés, pas d'attente	Non (n=718)	606 (84,4%)	112 (15,6%)	0,283
	Oui (n=225)	197 (87,6%)	28 (12,4%)	

Variables	Catégories (n)	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=818)	(n=144)	* Fisher exact
Long trajet	Non (n=897)	761 (84,8%)	136 (15,2%)	0,286*
	Oui (n=27)	21 (77,8%)	6 (22,2%)	
Proximité	Non (n=756)	644 (85,2%)	112 (14,8%)	1
	Oui (n=187)	159 (85%)	28 (15%)	
Ne ressent pas le besoin car les dents sont saines	Non (n=864)	723 (83,7%)	141 (16,3%)	0,003
	Oui (n=60)	59 (98,3%)	1 (1,7%)	
Douleur	Non (n=938)	798 (85,1%)	140 (14,9%)	1*
	Oui (n=5)	5 (100%)	0 (0%)	
Doute sur la propreté des instruments	Non (n=906)	766 (84,5%)	140 (15,5%)	1*
	Oui (n=18)	16 (88,9%)	2 (11,1%)	
Modernité du cabinet	Non (n=738)	632 (85,6%)	106 (14,4%)	0,438
	Oui (n=205)	171 (83,4%)	34 (16,6%)	
Présence d'un plan clair/ confiance dans la qualité	Non (n=658)	644 (85,2%)	112 (14,8%)	1
	Oui (n=285)	159 (85%)	28 (15%)	
Qualités personnelles, professionnelles et éthiques du dentiste	Non (n=772)	667 (86,4%)	105 (13,6%)	0,024
	Oui (n=171)	136 (79,5%)	35 (20,5%)	

Le modèle de régression logistique du tableau 3 confirme que les facteurs qui augmentent le renoncement aux soins dentaires sont : un revenu familial annuel moyen plus faible ($p=0,001$), l'absence de couverture sociale ($OR=0,492$; $p=0,003$; $IC= [0,308;0,786]$), le fait de ne pas en ressentir le besoin ($OR=8,815$; $p=0,034$; $IC=[1,173-66,246]$), la longue attente/le manque de temps ($OR=2,050$; $p=0,004$; $IC=[1,255-3,348]$), et l'oubli ($OR=5,153$; $p=0,008$; $IC=[1,545-17,184]$).

D'autres facteurs diminuent significativement l'évitement des soins dentaires : les qualités, les normes éthiques ou les qualités personnelles du dentiste ($OR=0,531$; $p=0,015$; $CI= [0,319-0,883]$), et le coût en fonction du statut économique ($OR=0,279$; $p<0,001$; $CI=0,181-0,430$).

Tableau 18: Régression logistique des facteurs affectant le renoncement aux soins dentaires au Liban - Étude quantitative nationale pré-crise au Liban - 2019

Variables	B	df	Sig.	OR	95% C.I.	
					Lower	Upper
Age	0,013	1	0,157	1,013	0,995	1,032
Genre (femme)	-0,370	1	0,099	0,691	0,445	1,072
État civil célibataire		2	0,910			
État civil divorcé / veuf	0,067	1	0,804	1,069	0,631	1,812
État civil marié	0,153	1	0,694	1,166	0,543	2,502
Niveau éducatif (haut)	-0,005	1	0,984	0,995	0,621	1,596
Revenu annuel familial moyen (bas)		2	0,001			
Revenu annuel familial moyen (moyen)	0,924	1	0,144	2,520	0,728	8,719
Revenu annuel familial moyen (haut)	0,026	1	0,969	1,026	0,286	3,677
Couverture sécurité sociale	-0,709	1	0,003	0,492	0,308	0,786
Couverture dentaire	0,491	1	0,241	1,634	0,719	3,713
Qualités personnelles, professionnelles et éthiques du dentiste	-0,633	1	0,015	0,531	0,319	0,883
Relation personnelle avec le dentiste	0,388	1	0,210	1,474	0,804	2,704
Coût correspondant au statut économique	-1,275	1	<0,001	0,279	0,181	0,430
Ne ressent pas le besoin car les dents sont saines	2,176	1	0,034	8,815	1,173	66,246
Long temps d'attente/ manque de temps	0,718	1	0,004	2,050	1,255	3,348

Oubli	1,640	1	0,008	5,153	1,545	17,184
Constant	-6,304	1	<0,001	0,002		
a. Variable(s) introduite(s) à l'étape 1 : Âge, sexe, état civil, niveau d'éducation, revenu familial annuel moyen, couverture sociale, couverture des soins dentaires, qualités et normes éthiques du dentiste / qualités personnelles, relation personnelle avec le dentiste, coût adapté au statut économique, je n'en ressens pas le besoin, longue attente / manque de temps, oublis.						
Méthode de régression logistique : enter ; pourcentage global 84,2% ; test Omnibus p-value < 0,001 ; test Hosmer et Lemeshow p-value = 0,711 ; Nagelkerk R square = 0,268						

5. La discussion des résultats quantitatifs pré-crise

Cette enquête nationale transversale est la première à s'intéresser à l'accès et au recours aux soins de santé et plus particulièrement aux soins dentaires au Liban. Nos résultats montrent que la prévalence du renoncement aux soins en général est de 23,1% dans la population libanaise. De plus, le renoncement aux soins dentaires est le plus fréquent, il représente 58% de l'ensemble du renoncement aux soins. Cette situation a été observée alors qu'il existe une offre de soins dentaires au Liban pléthorique (128 dentistes pour 100 000 habitants), écartant ainsi l'hypothèse d'un manque de soins (83,87). D'autre part, nos résultats montrent que seulement 4,7% de la population libanaise a consulté un dentiste au cours de l'année écoulée. Ce résultat contraste avec les travaux antérieurs de Sacy et Kasparian au début des années 2000 qui montraient que 15 à 30 % des Libanais consultaient annuellement pour des soins dentaires (76,95). Le niveau de renoncement aux soins que nous avons observé est très proche des résultats d'une étude française qui a montré que 25,4% de la population renonçait à des soins et que 58% de cette population renonçait à des soins dentaires avant les autres (116).

Facteurs de renoncement aux soins dentaires

Nos résultats illustrent que les facteurs de renoncement aux soins dentaires au Liban sont multifactoriels et ne se limitent pas au niveau financier (faible revenu familial annuel moyen, absence de couverture sociale). Ainsi, nous observons un rapport de 1 à 4 dans le renoncement aux soins dentaires entre les revenus les plus élevés et les plus faibles au Liban. Ces résultats montrent également que le coût est la raison la plus fréquente du renoncement aux soins dentaires, surtout en l'absence de couverture sociale spécifique. En effet, les Libanais sans couverture sociale sont deux fois plus susceptibles de renoncer aux soins (OR : 2,034, CI : 1,258-3,289). Les soins bucco-dentaires ne sont pas inclus dans la couverture des soins primaires dans la plupart des pays, et le Liban n'échappe pas à cette règle (12,34): l'accès à l'assurance maladie est lié au statut professionnel. Ainsi, les personnes les plus

vulnérables socialement (bas salaires, chômeurs...) sont aussi celles qui ne bénéficieront pas d'une telle couverture limitant leur accès aux soins. Le revenu disponible après avoir payé les dépenses fixes de la famille (loyer, nourriture, électricité, transport, etc.) n'est plus suffisant pour couvrir les frais de santé. Le système de sécurité sociale devient alors un amplificateur des inégalités de santé et n'a plus le rôle d'amortisseur social que l'on pourrait attendre de lui. Ainsi, il a été montré par Gilbert et al que les patients qui ont recours aux soins dentaires sont ceux qui en auraient le moins besoin (117). Les patients à faible revenu ne peuvent pas assumer seuls cette dépense. Par ailleurs, Pegon-Machat et al rappellent que les patients en situation de fragilité sociale perçoivent peu ou pas du tout le besoin de soins (118). Ainsi, dans un contexte de difficultés multiples, ces patients se protègent psychologiquement en considérant la maladie comme un événement extérieur à eux-mêmes. Il est essentiel que les autorités sanitaires mettent tout en œuvre pour lutter contre le creusement des inégalités sociales de santé, au détriment des plus démunis, qui limitera à terme le développement économique du pays (119,120).

En attendant ce soutien financier, qui ne peut être mis en œuvre qu'à long terme, il est essentiel d'encourager la population à utiliser les services des centres de soins primaires agréés par le ministère de la santé publique (MSP). Ceux-ci peuvent être gérés par le MSP, les municipalités, des associations caritatives nationales ou internationales. Il est nécessaire d'encourager ces structures à développer une offre alternative de soins dentaires primaires (urgences, traitement des caries, etc.) pour favoriser l'accès aux soins (108). La nécessité d'un plan d'action national par le ministère libanais de la santé publique pour réduire le fardeau des maladies bucco-dentaires est urgente. Cependant, un tel plan doit également s'intéresser à la formation des professionnels et à l'éducation sanitaire de la population.

En effet, les facteurs liés aux dentistes, tels que leurs qualités humaines et personnelles et leur respect des normes éthiques, réduisent le renoncement aux soins dentaires selon nos résultats. Cela rejoint les conclusions d'autres études qui

soulignent l'importance des compétences des dentistes (121) et d'une bonne relation avec eux (122,123) et leur équipe pour améliorer le recours aux soins bucco-dentaires. Néanmoins, les perceptions négatives des dentistes par les patients sont courantes et les professionnels libanais y sont confrontés. Dans notre étude, 86 % des Libanais ont exprimé leur peur des dentistes, et 20 % de ceux qui renoncent à des soins le font par manque de confiance dans les praticiens. Il s'agit d'un obstacle important et bien connu aux soins, connu sous le nom de "cercle vicieux de l'anxiété dentaire" de Berggren. Le patient passe par 4 étapes : 1 - la peur ou l'anxiété (qui entraîne) 2 - l'évitement des soins (qui entraîne) 3 - la détérioration des dents (qui entraîne) 4 - la honte/la culpabilité/le sentiment d'infériorité qui entraîne à son tour la peur, etc. (124). Pour lutter contre ce phénomène, les professionnels doivent être formés à l'accueil et à la prise en charge du patient, à la qualité de la relation soignant-soigné et à la qualité des soins (125). Au total, la formation des professionnels à l'évolution de leurs pratiques est essentielle pour améliorer la santé bucco-dentaire de la population. Ainsi, en luttant contre les représentations négatives de la profession, il est possible d'augmenter l'acceptation des soins dentaires par la population (126).

Nos résultats montrent que les patients considèrent les consultations régulières chez le dentiste comme importantes pour la prévention et que le premier motif de consultation reste la douleur qui résiste à l'automédication (antalgiques, bains de bouche, etc.). Ceci est cohérent avec les données internationales qui confirment cette observation : en Amérique du Nord, la douleur est l'une des principales causes de recours aux soins dentaires (127). Ceci confirme l'importance d'engager la population dans des programmes de promotion de la santé afin de lui donner la capacité d'adopter des comportements préventifs et de ne pas se contenter d'être curatif face à une situation aiguë. L'organisation de programmes de prévention, comme "M'T Dents" en France par exemple, qui encouragent les jeunes à adopter de bonnes habitudes, est essentielle (112). Outre la prise en charge directe des soins dentaires des enfants (réduction de la prévalence des caries entre 6 et 12 ans), ces programmes leur permettent d'adopter des comportements qui les amèneront à recourir à des soins

préventifs à l'âge adulte. Cependant, la mise en œuvre de tels programmes prend du temps. C'est pourquoi il peut être judicieux de commencer par organiser des journées portes ouvertes (consultations gratuites) dans les cliniques et les cabinets, en particulier dans les zones rurales et défavorisées. Ces activités permettraient non seulement d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire de la population, mais aussi de créer un contact direct entre les patients et les dentistes afin de minimiser la peur des individus vis-à-vis de ces professionnels.

Points forts et limites de l'étude

Cette étude est la première enquête nationale représentative menée au Liban pour évaluer les facteurs sociodémographiques, économiques et liés aux dentistes qui influencent le renoncement aux soins dentaires et sa prévalence. Cependant, certaines limites doivent être discutées. Tout d'abord, la méthode de sélection des répondants peut sembler inhabituelle, mais il est nécessaire de souligner qu'au Liban, les citoyens sont inscrits sur les listes électorales en fonction de leur ville d'origine et non de leur ville de résidence. Cela ne reflète pas la répartition de la population dans le pays. D'autre part, les statistiques sur les résidences principales n'étaient pas non plus utilisables car ce concept est vague et de nombreuses familles libanaises ont plus d'une résidence principale. De plus, ces statistiques ne tiennent pas compte de la composition des ménages. Le choix d'un échantillon construit à partir des sites scolaires nous a donc permis de définir une population que nous pensons représentative car basée sur les lieux de vie des Libanais.

Le thème de cette étude nous amène à évoquer un possible biais de désirabilité sociale. Devant un enquêteur, il peut être difficile de déclarer un problème financier conduisant, par exemple, à réduire les dépenses de santé pour soi ou sa famille ou un manque de soins dû à une négligence personnelle. Nous ne pouvons pas exclure que certains répondants soient concernés. Cela conduirait à une sous-estimation du renoncement aux soins et à une sous-estimation des facteurs influençant le recours

aux soins dentaires. Cependant, nous pensons que la cohérence de nos résultats avec ceux d'autres études internationales montrent que ce biais a eu un effet limité. De plus, l'utilisation d'enquêteurs professionnels formés pour cette étude a certainement contribué à limiter ce biais.

Une dernière limite concerne la population étudiée. Ce travail ne décrit que le comportement en matière de soins dentaires de la population libanaise âgée de plus de 18 ans. Nous pensons que cela a peu d'impact sur nos résultats car les parents appliquent à leurs enfants les mêmes facteurs d'accès aux soins dentaires (à la fois inhibiteurs et facilitateurs), surtout en l'absence d'un cadre institutionnel de prévention ciblant spécifiquement les enfants. Par conséquent, ils n'ont pas d'autres canaux d'information sur la santé bucco-dentaire que leurs parents.

Chapitre IV- Le renoncement aux soins dentaires au Liban. Étude quantitative - Évaluation de la situation post-crise à Beyrouth.

1. Introduction

Entre juillet et septembre 2019, nous avons mené l'étude quantitative qui avait pour objectif d'évaluer le renoncement aux soins dentaires au Liban ainsi que de comprendre les facteurs facilitants et entravants. Ces résultats exposés dans les chapitres précédents, ont permis d'identifier et de mesurer les déterminants du recours aux soins dentaires au Liban dans le but de proposer une promotion de ce recours et réduire les inégalités d'accès aux soins dentaires.

Cependant, l'instabilité géopolitique du Liban a conduit à des événements politiques qui furent déclenchés en Octobre 2019, suivis par une crise économique sans précédent conjuguée à la pandémie de Covid 19 et aux répercussions de l'explosion du port de Beyrouth le 4 Août 2020. Comme le projet doctoral était en cours, il nous a alors semblé intéressant de conduire un travail complémentaire dans ce projet doctoral en menant une nouvelle enquête sur les freins aux recours aux soins dentaires en contexte de crise économique. Il s'agissait pour nous de conditions quasi expérimentales. Nous avons enregistré quelques mois plus tôt la perception de la population libanaise en routine et nous avons la possibilité de confronter ce 1^{er} résultat à celui d'une partie de cette même population dans une situation économique et sociale totalement différente.

Le 17 octobre 2019, une mobilisation révolutionnaire populaire au Liban se souleva à la suite d'événements politiques divers et ce fut le début d'une longue crise qui prit des aspects différents, notamment socioéconomiques dont les répercussions tiennent à nos jours. Cette crise inédite se manifesta par un blocage monétaire par les banques des économies du peuple libanais qui, depuis, n'a plus accès à son

épargne. En parallèle, une dévaluation de la monnaie locale suite à l'inflation s'installe et la livre libanaise perd plus de 90% de sa valeur contre le dollar américain. Cette situation économique provoque une diminution du pouvoir d'achat des libanais qui, pendant de longs mois, limitèrent leurs dépenses aux denrées essentielles uniquement (128). Comme cette période coïncidait avec la crise mondiale de COVID-19, le système économique libanais fragilisé se trouva affaibli doublement et des changements majeurs dans le mode de vie des Libanais, de leur santé physique et mentale se produisent (129).

Comme le dit Rutebeuf (130), un malheur n'arrive jamais seul, et donc presque un an après le début de cette crise, Beyrouth fut secouée le 4 Août 2020 par une des plus grandes explosions non nucléaires au monde qui détruisit la moitié de sa capitale et provoqua plus que 200 morts, 7000 blessés et plus que 300 000 déplacés suite à la destruction de leurs domiciles, leurs commerces ou bureaux (131). Cette longue et difficile période fut chargée de stress, d'anxiété, de dépression et de peur et ceci impacta tous les aspects de la vie des libanais qui changèrent significativement leur approche de la vie en se concentrant uniquement sur les choses essentielles et majeures mettant de côté beaucoup d'autres aspects, dont notre objet d'étude, la santé buccodentaire (132).

Par ailleurs, l'explosion du port de Beyrouth provoqua la destruction de plusieurs cabinets dentaires, compromettant ainsi la présence des dentistes et leur disponibilité pour les résidents de la capitale (133). Suite donc à toutes ces crises successives, nous avons observé la nécessité de réévaluer nos résultats à la lumière de la situation post-crise. Nous avons donc décidé de réétudier, l'ampleur de la renonciation aux soins dentaires et explorer tous ses déterminants anciens et nouveaux dans l'objectif de faire une comparaison directe avec la situation d'avant 2019 afin de sortir les recommandations et proposer les actions nécessaires et appropriées.

2. Les objectifs de l'étude quantitative post-crise

Ce travail supplémentaire né, de l'évolution de la situation libanaise, n'était initialement pas prévue. Mais il est rapidement apparu qu'il s'agissait d'une opportunité unique d'estimer l'impact d'une crise économique majeure sur le comportement de santé d'une population enquêtée quelques mois auparavant de ladite crise. Cette étude avait les mêmes objectifs que l'étude pré-crise menée entre juillet et septembre 2019.

Ainsi, l'objectif principal était d'évaluer la prévalence du renoncement aux soins dentaires au Liban ainsi que ses différents déterminants socio-économiques durant la période crise-explosion. Les objectifs secondaires étaient :

1. Quantifier l'état actuel du recours/non recours aux soins dentaires durant cette nouvelle période à Beyrouth.
2. Analyser les facteurs prédisposants, facilitants du recours/non recours aux soins dentaires à Beyrouth.
3. Évaluer les facteurs qui affectent le renoncement aux soins en particulier à Beyrouth.

Par la comparaison des résultats de ce 2^{ème} volet avec nos premiers résultats il sera possible de comprendre l'impact de ces événements sur le recours aux soins et adapter les recommandations de politique de santé

3. La méthodologie de l'étude quantitative post-crise

3.1. La conception de l'étude

Cette nouvelle étude s'est concentrée sur les habitants de la ville de Beyrouth qui étaient en sus des crises économique et sanitaires, affectés par l'explosion du port. Pour cela, elle fut adaptée et les questionnaires étaient remplis lors d'un entretien téléphonique avec les enquêtés en Février 2021.

3.2. Le calcul de l'échantillon

En se basant sur les chiffres adoptés dans l'étude quantitative pré-crise où le nombre des répondants de tout Beyrouth atteignait 61 personnes, nous avons estimé que 100 personnes résidentes dans la capitale constitueraient un échantillon exploratoire (89) représentatif de cette population.

3.3. La procédure d'échantillonnage

Étant donné la complexité de la situation sanitaire et sociale des habitants de Beyrouth, nous avons choisi de mener une enquête téléphonique auprès des habitants de Beyrouth. Une enquête de terrain était impossible du fait du confinement lors du recueil des données, l'état psychologique des gens et le déplacement de beaucoup de ménages dû à l'explosion. Nous avons sélectionné au hasard les numéros de gens à appeler sur des listes téléphoniques des habitants de cette zone. L'institut de sondage a sélectionné au hasard jusqu'à obtenir 105 numéros de téléphone (générateur de chiffres aléatoire). Les participants étaient appelés sur leur numéros de téléphone portable, vu que beaucoup d'entre eux avaient quitté leurs domiciles à cause de l'explosion et que les centrales téléphoniques de la région étaient également affectées, donc difficilement joignables autrement.

3.4. L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire de l'étude de 2019 a été repris avec un format plus réduit amputé de 15 questions qui au final n'ont pas apportées d'éléments décisifs sur la

compréhension de la situation libanaise. Ainsi le questionnaire (Annexe 5) était divisé selon les thèmes suivants :

1. Facteurs socio-démographiques.
2. Pratique du recours aux soins.
3. Facteurs entravants et facilitants le renoncement aux soins.
4. Critères du choix du dentiste et ses attributs.
5. Connaissances en matière de santé et santé buccodentaire.
6. Situation financière et couverture santé.

3.5. L'analyse statistique

Le logiciel statistique IBM SPSS (version 25, USA) a été utilisé pour l'analyse statistique des données. La moyenne et l'écart-type ont été calculés pour décrire les variables quantitatives. Les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire les variables qualitatives. L'analyse univariée (test du chi carré de Pearson ou test exact de Fisher) a été suivie d'une régression logistique binaire (incluant les variables ayant une valeur $p = < 0,2$ dans l'analyse univariée et excluant celles qui étaient fortement corrélées entre elles), en utilisant la méthode enter. Le niveau de signification adopté correspond à une valeur $p \leq 0,05$.

4. Les résultats de l'étude quantitative post-crise

Comme pour l'étude pré-crise, les résultats seront présentés en 3 parties :

A- Une partie descriptive qui couvre la totalité du nouveau questionnaire (25 questions) faisant un point sur l'état des lieux après l'explosion, du renoncement et du recours aux soins.

B- Une partie analytique bivariée détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques.

C- Une partie analytique multivariée évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés

4.1. Les résultats Descriptifs

Dans la partie suivante, nous couvrirons les réponses des 25 questions de l'enquête. Elles ont été groupées par thème et chaque catégorie sera commentée et représentée par un graphe.

4.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

L'échantillon interrogé était descriptif de la population de la ville de Beyrouth. Parmi les 195 personnes contactées, 105 sujets (63 hommes et 42 femmes) d'âge moyen $39,5 \pm 11,6$ ans (Amplitude : 18 – 63 ans) ont été inclus dans l'étude. Le taux de réponse était donc de 53,85%. L'âge moyen des hommes était de $37,6 \pm 10,9$ ans (Amplitude : 19 – 62 ans) et celui des femmes était de $42,3 \pm 12,1$ ans (Amplitude : 22 – 63 ans). L'indice moyen de masse corporelle était de $26,01 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,62 \text{ Kg/m}^2$. 73% des personnes interrogées ont fait des études universitaires, 13,3% sont au chômage et plus de la moitié (64%) travaillent dans le secteur privé.

Tableau 19: Caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Situation matrimoniale	Célibataire	20	20,0
	Divorcé(e)/ Veuf(ve)	4	3,8
	Marié(e)	80	76,2
Niveau éducatif	Non Universitaire	28	26,7
	Universitaire	77	73,3
Profession	Ne travaille pas	14	13,3
	Travaille dans un secteur public	23	21,9
	Travaille dans un secteur privé	68	64,8

4.1.2. La pratique du recours aux soins

La partie ci-dessous sera consacrée à la compréhension des habitudes dentaires des personnes interrogées durant la période crise-explosion. Nous constatons que seules 5% des personnes interrogées ont consulté leur dentiste dans l'année écoulée dont 24% pour des urgences (douleurs et accidents). Cependant, 65% déclarent qu'une consultation du dentiste est utile pour la prévention des maladies bucco-dentaires et 76% sont convaincues qu'elle est nécessaire pour un diagnostic précoce de celles-ci.

Tableau 20: Pratiques du recours aux soins dentaires des participants de l'étude quantitative post-crise au Liban en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Dernière consultation chez le dentiste	Moins de 6 mois	1	0,95
	Entre 6 mois et un an	4	3,8
	1 an et plus	100	95,2
	Je n'ai jamais eu de soins dentaires	0	0
Cause de cette dernière consultation dentaire	Consultation régulière	19	18,1
	Urgence (douleur et accident)	25	23,8
	Traitement spécifique	61	58,1
Vous pensez que la consultation régulière chez le dentiste	N'est pas nécessaire	9	8,6
	Pour le seul bénéfice du dentiste et attirer de la clientèle	1	1,0
	Utile pour la prévention	68	64,8
	Nécessaire pour le diagnostic précoce des maladies bucco-dentaires	80	76,2

4.1.3. Les facteurs entravants et facilitants le recours aux soins dentaires

4.1.3.1. Les facteurs entravant la consultation chez le dentiste

Le coût du traitement est incontestablement le facteur majeur qui freine la consultation chez le dentiste pour 41% des répondants suivi par les contraintes de l'attente et du manque de temps (33%). Pour 18% des personnes interrogées la pandémie du COVID19 s'est avérée être un frein au recours aux soins dentaires.

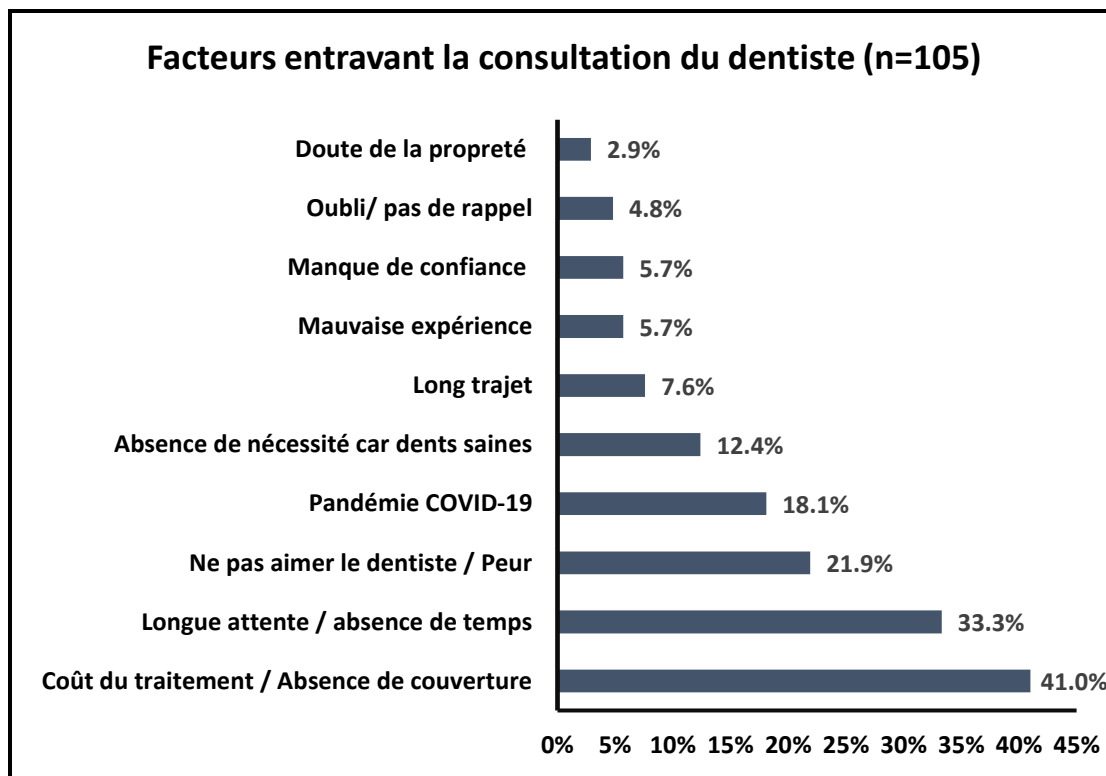


Figure 20: Facteurs entravant la consultation du dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

L'histogramme de la figure 20 illustre les facteurs entravant la consultation du dentiste à Beyrouth en post-crise. Le coût du traitement, les longues attentes, la peur du dentiste et le Covid19 marquent les plus hauts pourcentages parmi les réponses des enquêtés.

4.1.3.2. Les facteurs qui facilitent ou encouragent une consultation chez un dentiste

Selon les enquêtés, plusieurs facteurs pourraient faciliter la consultation d'un dentiste. L'existence d'un plan clair du traitement est le critère essentiel (60%) suivi par la prise de rendez-vous organisée (54%). Toutefois, on constate qu'un coût adapté du traitement (51%) ainsi que la propreté du cabinet sont aussi des facteurs facilitants fréquemment rapportés (49%).

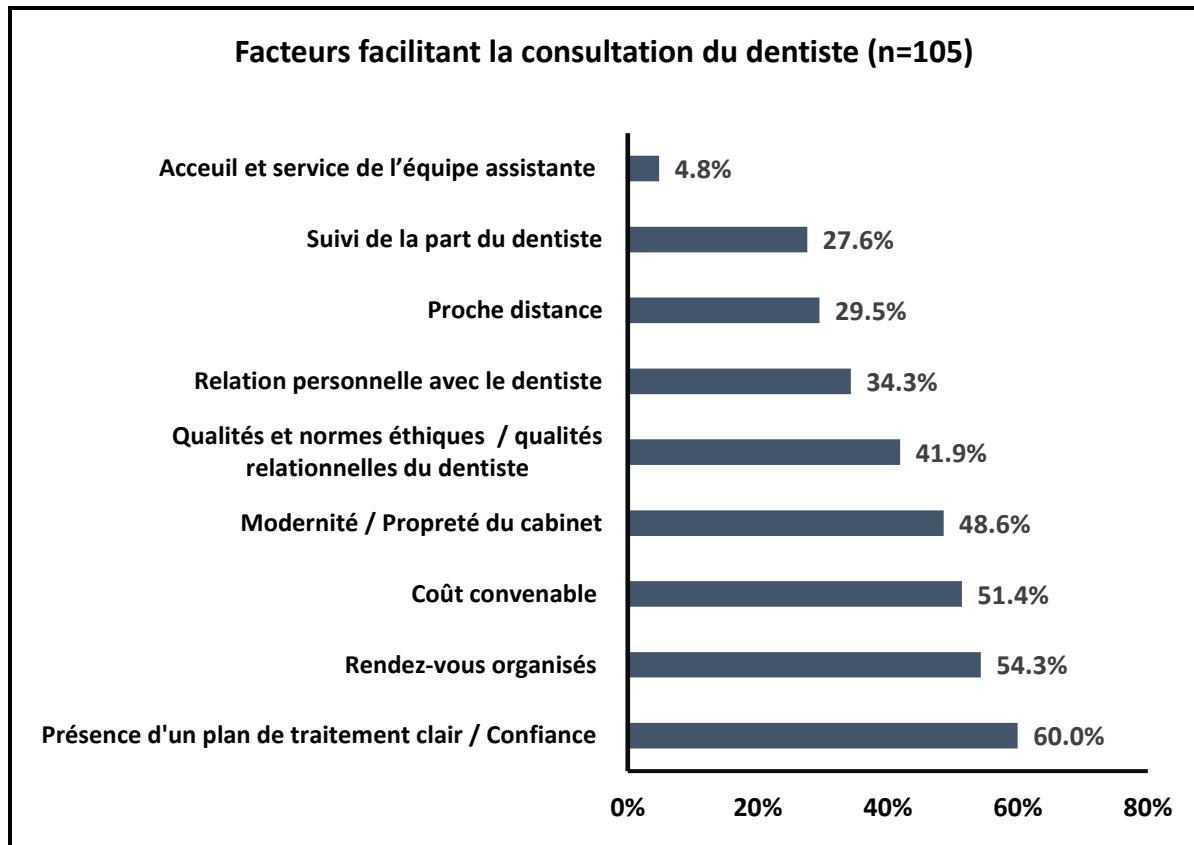


Figure 21: Facteurs facilitant la consultation chez le dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise au Liban en 2021

L'histogramme de la figure 21 illustre les facteurs facilitant la consultation du dentiste à Beyrouth en post-crise. La clarté du plan de traitement, l'organisation des rendez-vous et le coût convenable sont en tête de liste suivis par la propreté du cabinet et les qualités personnelles du dentiste.

4.1.4. Les critères du choix du dentiste et ses qualités

Cette partie abordera les critères de sélection du dentiste ainsi que la perception des enquêtés sur ses qualités sur le plan professionnel et relationnel.

4.1.4.1. Lieu de soins dentaires

Comme dans nos résultats de pré-crise nos résultats de post-crise montrent qu'une majorité écrasante des participants sont pris en charge dans un cabinet privé et seuls 1,9% des répondants seraient suivis dans un dispensaire.

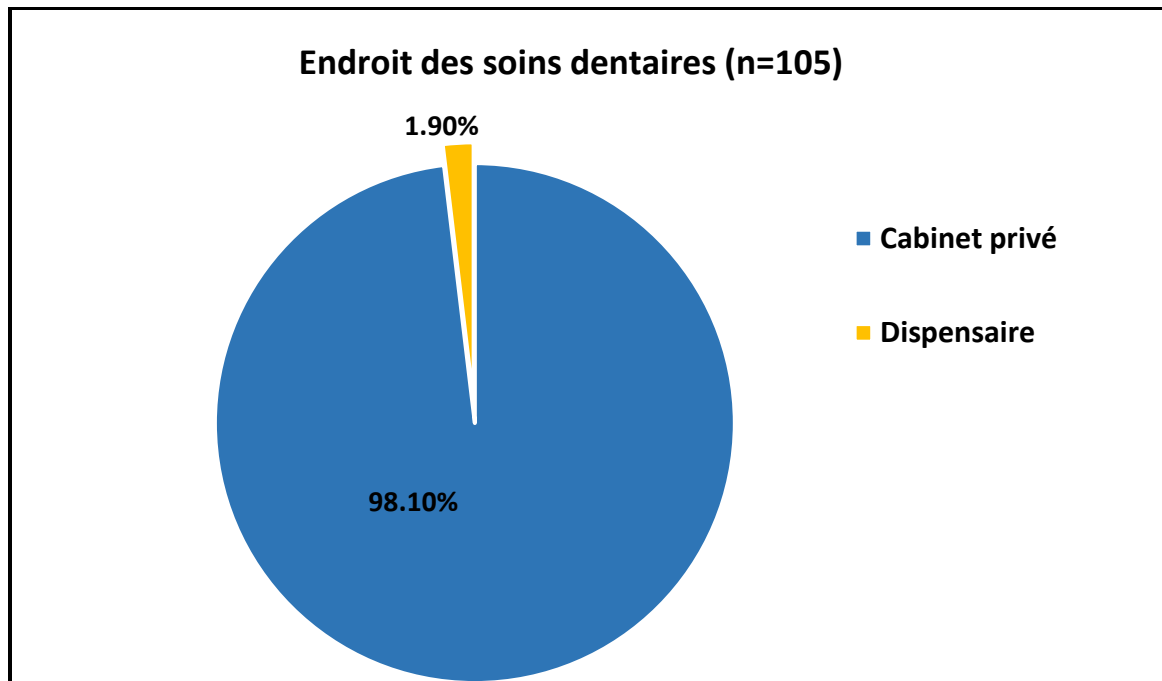


Figure 22: Lieu des soins dentaires des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

La figure 22 montre que le lieu de soins dentaires préféré des habitants de Beyrouth reste le cabinet privé et ceci à majorité écrasante de 98%.

4.1.4.2. Les critères de choix de son dentiste

Les 2 critères les plus importants pour choisir son dentiste sont d'abord son expérience professionnelle (80%) puis sa réputation (66%). Le fait qu'il soit recommandé par une connaissance et que les tarifs ne soient pas perçus comme chers comptent aussi pour environ 40% des personnes. Aucun répondant ne prend en compte le genre du dentiste dans son choix.

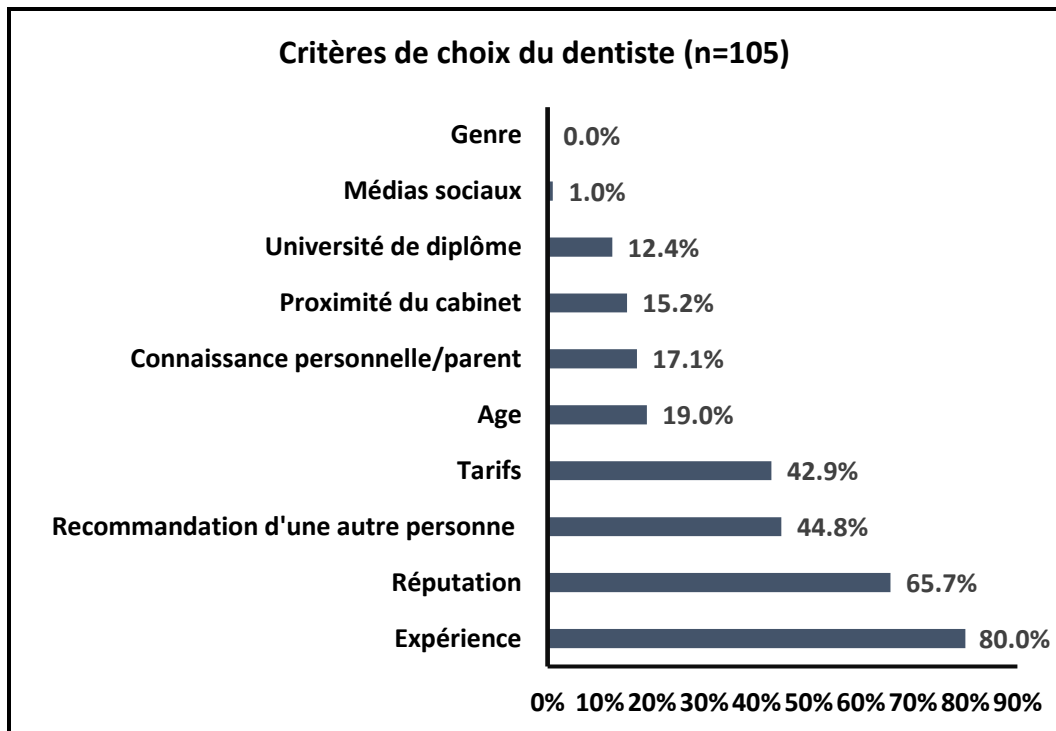


Figure 23: Critères de choix du dentiste des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

L'histogramme de la figure 23 expose les critères de choix du dentiste par les habitants de Beyrouth en post-crise. L'expérience, la réputation, la recommandation d'une autre personne et les tarifs sont les critères les plus cités.

4.1.4.3. Le genre préféré du dentiste

Si pour 78% des hommes et 60% des femmes le genre du dentiste qui les prendra en charge n'a pas d'importance, pour les 22% et 40% restant le choix se portera le plus souvent sur un homme comme l'indique le tableau suivant

Tableau 21: Genre préféré du dentiste selon le sexe des participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2022

Participants	Dentistes	Effectifs	Pourcentages (%)
Homme (n=63)	Homme	11	17,5
	Femme	3	4,8
	Pas de différence	49	77,8
Femmes (n=42)	Homme	13	31
	Femme	4	9,5
	Pas de différence	25	59,5

4.1.4.4. Fidélité envers son dentiste

La moitié des répondants confirment avoir un seul dentiste pour toute la famille et les trois quarts sont fidèles à un même dentiste.

Tableau 22: Fidélité envers son dentiste selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2022

		Effectifs	Pourcentages (%)
Avez-vous un seul dentiste référent de famille	Oui	53	50,5
	Non	52	49,5
Êtes-vous fidèle au même dentiste	Oui	78	74,3
	Non	27	25,7

4.1.4.5. Description du dentiste

52,3% des participants ont attribué des traits positifs à leurs dentistes. Il est décrit comme une personne méticuleuse, assidue et sérieuse par 43,6% alors que 21% n'ont rien trouvé de spécial et l'ont considéré une personne ordinaire.

D'autre part, 26,7% des répondants ont attribué des traits négatifs. 28 répondants (17,1%) ont considéré que le dentiste fait peur, est cruel et peut être source de douleur et 8,1% ou 9 personnes l'ont considéré matérialiste.

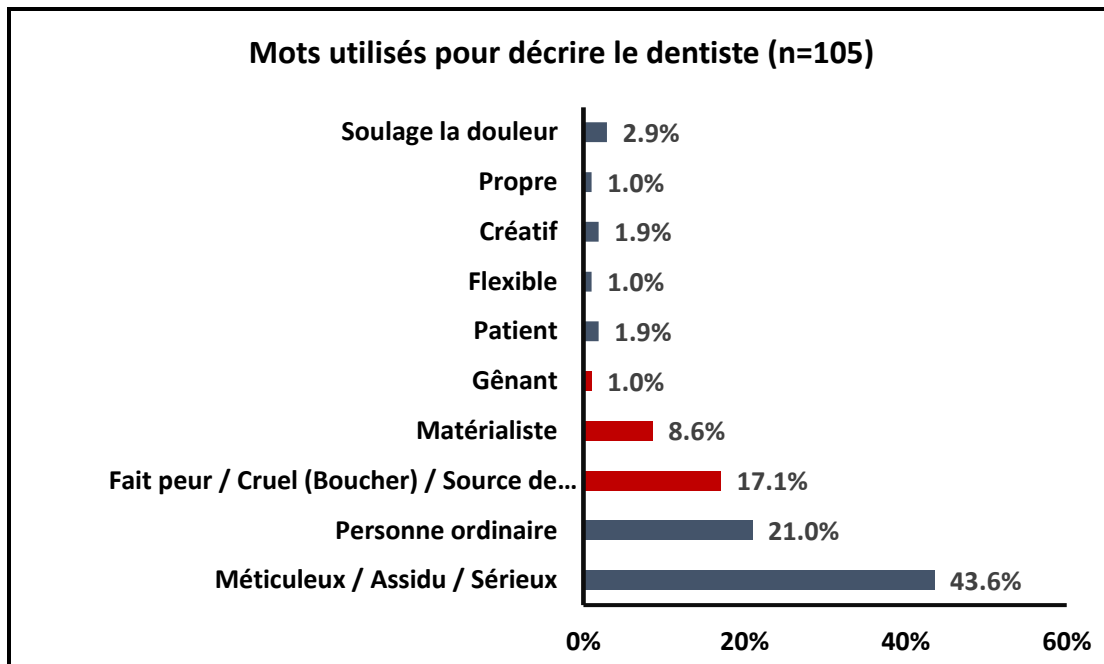


Figure 24: Description du dentiste des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

L'histogramme de la figure 24 illustre les mots utilisés pour décrire le dentiste dans l'étude post-crise. Dans la description positive les mots utilisés le plus sont « méticuleux », « assidu » et sérieux. Dans la description négative les mots les plus utilisés sont « fait peur », « cruel », « source de douleur » et « matérialiste ».

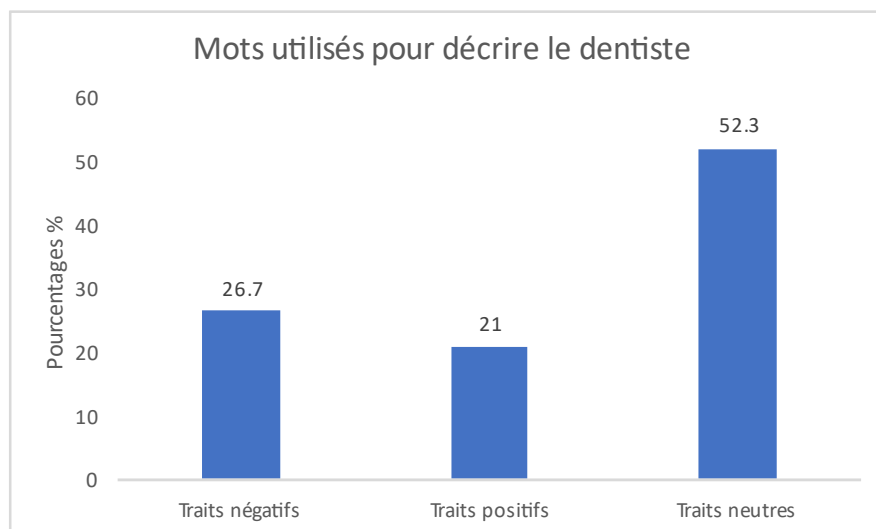


Figure 25: Répartition des attributs positifs et négatifs du dentiste selon les participants l'étude quantitative post-crise au Liban à Beyrouth en 2021

Le diagramme de la figure 25 montre les pourcentages des descriptions positives et négatives du dentiste en post-crise. La moitié des enquêtés donnent des attributs positifs contre un quart qui donne des attributs négatifs.

4.1.5. Les connaissances en matière de santé et santé buccodentaire

4.1.5.1. Le comportement face aux douleurs dentaires

Face aux douleurs dentaires, des 58% qui se réfèrent au dentiste, seulement 15% consultent le dentiste dans le cabinet dentaire et 44% consultent au téléphone. Pour les 42% qui restent, l'automédication par les analgésiques est la plus courante suivie de loin par la consultation du pharmacien et les mesures d'hygiène.

Tableau 23: Comportement face aux douleurs dentaires selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

	Nombre	Pourcentages (%)
Consulter le dentiste	60	58,3
Je consulte le dentiste par téléphone	45	43,7
Je consulte le dentiste à la clinique	15	14,6
Auto-traitement	45	41,7
Je brosse plus et je fais gargarisme	2	1,9
Je consulte le pharmacien	6	5,8
Je prends des calmants	35	34

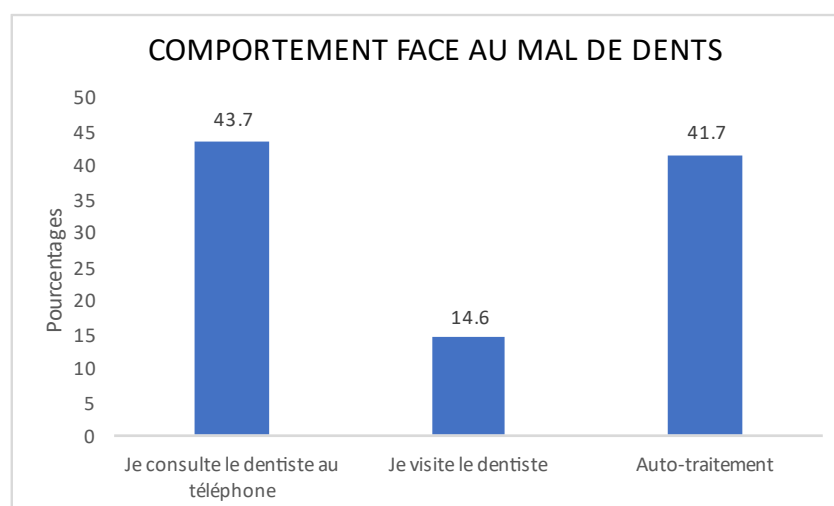


Figure 26: Comportement face aux douleurs dentaires selon les participants de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

Le diagramme ci-dessus montre le pourcentage de l'auto-traitement face aux douleurs dentaires. Presque 42 % des enquêtés s'autotraient et parmi ceux qui consultent le dentiste seulement 14,6% le consulte en cabinet dentaire tandis que le reste se contente de l'appeler par téléphone.

4.1.6. La situation financière et couverture santé

Dans cette dernière partie des résultats descriptifs, nous analyserons la situation financière des personnes qui ont participé à notre étude ainsi que la couverture santé générale et dentaire.

4.1.6.1. Revenus des ménages et situation financière

En ce qui concerne la situation financière, il y a au moins 1 personne qui travaille dans 100 des 105 ménages. La moitié des familles se considèrent comme à revenu moyen (4 à 6 fois le SMIC) et l'autre moitié se partage à quasi égalité entre des revenus faibles (1 à 2 fois le SMIC) et des revenus élevés (≥ 10 fois le SMIC).

Tableau 24: Situation financière des enquêtés - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Chef de famille	1 chef de famille	91	86,7
	Réponses manquantes	14	13,3
Nombre de personnes qui travaillent	1 – 3 personnes	90	85,7%
	≥ 4 personnes	10	9,5%
Revenu moyen annuel de votre famille	Faible (SMIC et deux fois SMIC)	27	25,7%
	Moyen (4 fois et 6 fois SMIC)	52	49,5%
	Élevé (10 fois et > 10 fois SMIC)	26	24,8%
Statut de votre situation financière	Vous êtes à l'aise	6	5,7
	Ça va mais sans plus	34	32,4
	C'est juste	28	26,7
	Vous y arrivez difficilement ?	34	32,4
	Vous ne pouvez pas y arriver sans solutions extérieures (crédit, aide familiale.)	3	2,9

Les chiffres collectés montrent que 50% des personnes interrogées font partie de la classe à revenu annuel moyen, les autres 50% partagés à égalité entre les revenus hauts et bas.

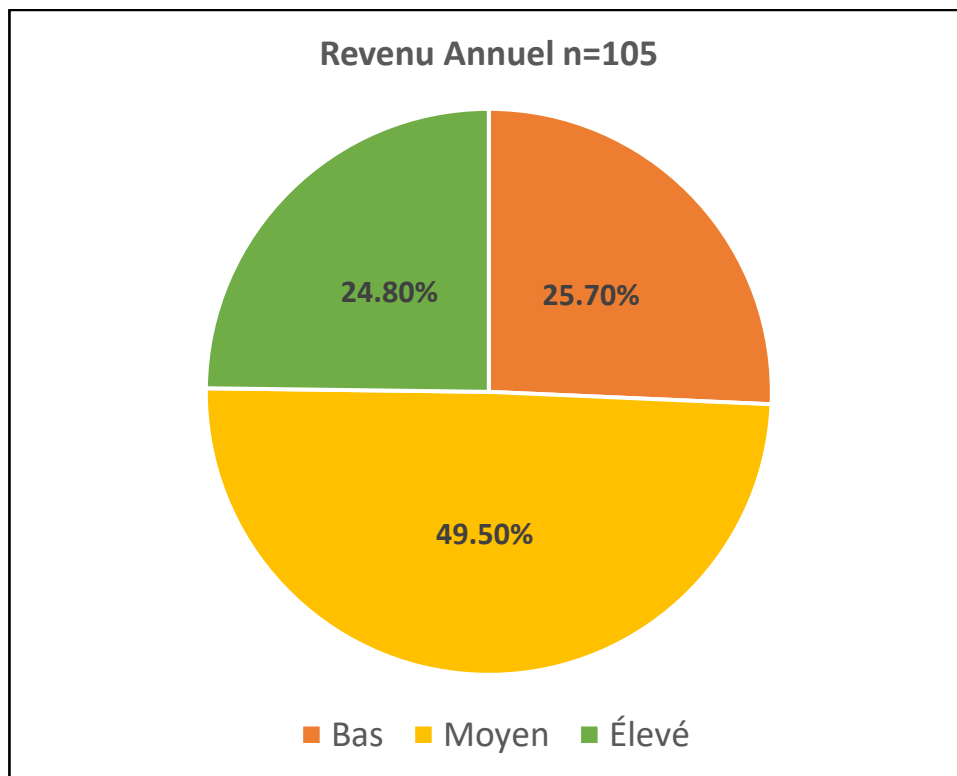


Figure 27: Revenu moyen annuel de la famille des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

Cette figure illustre les revenus des enquêtés dans l'étude post-crise de Beyrouth. Les résultats montrent que 25% ont des revenus faibles, 50% des revenus moyens et 25 % des revenus élevés.

Cependant, quant à la perception des gens de leur situation financière, 38% déclarent être « à l'aise » ou niveau « ça va » sur le plan financier. 27% y arrivent « tout juste » et les 35% qui restent auraient des difficultés à boucler leur mois.

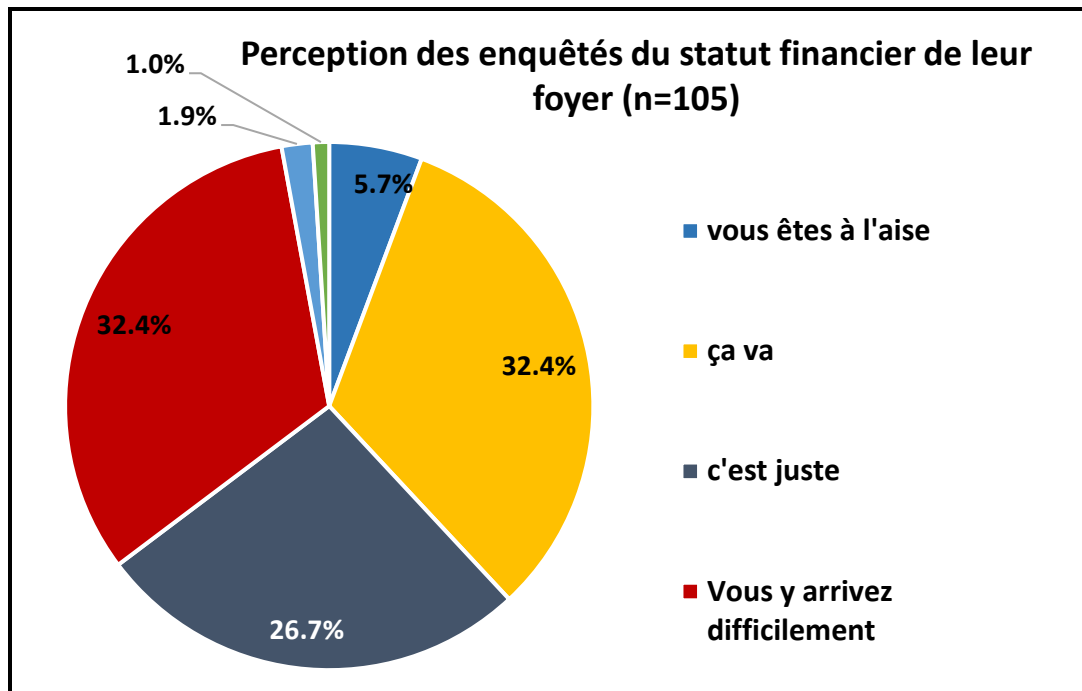


Figure 28: Perception des enquêtés du statut financier de leur foyer- Etude quantitative post-crise en 2021.

La figure ci-dessus illustre la perception des enquêtés de leur statut financier dans l'étude post-crise de Beyrouth. Les résultats montrent que 5,7% se déclarent à l'aise, 32,4% « ça va », 26,7% « c'est juste », 32,4% « arrivent difficilement » et 2% « font des dettes ».

4.1.6.2. La couverture sociale

Couverture santé générale

Nos résultats montrent que 11,4% des participants de Beyrouth n'ont aucune couverture sociale alors que 88,6% sont pris en charge pour leurs soins médicaux par différents organismes privés ou publics. On constate toutefois que la plus grande partie de la société est couverte par la caisse nationale de la sécurité sociale (27%).

Tableau 25: Couverture sociale des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Aucune couverture sociale		12	11,4
Existence d'une couverture sociale		93	88,6
Types de couverture sociale	Caisses Mutuelles publiques	3	2,9
	Ministère de Santé Publique	0	0
	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)	28	26,7
	Coopérative des fonctionnaires	10	9,5
	Caisse des schémas militaires	7	6,7
	Assurance privée seule	26	24,8
	Assurance privée complémentaire au CNSS	19	18,1

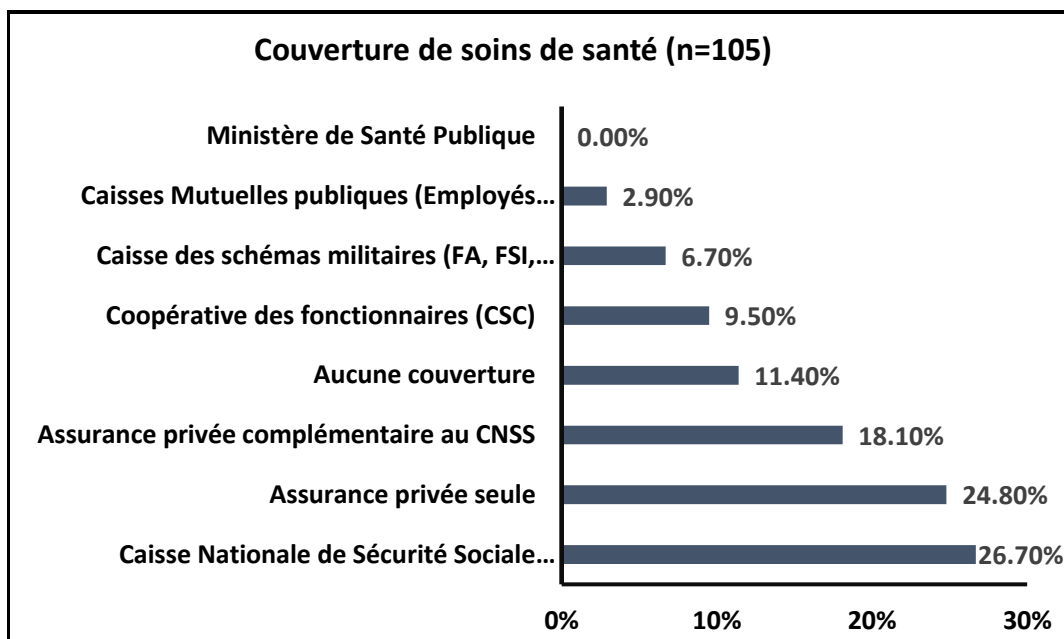


Figure 29: Formes de couverture de santé générale chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

L'histogramme de la figure 29 illustre les formes de couverture de santé générale dans l'étude post-crise à Beyrouth. Le quart est couvert par la CNSS, un autre quart par les assurances privées et 11% n'ont aucune couverture médicale.

Couverture dentaire

Contrairement à la prise en charge générale, seule une minorité de la population déclare une couverture dentaire avec seuls 13% des participants qui en bénéficient contre 89% bénéficiant d'une couverture santé générale.

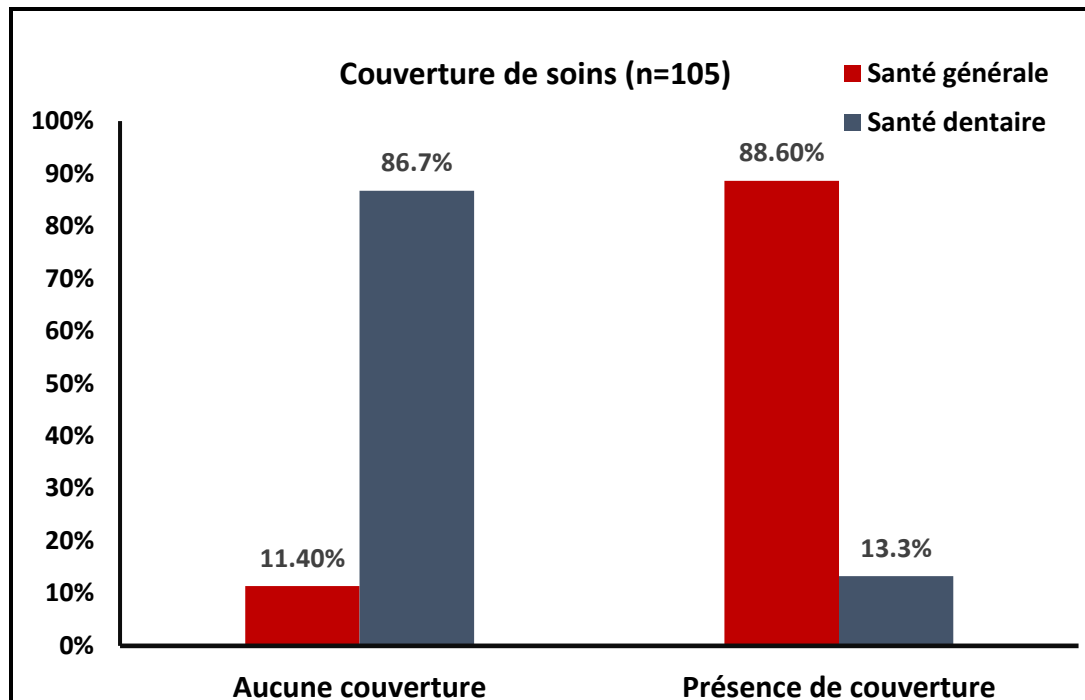


Figure 30: Pourcentage des répondants déclarant ou non une couverture sociale et en fonction du type chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

L'histogramme de cette figure illustre les pourcentages des enquêtés qui ont une couverture sociale médicale ou dentaire. Seulement 13% ont une certaine forme de couverture dentaire.

Les résultats ci-dessous montrent que peu de gens ont recours aux assurances privées pour une couverture dentaire sachant que la CNSS qui est le plus grand assureur de la population libanaise ne couvre pas les soins dentaires

Tableau 26: Couverture dentaire des participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Absence de couverture dentaire		91	86,7
Présence de couverture dentaire		14	13,3
Types de couverture	Caisses Mutuelles publiques	1	1
	Coopérative des fonctionnaires	10	9,5
	Caisse des schémas militaires	1	1
	Assurance privée seule	1	1
	Non déterminée	1	1

4.1.7. Le renoncement aux soins

Enfin, à la question « si les participants ont dû renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières au cours de 12 derniers mois », 41% ont répondu positivement (43 sur 105 personnes). D'autre part, là encore et similairement aux résultats pré-crise nous constatons que les gens ont surtout tendance à renoncer aux soins dentaires (70%) avant les soins médicaux ou ophtalmologiques.

Tableau 27: Renoncement aux soins de santé pour des raisons financières chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

		Effectifs	Pourcentages (%)
Renoncement aux soins	Oui	43	41
	Non	62	59
Type de soins†	Dentaire	30	70
	Médical	17	39
	Lunettes	6	14

†Plusieurs réponses possibles.

4.2. L'analyse bivariée des résultats détaillant les facteurs entravants et facilitants du recours aux soins en rapport avec les facteurs socio-économiques / Post-crise

Comme déjà présenté dans l'étude quantitative, nous analysons dans la partie suivante les facteurs facilitant le recours aux soins et les facteurs entravant le recours aux soins en fonction des différents facteurs socio-économiques des habitants de Beyrouth pendant la période crise-explosion du port.

Facteurs influençant le recours aux soins dentaires

Les tableaux suivants résument la relation entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs qui facilitent (encouragent) ou entravent les consultations au cabinet dentaire. Les analyses bivariées ont montré que l'âge, le genre, la situation matrimoniale et le niveau éducatif n'avaient pas de différences significatives sur les facteurs facilitants dans l'étude post crise. Par ailleurs, la situation professionnelle s'est reflétée sur deux des 8 critères facilitant notamment la proximité du cabinet dentaire et les qualités et normes éthiques du dentiste. Cette proximité est un facteur facilitant qui compte plus chez les gens qui travaillent. De même, le revenu moyen annuel de la famille a influencé significativement les deux critères de « rendez-vous organisés » et des « qualités et normes éthiques du dentiste ». Il s'est avéré que les rendez-vous organisés comptent plus pour les gens qui ont un revenu annuel moyen et élevé. Finalement la présence ou absence de couverture de sécurité sociale a influencé plusieurs facteurs facilitant le recours aux soins dentaires tels que la relation avec le dentiste, la proximité du cabinet dentaire, les qualités et normes éthiques du dentiste et la modernité du cabinet.

Tableau 28: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs facilitant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.

Variables	Catégories des variables	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût convenable au statut économique	Rendez-vous organisés donc pas d'attente	Présence d'un plan de traitement/ Confiance	Proximité du cabinet dentaire	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité du cabinet et des instruments/ Propreté
		Oui (n=36)	Oui (n=29)	Oui (n=54)	Oui n=57)	Oui (n=63)	Oui (n=31)	Oui (n=44)	Oui (n=51)
Age	18 - 33 ans (n=40)	13 (32,5%)	11 (27,5%)	26 (65,0%)	21 (52,5%)	25 (62,5%)	12 (30,0%)	15 (37,5%)	22 (55,0%)
	34-45 ans (n=28)	9 (32,1%)	8 (28,6%)	13 (46,4%)	17 (60,7%)	19 (67,9%)	7 (25,0%)	14 (50,0%)	13 (46,4%)
	46 - 64 ans (n=37)	14 (37,8%)	10 (27,0%)	15 (40,5%)	19 (51,4%)	19 (51,4%)	12 (32,4%)	15 (40,5%)	16 (43,2%)
	<i>p-value</i>	<i>0,852</i>	<i>1,000</i>	<i>0,083</i>	<i>0,724</i>	<i>0,385</i>	<i>0,828</i>	<i>0,577</i>	<i>0,567</i>
Sexe	Homme (n=63)	19 (30,2%)	18 (28,6%)	33 (52,4%)	34 (54,0%)	40 (63,5%)	16 (25,4%)	24 (38,1%)	28 (44,4%)
	Femme (n=42)	17 (40,5%)	11 (26,2%)	21 (50,0%)	23 (54,8%)	23 (54,8%)	15 (35,7%)	20 (47,6%)	23 (54,8%)
	<i>p-value</i>	<i>0,275</i>	<i>0,789</i>	<i>0,811</i>	<i>0,936</i>	<i>0,371</i>	<i>0,256</i>	<i>0,333</i>	<i>0,300</i>
Situation matrimoniale	Célibataire (n=21)	7 (33,3%)	4 (19,0%)	11 (52,4%)	9 (42,9%)	15 (71,4%)	6 (28,6%)	6 (28,6%)	11 (52,4%)
	Divorcé(e) (n=2)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
	Veuf(ve) (n=2)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (100,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	1 (50,0%)
	Marié(e) (n=80)	27 (33,8%)	25 (31,3%)	40 (50,0%)	45 (56,3%)	45 (56,3%)	24 (30,0%)	36 (45,0%)	38 (47,5%)
	<i>P value</i>	<i>0,303</i>	<i>0,527</i>	<i>0,802</i>	<i>0,461</i>	<i>0,474</i>	<i>0,903</i>	<i>0,568</i>	<i>0,951</i>

Variables	Catégories des variables	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût convenable au statut économique	Rendez-vous organisés donc pas d'attente	Présence d'un plan de traitement/ Confiance	Proximité du cabinet dentaire	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité du cabinet et des instruments/ Propreté
		Oui (n=36)	Oui (n=29)	Oui (n=54)	Oui n=57)	Oui (n=63)	Oui (n=31)	Oui (n=44)	Oui (n=51)
Niveau d'éducation	Non Universitaire (n=28)	8 (28,6%)	7 (25,0%)	15 (53,6%)	15 (53,6%)	17 (60,7%)	8 (28,6%)	10 (35,7%)	10 (35,7%)
	Universitaire (n=77)	28 (36,4%)	22 (28,6%)	39 (50,6%)	42 (54,5%)	46 (59,7%)	23 (29,9%)	34 (44,2%)	41 (53,2%)
	<i>p-value</i>	<i>0,457</i>	<i>0,717</i>	<i>0,791</i>	<i>0,929</i>	<i>0,928</i>	<i>0,897</i>	<i>0,438</i>	<i>0,112</i>
Profession	Ne travaille pas (n=14)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	8 (57,1%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)	0 (0,0%)	3 (21,4%)	4 (28,6%)
	Travail secteur public (n=23)	10 (43,5%)	4 (17,4%)	10 (43,5%)	12 (52,2%)	14 (60,9%)	13 (56,5%)	15 (65,2%)	14 (60,9%)
	Travail secteur privé (n=68)	21 (30,9%)	21 (30,9%)	39 (57,4%)	37 (54,4%)	44 (64,7%)	18 (26,5%)	26 (38,2%)	33 (48,5%)
	<i>p-value</i>	<i>0,489</i>	<i>0,497</i>	<i>0,543</i>	<i>0,462</i>	<i>0,141</i>	<i><0,001*</i>	<i>0,021*</i>	<i>0,168</i>
Revenu moyen annuel de la famille	Bas (n=27)	9 (33,3%)	7 (25,9%)	16 (59,3%)	12 (44,4%)	12 (44,4%)	10 (37,0%)	8 (29,6%)	9 (33,3%)
	Moyen (n=52)	20 (38,5%)	16 (30,8%)	26 (50,0%)	35 (67,3%)	37 (71,2%)	10 (19,2%)	28 (53,8%)	31 (59,6%)
	Elevé (n=26)	7 (26,9%)	6 (23,1%)	12 (46,2%)	10 (38,5%)	14 (53,8%)	11 (42,3%)	8 (30,8%)	11 (42,3%)
	<i>p-value</i>	<i>0,595</i>	<i>0,754</i>	<i>0,608</i>	<i>0,027*</i>	<i>0,053</i>	<i>0,066</i>	<i>0,049*</i>	<i>0,065</i>

Variables	Catégories des variables	Relation personnelle avec le dentiste	Rappel de la part du dentiste	Coût convenable au statut économique	Rendez-vous organisés donc pas d'attente	Présence d'un plan de traitement/ Confiance	Proximité du cabinet dentaire	Qualités et normes éthiques du dentiste	Modernité du cabinet et des instruments/ Propreté
		Oui (n=36)	Oui (n=29)	Oui (n=54)	Oui n=57)	Oui (n=63)	Oui (n=31)	Oui (n=44)	Oui (n=51)
Couverture de sécurité sociale	Non (n=12)	1 (8,3%)	2 (16,7%)	8 (66,7%)	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)
	Oui (n=93)	35 (37,6%)	27 (29,0%)	46 (49,5%)	51 (54,8%)	57 (61,3%)	31 (33,3%)	43 (46,2%)	50 (53,8%)
	<i>p-value</i>	<i>0,044*</i>	<i>0,504</i>	<i>0,262</i>	<i>0,751</i>	<i>0,537</i>	<i>0,017*</i>	<i>0,012*</i>	<i>0,003*</i>
Couverture ou remboursement de soins dentaires	Non (n=91)	31 (34,1%)	27 (29,7%)	46 (50,5%)	46 (50,5%)	53 (58,2%)	25 (27,5%)	33 (36,3%)	42 (46,2%)
	Oui (n=14)	5 (35,7%)	2 (14,3%)	8 (57,1%)	11 (78,6%)	10 (71,4%)	6 (42,9%)	11 (78,6%)	9 (64,3%)
	<i>p-value</i>	<i>1,000</i>	<i>0,340</i>	<i>0,646</i>	<i>0,050</i>	<i>0,348</i>	<i>0,344</i>	<i>0,003*</i>	<i>0,206</i>

* Valeur significative (p-value <0,05)

Quand nous observons les facteurs entravants, on remarque que le critère genre influence la décision par rapport au coût du traitement. Ainsi, les femmes sont plus sensibles au coût du traitement et la couverture sociale avec une différence significative avec les hommes. Pour tous les autres critères socio-démographiques, nous n'avons pas relevé d'influence significatives sur les facteurs entravant le recours aux soins dans l'étude post-crise.

Tableau 29: Tableau récapitulatif de la relation entre les facteurs entravant le recours aux soins dentaires et les variables socio-démographiques - Étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021.

Variables	Catégories des variables	Détester le dentiste/ peur	Oubli / Pas de rappel	Coût du traitement/absence de couverture	Longue attente / Absence de temps	Je ne sens pas la nécessité car mes dents sont saines	Pandémie
		Oui (n=23)	Oui (n=5)	Oui (n=43)	Oui (n=35)	Oui (n=13)	Oui (n=13)
Age	18 - 33 ans (n=40)	8(20,0%)	1(2,5%)	17(42,5%)	12(30,0%)	8(20,0%)	6(15,0%)
	34-45 ans (n=28)	6(21,4%)	2(7,1%)	11(39,3%)	12(42,9%)	1(3,6%)	7(25,0%)
	46 - 64 ans (n=37)	9(24,3%)	2(5,4%)	15(40,5%)	11(29,7%)	4(10,8%)	6(16,2%)
	<i>p value</i>	<i>0,898</i>	<i>0,630</i>	<i>0,963</i>	<i>0,459</i>	<i>0,116</i>	<i>0,536</i>
Sexe	Homme (n=63)	11(17,5%)	4(6,3%)	20(31,7%)	18(28,6%)	9(14,3%)	9(14,3%)
	Femme (n=42)	12(28,6%)	1(2,4%)	23(54,8%)	17(40,5%)	4(9,5%)	10(23,8%)
	<i>p value</i>	<i>0,177</i>	<i>0,646</i>	<i>0,019</i>	<i>0,205</i>	<i>0,468</i>	<i>0,214</i>
État civil	Célibataire (n=21)	4(19,0%)	1(4,8%)	9(42,9%)	5(23,8%)	4(19,0%)	3(14,3%)
	Divorcé(e) (n=2)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(100,0%)	2(100,0%)	0(0,0%)	1(50,0%)
	Veuf(ve) (n=2)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(50,0%)	1(50,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
	Marié(e) (n=80)	19(23,8%)	4(5,0%)	31(38,8%)	27(33,8%)	9(11,3%)	15(18,8%)
	<i>p value</i>	<i>0,918</i>	<i>1,000</i>	<i>0,418</i>	<i>0,151</i>	<i>0,686</i>	<i>0,554</i>
Niveau d'éducation	Non Universitaire (n=28)	5(17,9%)	0(0,0%)	12(42,9%)	8(28,6%)	4(14,3%)	5(17,9%)
	Universitaire (n=77)	18(23,4%)	5(6,5%)	31(40,3%)	27(35,1%)	9(11,7%)	14(18,2%)
	<i>p value</i>	<i>0,545</i>	<i>0,321</i>	<i>0,811</i>	<i>0,533</i>	<i>0,743</i>	<i>0,970</i>
Profession	Ne travaille pas (n=14)	3(21,4%)	1(7,1%)	7(50,0%)	6(42,9%)	0(0,0%)	3(21,4%)
	Travail secteur public (n=23)	5(21,7%)	1(4,3%)	10(43,5%)	7(30,4%)	2(8,7%)	4(17,4%)
	Travail secteur privé (n=68)	15(22,1%)	3(4,4%)	26(38,2%)	22(32,4%)	11(16,2%)	12(17,6%)
	<i>p value</i>	<i>1,000</i>	<i>0,806</i>	<i>0,672</i>	<i>0,715</i>	<i>0,248</i>	<i>0,931</i>

Variables	Catégories des variables	Détester le dentiste/ peur	Oubli / Pas de rappel	Coût du traitement/absence de couverture	Longue attente / Absence de temps	Je ne sens pas la nécessité car mes dents sont saines	Pandémie
		Oui (n=23)	Oui (n=5)	Oui (n=43)	Oui (n=35)	Oui (n=13)	Oui (n=13)
Moyen annuel de la famille	Bas (n=27)	4(14,8%)	0(0,0%)	16(59,3%)	8(29,6%)	4(14,8%)	4(14,8%)
	Moyen (n=52)	15(28,8%)	3(5,8%)	19(36,5%)	18(34,6%)	6(11,5%)	12(23,1%)
	Élevé (n=26)	4(15,4%)	2(7,7%)	8(30,8%)	9(34,6%)	3(11,5%)	3(11,5%)
	<i>p value</i>	<i>0,234</i>	<i>0,437</i>	<i>0,072</i>	<i>0,894</i>	<i>0,927</i>	<i>0,483</i>
Couverture de sécurité sociale	Non (n=12)	2(16,7%)	0(0,0%)	7(58,3%)	3(25,0%)	1(8,3%)	2(16,7%)
	Oui (n=93)	21(22,6%)	5(5,4%)	36(38,7%)	32(34,4%)	12(12,9%)	17(18,3%)
	<i>p value</i>	<i>1,000</i>	<i>1,000</i>	<i>0,223</i>	<i>0,747</i>	<i>1,000</i>	<i>1,000</i>
Couverture ou remboursement de soins dentaires	Non (n=91)	21(23,1%)	4(4,4%)	37(40,7%)	31(34,1%)	12(13,2%)	17(18,7%)
	Oui (n=14)	2(14,3%)	1(7,1%)	6(42,9%)	4(28,6%)	1(7,1%)	2(14,3%)
	<i>p value</i>	<i>0,730</i>	<i>1,000</i>	<i>0,876</i>	<i>0,770</i>	<i>1,000</i>	<i>1,000</i>

* Valeur significative (p-value <0,05)

4.3. L'analyse multivariée des résultats évaluant le renoncement aux soins et tous les facteurs qui y sont associés / Post-crise

Ci-dessous nous parcourons les facteurs qui ont affecté le renoncement aux soins dentaires partant de la description jusqu'à la régression logistique en passant par l'analyse bivariée.

4.3.1. La prévalence du renoncement aux soins dentaires

A la question pour savoir si les participants ont dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours de 12 derniers mois, le pourcentage de 41% a été atteint à Beyrouth en post crise dont 70% ont renoncé à des soins dentaires. (Cf. tableau 27). D'où la prévalence générale de renoncement aux soins dentaires est 28.7%.

4.3.2. Les facteurs de renoncement aux soins dentaires

Les facteurs influençant significativement le renoncement aux soins dentaires selon l'analyse bivariée sont :

1. L'âge ($p = 0,031$) : plus il est élevé, plus le renoncement est important.
2. Le revenu familial annuel moyen ($p = 0,002$) : plus le revenu est bas plus le renoncement est élevé.
3. Le coût élevé des soins dentaires ($p = 0,038$) : plus le cout est haut plus les patients ont tendance à renoncer aux soins.
4. La proximité du cabinet dentaire ($p = 0,041$) : plus le cabinet est loin plus le renoncement est grand

Tableau 30: Facteurs de renoncement aux soins dentaires chez les participants dans l'étude quantitative post-crise à Beyrouth en 2021

Variables	Catégories	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=75)	(n=30)	[†] Fisher exact
Age	18 - 33 ans (n=40)	30 (75%)	10 (25%)	0,031*
	34-45 ans (n=28)	24 (85,7%)	4 (14,3%)	
	46 - 64 ans (n=37)	21 (56,8%)	16 (43,2%)	
Genre	Hommes (n=63)	47 (74,6%)	16 (25,4%)	0,509
	Femmes (n=42)	28 (66,7%)	14 (33,3%)	
Etat civil	Célibataire (n=21)	17 (81%)	4 (19%)	0,474 [†]
	Divorcé/ veuf (n=4)	4 (100%)	0	
	Marié (n=80)	54 (67,5%)	26 (32,5%)	
Niveau éducatif	Non universitaire (n=28)	16 (57,1%)	12 (42,9%)	0,051
	Universitaire (n=77)	59 (76,6%)	18 (23,4%)	
Activité professionnelle	Ne travaille pas (n=14)	9 (64,3%)	5 (35,7%)	0,805
	Travaille dans le secteur public (n=23)	17 (73,9%)	6 (26,1%)	
	Travaille dans le secteur privé (n=68)	49 (72,1%)	19 (27,9%)	
Revenu Annuel Moyen	Catégorie1	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,002*
	Catégorie 2	9 (45%)	11 (55%)	
	Catégorie 3	23 (82,1%)	5 (17,9%)	
	Catégorie 4	19 (79,2%)	5 (20,8%)	
	Catégorie 5	15 (78,9%)	4 (21,1%)	

Variables	Catégories	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=75)	(n=30)	[†] Fisher exact
Couverture sécurité sociale	Non (n=12)	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0,317 [†]
	Oui (n=93)	68 (73,1%)	25 (26,9%)	
Couverture ou remboursement des soins dentaires	Non (n = 91)	65 (71,4%)	26 (28,6%)	1 [†]
	Oui (n = 14)	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
Déteste les dentistes/ peur	Non (n=82)	61 (74,4%)	21 (25,6%)	0,295
	Oui (n=23)	14 (60,9%)	9 (39,1%)	
Oubli d'un rendez vous	Non (n=100)	72 (72%)	28 (28%)	0,622 [†]
	Oui (n=5)	3 (60%)	2 (40%)	
Coût élevé du traitement	Non (n=62)	49 (79%)	13 (21%)	0,038*
	Oui (n=43)	26 (60,5%)	75 (71,4%)	
Temps d'attente important/ manque de temps	Non (n=70)	49 (70%)	21 (30%)	0,647
	Oui (n=35)	26 (74,3%)	9 (25,7%)	
Proximité du cabinet	Non (n=97)	72 (74,2%)	25 (25,8%)	0,041 ^{†*}
	Oui (n=8)	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Mauvaise expérience chez le dentiste	Non (n=99)	71 (71,7%)	28 (28,3%)	1 [†]
	Oui (n=6)	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Besoin non perçu car les dents sont saines	Non (n=92)	65 (70,7%)	27 (29,3%)	0,753 [†]
	Oui (n=13)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	
Doute sur la propreté des instruments	Non (n=102)	73 (71,6%)	29 (18,4%)	1 [†]
	Oui (n=3)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Manque de confiance	Non (n=104)	75 (72,1%)	29 (27,9%)	0,286 [†]
	Oui (n=1)	0	1 (100%)	

Variables	Catégories	Renoncement aux soins dentaires		p-value
		Non	Oui	Pearson chi square
		(n=75)	(n=30)	[†] Fisher exact
Pandémie Covid 19	Non (n=86)	61 (70,9%)	25 (29,1%)	0,81
	Oui (n=19)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	
Relation personnelle avec le dentiste	Non (n= 69)	48 (69,6%)	21 (30,4%)	0,558
	Oui (n= 36)	27 (75%)	30 (28,6%)	
Rappel du rendez-vous par le dentiste	Non (n=76)	54 (71,1%)	22 (28,9%)	0,89
	Oui (n=29)	21 (72,4%)	8 (27,6%)	
Coût correspondant au statut économique	Non (n=51)	40 (78,4%)	11 (21,6%)	0,123
	Oui (n=54)	35 (64,8%)	19 (35,2%)	
Rendez-vous organisés, pas d'attente	Non (n= 48)	33 (68,8%)	15 (31,3%)	0,577
	Oui (n = 57)	42 (73,7%)	15 (26,3%)	
Présence d'un plan clair de traitement	Non (n=42)	27 (64,3%)	15 (35,7%)	0,186
	Oui (n=63)	48 (76,2%)	15 (23,8%)	
Qualités personnelles, professionnelles et éthiques du dentiste	Non (n=61)	47 (77%)	14 (23%)	0,133
	Oui (n=44)	28 (63,6%)	16 (36,4%)	
Modernité du cabinet et des instruments/ propreté	Non (n=54)	36 (66,7%)	18 (33,3%)	0,266
	Oui (n=51)	39 (76,5%)	12 (23,5%)	
Équipe aimable, encourageante et prête à aider	Non (n=100)	73 (73%)	27 (27%)	0,139 [†]
	Oui (n=5)	2 (40%)	3 (60%)	

* Valeur significative (p-value <0,05)

Le modèle de régression logistique a montré que, en réalité, seul le revenu familial annuel moyen reste un prédicteur significatif du renoncement aux soins dentaires, après prise en compte de tous les facteurs de confusion (OR= 0,54 ; p = 0,02 ; CI= [0,33 - 0,90]).

Tableau 31: Régression logistique pour le renoncement aux soins dentaires à Beyrouth dans l'étude quantitative post-crise en 2021

Régression logistique pour le renoncement aux soins dentaires post-crise								
	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp (B)	95% C.I.	
							Lower	Upper
Age	0,63	0,33	3,66	1,00	0,06	1,87	0,99	3,55
Education	-0,10	0,63	0,03	1,00	0,87	0,90	0,26	3,14
Revenu familial annuel moyen	-0,61	0,26	5,69	1,00	0,02*	0,54	0,33	0,90
Coût du traitement (absence de couverture)	0,66	0,57	1,37	1,00	0,24	1,94	0,64	5,88
Temps d'attente important (Absence de temps)	-0,13	0,55	0,06	1,00	0,81	0,87	0,30	2,56
Coût correspondant au statut économique	0,27	0,58	0,21	1,00	0,64	1,31	0,42	4,06
Présence d'un plan clair de traitement (confiance dans la qualité)	-0,59	0,54	1,19	1,00	0,27	0,55	0,19	1,60
Proximité du cabinet dentaire	0,54	0,56	0,92	1,00	0,34	1,71	0,57	5,16
Qualités personnelles, professionnelles et éthiques du dentiste	0,73	0,55	1,81	1,00	0,18	2,09	0,71	6,08
Equipe aimable, encourageante et prête à aider	1,70	1,31	1,69	1,00	0,19	5,47	0,42	70,60
Constante	-0,60	1,39	0,19	1,00	0,67	0,55		
a. Variable(s) introduite(s) à l'étape 1 : Catégories d'âge, Education, Revenu familial annuel moyen, Cout du traitement (absence de couverture), temps d'attente important (Absence de temps), Coût convenable au statut économique, Présence d'un plan clair de traitement / (Confiance dans la qualité), Proche distance, Les qualités et normes éthiques du dentiste (Qualités personnelles), L'équipe assistante est amicale encourageante et offre l'aide.								
Méthode: Enter; Omnibus (p = 0,006) ; Hosmer et Lemshow (p = 0,506) ; Nagelkerke R square = 0,315 ; Pourcentage global 78,4%.								

* Valeur significative (*p-value* < 0,05)

5. La discussion de l'étude quantitative post-crise

Cette enquête transversale nationale est la première à s'intéresser à l'accès aux soins de santé et plus particulièrement aux soins dentaires à Beyrouth durant la période de la crise économique (2019- 2021) et après l'explosion du port. Nos résultats montrent que la prévalence du renoncement aux soins a atteint le chiffre de 43% et que le renoncement aux soins dentaires est le plus fréquent des renoncements avec une prévalence de 70%.

Facteurs de renoncement aux soins dentaires

Nos résultats montrent que suite à la série de crises qui ont touché les libanais notamment la crise économique, la pandémie du COVID-19 et l'explosion du port de Beyrouth, le renoncement aux soins a presque doublé en post crise (Février 2021) par rapport aux résultats de pré-crise de 2019 et les soins dentaires sont les soins auxquels on renonce le plus en pré et post crise.

Cependant, nous n'avons pas été en mesure de calculer la signification statistique de cette différence dans l'approche des soins entre les deux périodes considérées en raison de la nature de cet événement inattendu, qui n'a pas permis un plan prospectif. Ceci est bien connu en cas de catastrophe, et c'est un défi majeur pour les chercheurs qui tentent de calculer l'impact de catastrophes imprévues (134). En outre, les calculs fondés sur des tests avant et après d'un seul groupe ne sont pas très pertinents en l'absence d'un groupe de contrôle (135). D'autre part, il n'a pas été possible de comparer les résidents de Beyrouth avec d'autres résidents libanais - en tant que groupe de contrôle - en raison de l'intensité de l'explosion qui a secoué le Liban en entier. Les blessés ont été transportés dans de nombreux hôpitaux en dehors de la capitale car les hôpitaux de Beyrouth étaient endommagés (136), et même les pharmacies ont été utilisées pour les blessés mineurs (137). En outre, des efforts de

solidarité ont été déployés après l'explosion et des citoyens de toutes les régions libanaises se sont mobilisés pour aider leurs pairs (138).

Par ailleurs, la cause principale de cette augmentation des renoncements aux soins n'était pas uniquement due à l'explosion du port de Beyrouth, et de nombreux facteurs contributifs ont été suspectés. Ceux-ci ont été évalués dans un modèle de régression logistique. Nos données ont montré que le revenu familial annuel moyen était le seul facteur prédictif du renoncement aux soins dentaires. Si ce facteur était présent avant l'explosion du port, d'autres ont également été incriminés dans l'augmentation du renoncement aux soins dentaires : l'absence de couverture de sécurité, le fait de ne pas ressentir le besoin de soins dentaires, les longs délais d'attente et le manque de temps, l'étourderie. En outre, des facteurs tels que les qualités du dentiste et le coût adapté au statut économique des patients ont diminué le renoncement aux soins dentaires. Cependant, le seul facteur restant qui augmente significativement le renoncement aux soins dentaires après l'explosion est le revenu familial annuel moyen. Ce résultat rejoint une étude française où les facteurs socio-économiques (dont le revenu) étaient associés à un besoin plus important de soins dentaires (139). Ces résultats rejoignent ceux d'une étude italienne qui a montré que la cause principale de renoncement aux soins dentaires était économique (140). Une autre étude récente a aussi trouvé que le facteur économique est une barrière importante qui intensifie le renoncement aux soins dentaires (141). En outre, une étude française avait montré que les facteurs socio-économiques, dont le revenu moindre étaient associées à un besoin plus accentué de soins dentaires (139). En effet, il semble qu'avec le revenu moindre, une tendance plus élevée à renoncer aux soins dentaires est observée. Ceci pourrait être pour pouvoir subvenir à d'autres besoins avec le budget restreint, et pour éviter le coût des soins dentaires, surtout avec l'absence de couverture appropriée des soins dentaires, surtout au Liban.

Lorsqu'ils sont confrontés à une douleur de dents, les répondants ont d'abord recours à l'automédication avec des analgésiques et lorsqu'ils se rendent chez le

dentiste, c'est en cas d'urgence dans la plupart des cas. Ceci résonne avec les résultats de Ocwia et ses collègues qui ont trouvé que la cause principale de consultation dentaire était la douleur (127). En revanche, la plupart des personnes interrogées notent qu'une consultation régulière chez le dentiste est utile pour la prévention, et les trois quarts d'entre elles soulignent sa nécessité pour le diagnostic des maladies bucco-dentaires. Ceci met en évidence l'effet des facteurs de renoncement aux soins malgré la perception de la nécessité d'une consultation régulière chez le dentiste et rejoint des résultats antérieurs qui ont montré une situation paradoxale : les patients qui en ont moins besoin ont plus d'accès aux soins dentaires, alors que la raison principale de consultation demeure la douleur dans la majorité des cas (117). Par conséquent, il semble important d'explorer le niveau d'éducation de la population en termes des conséquences réelles du besoin de soins dentaires non satisfait qui dépassent l'esthétique et pourrait poser des risques de santé sérieux (142). Donc il s'avère essentiel de promouvoir des campagnes d'éducation pour améliorer la sensibilité de la population au besoin d'agir quand le besoin de soins dentaires se pose (143).

Les facteurs facilitants les consultations du dentiste étaient l'existence d'un plan de traitement précis et la confiance que le traitement est de qualité et que le dentiste a des habilités professionnelles, l'absence de longues attentes lors des rendez-vous, un cout adapté au statut socio-économique, et la modernité et la propreté de la clinique. Les facteurs entravants étaient le cout du traitement et le manque de couverture de sécurité sociale, l'aversion ou la peur du dentiste, et la pandémie du covid19. Ceci rejoint les résultats de travaux antérieurs qui ont montré que les capacités du dentiste favorisaient la consultation dentaire (121), alors que les longues attentes à la clinique (144), et le cout élevé (145) en étaient des facteurs entravants. Bien que la pandémie ne puisse pas être éliminée comme facteur, même avec un meilleur taux de vaccination et des précautions plus accentuées, la plupart des autres facteurs pourraient être améliorés par un effort de la part des dentistes eux-mêmes. Les dentistes peuvent assurer une meilleure gestion de temps afin d'éviter les longues

attentes, utiliser des équipements plus modernes, et veiller à la propreté de leur clinique, et à leur formation continue qui leur apporte une expertise dans leur domaine d'exercice, afin d'établir une meilleure confiance avec les patients. Les créateurs de politiques et les compagnies d'assurance devraient aussi prendre leur part assez importante pour combler cette incapacité financière de couvrir le cout des soins dentaires ressentie par les patients.

Chapitre V- La discussion générale des résultats de la recherche

Les trois études détaillées dans ce document ont permis de rassembler, pour la première fois, des données épidémiologiques et sociales relatives au recours aux soins dentaires au Liban. Par ailleurs, au niveau national, les résultats quantitatifs obtenus ont confirmé ceux de l'exploration qualitative du comportement du recours aux soins dentaires au Liban. Les enquêtes pré et post crises au Liban fournissent des résultats cohérents qui permettent une validité sur laquelle nous pourrions nous baser pour discuter le comportement de recours aux soins dentaires des Libanais.

En s'inspirant du modèle de Green et Kreuter et des différents concepts de base de cette étude, nous répartirons dans ce qui suit, les résultats en facteurs prédisposant, facilitant et/ou entravant ce recours. Dans l'étude qualitative (chapitre II), nous avons pu identifier ces facteurs et par la suite, nous avons pu les quantifier à partir des enquêtes quantitatives pré et post crise dont les résultats figurent en détails dans les chapitres III et IV.

Par ailleurs, le renoncement aux soins dentaires sera discuté plus particulièrement comme résultant de l'ensemble de ces facteurs. Ses déterminants constitueront une base de réflexion pour une mise en place d'une stratégie de santé afin de favoriser l'accès aux soins dentaires et lutter contre les inégalités en santé observées en matière de recours à ce type de soins.

1. Les facteurs prédisposant au recours aux soins dentaires

Dans cette première partie nous allons discuter les facteurs prédisposants au recours aux soins dentaires notamment les connaissances, les perceptions, les pratiques de recours et l'auto-traitement.

1.1. Les connaissances

La connaissance correspond à l'information factuelle et interprétative qui mène à la compréhension qui est utile pour entamer une action sur une base informée (12,13). Le recours aux soins dentaires se trouve ainsi affecté par les connaissances des bénéficiaires sur des sujets tels que le lien existant entre santé buccale et santé générale et les liens avec les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires. Les résultats de nos études sont conformes à d'autres travaux de recherche qui confirment que le manque d'éducation buccodentaire des patients constitue une barrière aux recours aux soins dentaires (94,109).

Concernant le lien entre la santé buccale et la santé générale, la majorité des enquêtés admettent avoir une connaissance du lien entre santé buccale et état de santé générale (84%). Ces chiffres montrent une bonne éducation des Libanais à ce propos et dépassent les chiffres de nombreuses études internationales à ce sujet. Par exemple la connaissance de ce lien atteint 77% chez les populations de l'Asie du Sud, 72 % en Arabie Saoudite et 32% en Inde (146–148). L'étude qualitative fait ressortir plus particulièrement la connaissance du lien entre santé dentaire et maladies cardiaques. En revanche, une méconnaissance de l'ensemble des liens avec d'autres maladies en santé générale est observée au Liban.

En outre, au niveau des facteurs de risque des maladies bucco-dentaires, une disparité dans la connaissance de ces facteurs affectant la santé bucco-dentaire se révèle allant de la mauvaise hygiène dentaire (69%) aux sucreries (33%) et en passant par le tabagisme (38%). Le reste des résultats obtenus concernant des facteurs comme l'âge, la consommation des boissons gazeuses, la qualité de l'alimentation, la consommation d'alcool et le facteur héréditaire sont tous moins fréquemment nommés et sous le seuil de 20%. Bien que les études internationales confirment les facteurs de risque communs aux maladies bucco-dentaires et aux maladies non transmissibles (149), il est à noter que l'impact des maladies chroniques sur la santé bucco-dentaire n'ait connu que de moins de 5% des Libanais.

Ce manque de connaissance n'est pas une spécificité libanaise. Par exemple, une étude en Allemagne a montré que 38% des participants n'étaient pas conscients de la relation entre la santé orale et les maladies cardiaques (150). Une revue systématique de la littérature de 14 pays différents a montré que les patients souffrant de maladies chroniques ont une faible connaissance (< 50%) de l'association entre l'hygiène orale et leur condition. Nous pensons que des améliorations au niveau de l'éducation à la santé sont particulièrement nécessaires pour les patients avec des maladies cardiaques, maladies osseuses et les diabétiques (151).

La clarté du plan de soins constitue une base informée du recours aux soins selon la littérature (13) qui fait partie des facteurs favorisant le recours. Pour 31% des patients au Liban en pré crise, un plan de soins favorise le recours à des soins dentaires. Ce score a doublé en post crise (60%) à Beyrouth et doit être mis en lien avec l'engagement financier auquel il correspond et le coût financier sur lequel nous reviendrons. Au niveau des catégories socio-démographiques, la tranche d'âge 18-33 ans était la plus intéressée par ce plan clair de traitement. D'autres études ont démontré la nécessité d'informer pour favoriser un recours aux soins et même pouvoir le faire valoir comme un droit (152).

1.2. Les perceptions

La perception des participants de leur santé générale est meilleure que celle et de leur santé dentaire. 31% ont déclaré une perception négative de leur santé buccale contre seulement 13% de la santé générale. Dans les études internationales, les personnes à perception négative de la santé buccale souffrent plus de problèmes buccodentaires et vice-versa (153).

En revanche, la perception du dentiste, au niveau des résultats obtenus, montre une incidence importante de la peur du dentiste (30%). La peur du dentiste est bien décrite dans la littérature internationale, les études ont montré qu'un Français sur deux a peur d'aller chez le dentiste (154), 37% des finlandais (155) et 52% des jeunes adultes Soudanais (156) expriment leur peur du dentiste. Cette peur pourrait entraver

le recours aux soins en privilégiant l'auto traitement et notamment l'automédication. Dans la littérature, l'anxiété constitue un frein important et bien connu sous le nom de « cercle vicieux de l'anxiété dentaire » de Berggren (96). C'est ce qu'on appelle la place de la vie psychique et sociale dans la santé et la maladie (157).

Perception du statut financier du foyer

Comme mentionné plus haut, la deuxième étude a été menée dans un contexte de crise économique et financière sévère, où les libanais n'avaient plus accès à leurs économies, bloquées dans les banques, ce qui changea brutalement et significativement les possibilités de dépenses de la population. En comparant les chiffres pré/post crise, nous constatons qu'en pré-crise, 14% des répondants se considéraient comme « à l'aise », et retombent à 5% en post-crise. De même, 42% de « ça va » passent à 32%. De plus, le nombre de ménages qui déclarent qu'ils arrivent difficilement à boucler leurs fins de mois passe de 11% à 32%. Ces chiffres démontrent, et en concordance avec la littérature internationale, que la perception du statut financier de la population influence le recours aux soins et provoquent une baisse importante, en temps de crise, de ce même recours (158).

1.3. La pratique du recours

Le motif de consultation le plus fréquemment déclaré en pré crise est la douleur pour 53% des Libanais conduisant le plus souvent à une consultation en urgence. Ces résultats sont supérieurs à la moyenne européenne qui est de 17% de visites dues aux urgences (159). Ces résultats sont également en concordance avec ceux d'Ocwiec et al. et de l'Association Dentaire Américaine pour qui le principal motif de recours aux soins dentaires est la douleur (94,127).

Par ailleurs, seulement 4,7% des personnes interrogées ont consulté leur dentiste au cours des 12 derniers mois contre plus que 50% chez les Européens (159). Ce résultat laisse penser que la prévention, sous la forme de consultation de contrôle, n'est pas une pratique communément admise au Liban. L'absence d'une prise en

charge financière pour de telles consultations et d'éducation sur l'importance de la prévention des maladies bucco-dentaires pourraient expliquer cette situation.

1.4. L'auto-traitement

L'auto-traitement est la pratique selon laquelle une personne met en œuvre les moyens qu'elle estime nécessaire pour se traiter elle-même, sans avis médical. Si elle est limitée à la seule prise de médicaments il s'agira d'automédication. L'auto traitement peut être motivé par des raisons économiques, sociales ou culturelles, mais demeure une décision individuelle qui peut aussi découler d'un autodiagnostic (Diagnostic de sa maladie, réelle ou supposée, effectué par le sujet lui-même en dehors d'un avis médical) (160) par le patient et par définition approximatif voir faux. Pourtant près de 50% de la population libanaise déclare y avoir recours et ceci sous différentes formes. La majorité écrasante (76,6%) de ceux qui s'autotraient ont recours à une automédication sous forme de prise d'analgésiques. En d'autres termes 36,5% de la population a recours aux analgésiques sans avis professionnel pour des douleurs d'origine dentaire.

Face à ces douleurs dentaires, nous observons en pré crise un pourcentage de 47% d'auto- traitement. En effet, dans l'étude pré-crise, 53% des patients avaient recours à un dentiste face à des douleurs dentaires. Cependant, ce pourcentage se répartissait en 32,8% qui consultaient en cabinet dentaire et 20,2% qui contactaient le dentiste par téléphone uniquement. Après la crise, ce pourcentage passe à 58,3% avec le constat d'une chute du nombre de consultations en cabinet dentaire de 32,8% à 14,6% ; les patients préférant consulter au téléphone (43,7%) plutôt que physiquement en cabinet pour des raisons financières et sanitaires.

Bien que les études internationales montrent également des taux importants d'automédication les chiffres libanais restent supérieurs à ceux de la littérature internationale en rappelant que la pénurie de dentistes ne s'applique pas au contexte Libanais. Par exemple en période de pré crise de Covid 19, nous retrouvons une incidence de 30% en Inde (161) et 42% au Niger (162) qui reste inférieur aux résultats

libanais malgré la difficile comparaison entre ces systèmes de santé très différents. En période post crise de Covid 19, une incidence de 70,2% des parents en Turquie ont pratiqué l'automédication auprès de leurs enfants (163); et en Iran, nous retrouvons une incidence de 54% dans la population générale en 2022 (164).

2. Les facteurs facilitants et/ou entravants le recours

2.1. L'Accessibilité financière

L'Accessibilité financière est évaluée en comparant les résultats des deux études quantitatives de 2019 et 2021, le facteur qui facilite le plus le recours est le coût du traitement mentionné par 30% des répondants avant la crise pour atteindre 51% en post crise. En effet, les résultats montrent que plus le coût des soins augmente, plus le recours est entravé. Ils montraient également l'influence négative du coût sur le recours particulièrement chez les femmes (p -value=0,007) et la tranche d'âge supérieure à 65 ans (p -value = 0,02). Dans la littérature internationale, cette question du coût constitue un frein majeur à l'accès aux soins (12) notamment dans les catégories les plus défavorisées de la population qui ne peuvent pas se permettre financièrement des soins dentaires, elle ne consultera pas, même en cas de nécessité (113). Ces données conduisent à une recrudescence des inégalités sociales en santé au Liban et notamment en post-crise où la pauvreté a augmenté considérablement. En effet, des travaux internationaux montrent que les personnes qui ne peuvent pas assumer le coût des soins sont aussi celles qui ont le plus mauvais état dentaire et ceci constitue une limite parmi d'autres au développement économique du pays comme nous l'avons déjà évoqué précédemment (82).

La couverture des soins dentaires au Liban ne faisait pas l'unanimité dans les formules de couvertures sanitaires pré crise. Sur les 68% couverts avant la crise, 11% seulement bénéficiaient d'une couverture dentaire par les diverses caisses et mutuelles. Après la crise et l'inflation monétaire, ces couvertures sont devenues insuffisantes ce qui constitue un facteur entravant important du recours aux soins dentaires. Selon Lombrail et al., le budget des ménages qui renoncent aux soins est

déjà restreint et en quelque sorte il ne peut être alourdi par des dépenses excédentaires sur le plan de santé (48).

2.2. L'accessibilité géographique

L'accès géographique est un des facteurs déterminant le recours aux soins, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet, c'est une mesure de proximité (165). Dans l'étude qualitative cette proximité a été mentionnée comme facteur entravant et/ou facilitant avec une incidence de 19% retrouvée dans l'enquête en pré-crise. Ce pourcentage a gagné de l'ampleur et a atteint 30% en post crise.

3. Le récapitulatif des facteurs facilitants et entravants dans le contexte de pré et post crise

Les figures 31 et 32 mettent en relief les résultats obtenus des facteurs facilitants et entravants du recours aux soins en période de pré et post crise sanitaire et sociale du Liban du point de vue des patients.

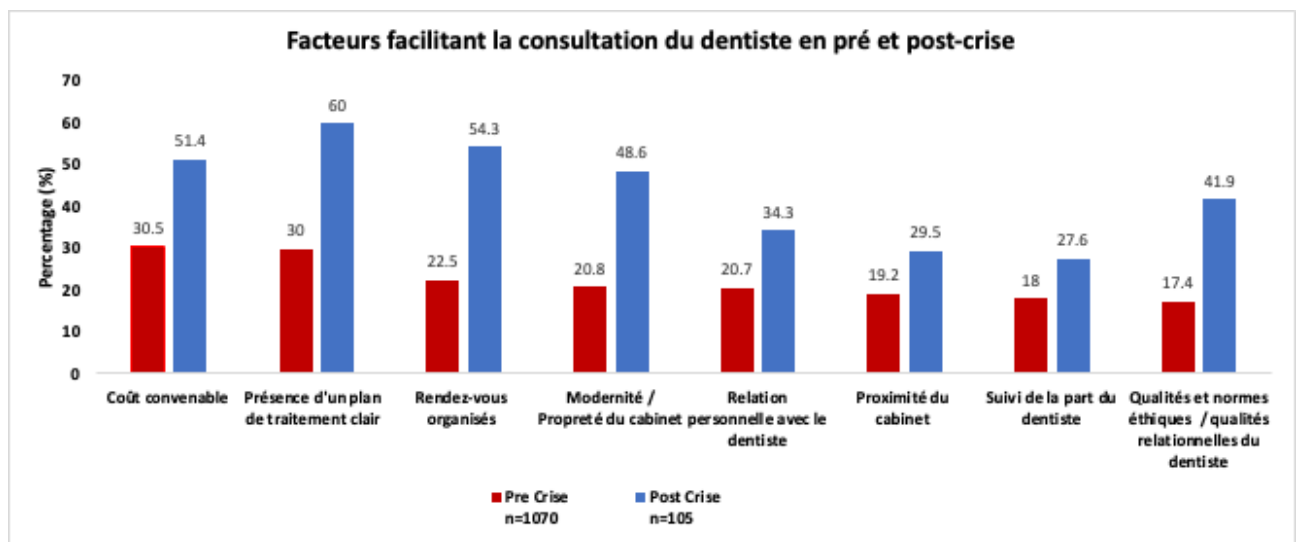


Figure 31: Comparaison des facteurs facilitant le recours aux soins dentaires au Liban en pré-crise 2019 (en rouge) et en post-crise 2021 (en bleu)

Dans l'analyse bivariée étudiant l'influence des déterminants socio-économiques sur les facteurs favorisant/entravant du recours aux soins, il en est ressorti en période de post-crise, un virement important vers le côté financier. Ainsi, les facteurs facilitants se réduisaient désormais à la couverture sociale, le revenu annuel moyen, et le remboursement des soins. Au final, seul l'aspect financier avait donc de l'importance et les libanais sont passés de patients sélectifs dans la pratique du recours, à des patients dont presque le seul critère de soins est devenu désormais l'aspect financier relatif au soin dentaire.

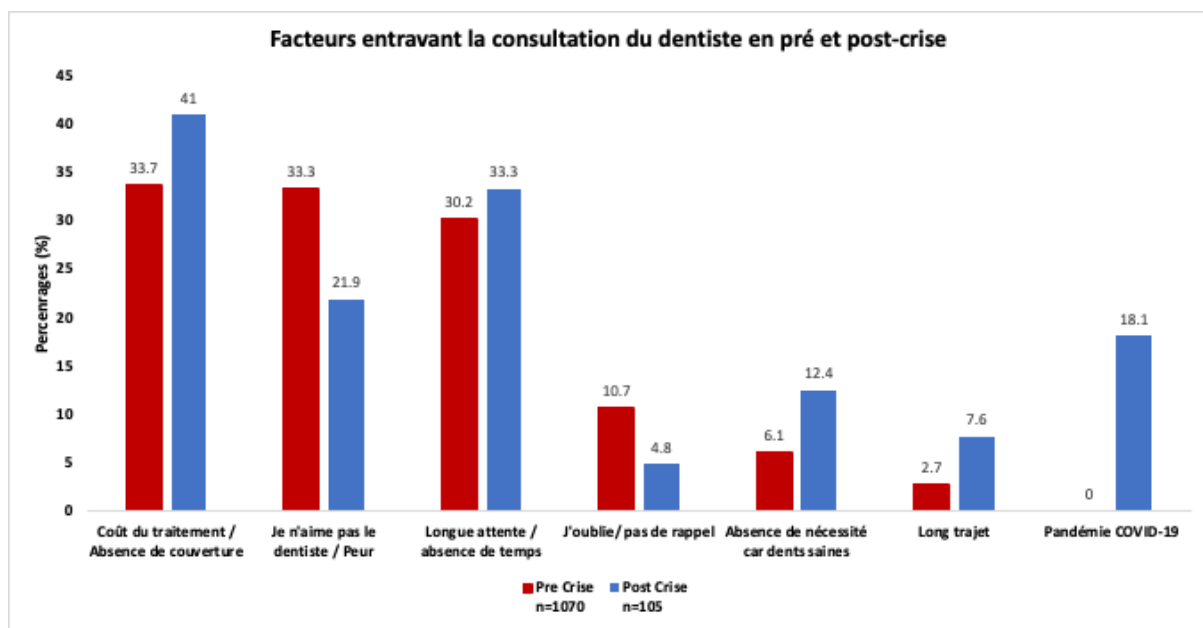


Figure 31: Comparaison des facteurs entravant le recours aux soins dentaires au Liban en pré-crise 2019 (en rouge) et en post-crise 2021 (en bleu)

En revanche, en comparant les facteurs entravant des résultats des deux études quantitatives, là encore, le pourcentage du coût qui est le plus important (33,7% des réponses) dans l'étude pré-crise a augmenté pour atteindre 41% des réponses dans l'étude post-crise. Toutefois, nous voyons apparaître un nouveau facteur qui est la COVID-19 puisque 18% des personnes interrogées considèrent que ce virus les décourage de consulter le dentiste pour des soins dentaires.

Comme pour les facteurs facilitants dans l'étude pré-crise, les facteurs entravants étaient influencés par plusieurs facteurs socio-économiques tels que l'âge, le genre, l'éducation, la profession, le revenu annuel et la couverture dentaire ainsi que le gouvernorat.

L'ensemble des facteurs prédisposants, facilitants et entravants du recours aux soins dentaires déjà discutés nous amène à faire ressortir le renoncement aux soins comme une résultante importante que nous détaillerons dans ce qui suit.

4. Le renoncement aux soins dentaires

Dans l'étude nationale quantitative pré-crise conduite en 2019, nous avons noté que 23% des patients au Liban ont renoncé durant les 12 derniers mois à des soins médicaux pour des raisons financières. Comme noté plus haut, ce taux de renoncement était assez proche de celui de 25,4% en France tel que démontré par l'étude de Daabek et al (116). Quant au type de soins abandonnés, le renoncement aux soins dentaires était le plus fréquent avec une prévalence de 58%, pratiquement le même pourcentage que la France (116).

En réévaluant ces données en 2021 après un an de crise économique sévère, le COVID-19 et l'explosion du port de Beyrouth, il y eut une augmentation dramatique de ce chiffre pour les habitants de Beyrouth puisque 41% parmi eux ont dû renoncer à des soins médicaux pour des raisons financières et les 70% des soins renoncés étaient dentaires. Ceci contraste avec les 23% rapportés par une étude française qui explorait le taux de renoncement aux soins dentaires pendant la période du confinement ce qui marque la gravité de la crise économique libanaise (166).

Tableau 32: Renoncement aux soins médicaux au Liban en pré (2019) et post-crise (2021)

		Avant l'explosion (Liban)		Après l'explosion (Beyrouth)	
		Fréquence	Pourcentages (%)	Fréquence	Pourcentages (%)
Renoncement	Oui	247	23,2	43	40,95
	Non	818	76,8	62	59,04
Type de soins renoncés (n=247)	Dentaire	144	58,3	30	69,76
	Médical	118	47,8	17	39,53
	Optométrie	278	11,3	6	13,95

Le calcul de la signification statistique de cette différence est difficile en raison de la nature de cet événement inattendu, qui n'a pas permis un plan prospectif. Ceci est bien connu en cas de catastrophe, et c'est un défi majeur pour les chercheurs qui tentent de calculer l'impact de catastrophes (134).

Afin de pouvoir interpréter cette augmentation importante du renoncement aux soins dentaires, il faut regarder tous les autres facteurs qui pourraient influencer cette situation. Dans la période pré-crise, nous avons noté l'influence de multiples facteurs socio-démographiques sur le renoncement aux soins dentaires. Ainsi, des différences significatives ont été signalées dans les réponses des participants. Ces différences étaient liées à l'état civil, le niveau d'éducation, le revenu annuel, la présence ou l'absence de couverture sociale, le remboursement de soins dentaires, le coût de traitement, la relation avec le dentiste, l'oubli, le temps d'attente, le manque de besoin et les qualités du dentiste. Dans l'enquête post-crise, 7 des 11 facteurs ci-dessus ont disparu et seuls l'âge ($p=0,031$), le revenu annuel moyen ($p=0,002$), le coût du traitement ($p=0,038$) et la proximité ($p=0,041$) ont montré des différences vis à vis du renoncement aux soins.

Enfin, l'analyse de régression qui vise à éliminer toutes les interactions entre les variables, a montré que dans l'étude quantitative pré-crise, 3 facteurs ont impacté de manière significative le renoncement aux soins dentaires. Il s'agit de l'existence d'une couverture sociale ($OR=0,492$; $p=0,003$; $[CI=0,38-0,786]$), le coût du traitement ($OR=0,279$; $p<0,001$; $[CI=0,181-0,430]$) et un dernier facteur comportemental, représenté par la perception des qualités du dentiste ($OR=0,531$; $p=0,015$; $[CI=0,319-0,883]$). La même analyse effectuée sur les résultats de la seconde étude a révélé un changement important de la situation, ainsi les 3 facteurs mentionnés plus haut ont cédé la place à un seul critère qui est désormais la moyenne du revenu familial ($OR=0,54$; $p=0,02$; $[CI=0,33-0,90]$). Ainsi, pendant cette période de multi crises, seul l'aspect financier du foyer a de l'importance toute le reste ne comptant plus. Cette constatation rejoint une étude italienne qui a montré que les

raisons économiques étaient la principale cause de renoncement aux soins dentaires (140). Une étude récente a également montré que la barrière économique était un facteur très important de renoncement aux soins (141). Une autre étude française a également montré que les facteurs socio-économiques (parmi lesquels un revenu plus faible) étaient associés à un besoin plus important de soins dentaires (139). En fait, il semble que plus le revenu est faible, plus les gens sont enclins à reporter les soins dentaires, malgré leur nécessité. Cela pourrait s'expliquer par la nécessité de faire face à d'autres dépenses avec leur petit budget et d'éviter le coût des soins, sachant que les systèmes d'assurance n'offrent pas une couverture dentaire adéquate et décente dans de nombreuses régions, en particulier au Liban (12).

Enfin, la discussion générale des résultats de cette recherche montre leur pertinence par rapport à ceux de la littérature internationale en ajoutant l'impact des crises socio-économique, sanitaire et politique sur le contexte Libanais du recours. La généralisation des résultats nous permet de conclure ce travail en proposant une stratégie de promotion du recours aux soins dentaires au Liban.

Conclusions et recommandations

Cette recherche, première en son genre au Liban, a permis une analyse approfondie du recours aux soins dentaires au Liban. L'approche mixte de recherche a assuré une compréhension holistique de l'objet de la recherche. Elle a permis de collecter des informations et des données manquantes au Liban qui serviraient à proposer une stratégie de santé dentaire et des recommandations à suivre dans le but de favoriser le recours aux soins dentaires et par conséquent la santé buccodentaire de la population libanaise.

Le recours aux soins dentaires fut étudié dans les contextes de pré et post crise au Liban incluant la crise socio-économique et sanitaire en parallèle avec les répercussions de l'explosion du port de Beyrouth. Les déterminants du recours aux soins dentaires s'y sont retrouvés affectés et les résultats ont éclairé les aspects dominants à traiter. L'approche qualitative a permis d'identifier les déterminants du recours et de fournir à l'approche quantitative l'ensemble des variables à quantifier dans un objectif de représentativité des résultats sur l'ensemble du territoire libanais. Cette généralisation a fait ressortir les facteurs prédisposants, facilitants ainsi que ceux du renoncement aux soins dentaires dans un système libanais de santé affecté par de multiples crises où les inégalités sociales en santé se creusent pour amplifier les barrières aux soins.

La méconnaissance des liens entre santé générale et santé bucco-dentaire ainsi que des risques des maladies bucco dentaires constitue une barrière au recours. Elle se trouve renforcée par une perception négative et une peur du dentiste. L'OMS a introduit la notion de santé bucco-dentaire durable qui reconnaît que la santé bucco-dentaire est intrinsèque et inséparable de la santé générale et du bien-être. Il est par ailleurs reconnu que les soins bucco-dentaires font partie intégrante de la santé et du développement dès les premiers instants de la vie et tout au long de la vie.

Cependant, le coût financier des soins reste l'élément central dans le renoncement aux soins faute de couverture des soins dentaires ; facteur aggravé par la recrudescence de la pauvreté en post crise. Cette réalité multidimensionnelle caractérise les pays en développement où la précarité des systèmes de santé et des populations entravent l'accès aux soins et notamment le recours aux soins dentaires (167).

Il a été démontré qu'il faudra procéder d'une manière collective en impliquant au niveau des systèmes, plusieurs organismes de santé tout en tenant compte des spécificités socioculturelles de la population en question (71) pour contrer les inégalités et favoriser l'accès et la prévention notamment en santé bucco-dentaire. Dans la même mouvance, lutter contre les inégalités sociales qui entravent le recours aux soins dentaires est un des objectifs mondiaux pour atteindre la santé pour tous. la Stratégie mondiale pour la santé bucco-dentaire de l'Organisation mondiale de la santé et le projet de plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire 2023-2030, stipule que la santé bucco-dentaire est désormais reconnue comme une composante intégrale et primaire de l'agenda mondial de la santé (168). De plus, une nouvelle définition de la santé bucco-dentaire reconnaît que le modèle biomédical de ces soins n'est plus suffisant pour que les gens jouissent du meilleur état de santé bucco-dentaire possible ; il doit obligatoirement inclure les influences psychologiques, environnementales et sociales en plus de l'objectif curatif et centré sur la maladie.

Par ailleurs, la politique de l'amélioration de la santé dentaire de la population exige une approche holistique multidisciplinaire prenant en compte plusieurs aspects. Cette approche multidisciplinaire doit être incluse dans une stratégie de planification de programme de promotion de santé dentaire qui consiste en une combinaison d'actions éducatives et de mesures environnementales qui visent à créer des conditions favorables à la santé (13). Le programme de promotion de la santé tient compte des aspects individuels ainsi que des réalités environnementales pour permettre aux individus de gagner un plus grand contrôle sur les déterminants de leur

propre santé. Les activités planifiées d'éducation pour la santé et d'acquisition d'aptitudes et d'attitudes favorables en santé, interviennent dans le processus de développement et de changement afin de maintenir ou de promouvoir l'adoption d'un patron comportemental ou une condition de vie visant l'amélioration de la santé. Au cours du processus de planification et de développement des politiques et des programmes, il est également important de tenir compte des comportements des patients mais aussi de ceux qui contrôlent les ressources tels les acteurs significatifs dans le système politique et social et dans la communauté (13,169).

Comme la santé constitue un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques, la Charte d'Ottawa (18,170) a été élaborée par l'OMS pour définir cinq axes d'actions pour promouvoir, renforcer ou améliorer la santé des populations. En se basant sur les résultats de notre recherche et sur les axes d'Ottawa, nous proposons dans ce qui suit une série de recommandations et d'actions à adopter afin d'établir une stratégie de santé buccodentaire au Liban qui sera en ligne avec les tendances internationales.

Il s'agit de répartir notre stratégie sur cinq axes :

- Elaboration de politiques publiques saines.
- Création d'environnements favorables.
- Renforcement de l'action communautaire.
- Acquisition des aptitudes individuelles.
- Réorientation des services de santé.

1. Axe 1 : Élaboration de politiques pour la santé

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais

complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage l'équité en santé (18,170).

Dans le cadre libanais nous proposons ce qui suit :

- Accepter l'intégration de la santé bucco-dentaire au même titre que les autres secteurs dans toutes les politiques, en cohérence avec la « Déclaration d'Adélaïde en 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques » (171). Il est essentiel que les professionnels de la santé dentaire s'associent avec les dirigeants et décideurs du gouvernement et des ONG, que ce soit sur le plan local, régional, national.
- Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle pour la santé buccodentaire au Liban comme recommandé par l'OMS dans ses objectifs stratégiques pour 2023 (172). Pour mettre en œuvre cette couverture universelle qui répond au droit à la santé il faut prendre en considération le contexte libanais où l'Etat souffre d'une crise économique sans précédent et se trouve dans l'impossibilité de financer une telle action. Il s'agirait alors de développer des collaborations avec des instances internationales et les ONG internationales. Une première approche visant à l'implémentation de la couverture universelle au Liban est en cours en matière de santé générale (173). Une telle initiative ne devrait pas exclure la santé bucco-dentaire.
- Relancer le travail de la Commission nationale de santé bucco-dentaire qui œuvre sous le patronage du ministère de la santé et qui est actuellement en suspension d'activités pour de multiples raisons d'organisation. Renforcer le rôle de cette commission en lui procurant les moyens et ressources nécessaires pour définir une nouvelle stratégie nationale de santé bucco-dentaire. Elle pourra aussi assurer un suivi et les contrôles pour l'application des campagnes nationales de santé bucco-dentaire dans ses différents axes éducatifs et préventifs.

- Assurer un financement adapté afin de relancer les consultations dans les cliniques dentaires qui existent dans les centres de soins de santé primaires affiliés au ministère de la santé et au ministère des affaires sociales. La collaboration avec les ONG et les instances internationales serait primordiale en ce temps de crise vue l'incapacité de l'Etat Libanais à assurer le financement de ces activités. Il est à noter que la réorientation des soins bucco-dentaires existants vers les soins bucco-dentaires primaires donnant la priorité à l'intégration des soins bucco-dentaires essentiels dans les soins primaires est une recommandation de l'OMS (172). De même ce contrôle sur les centres de soins bucco dentaires doit inclure la qualité de travail ainsi que le contrôle de l'hygiène de ces cabinets. Enfin, une campagne visant l'amélioration de la réputation de ces centres serait bénéfique à la vue de la perception négative de la population envers ces centres. Ceci aurait un impact positif sur l'utilisation des services de santé et diminuerait les disparités dans les recours aux soins dentaires. Cette recommandation est en ligne avec la déclaration d'Alma Ata de l'OMS qui encourage le travail aux centres de soins de santé primaires comme moyen de lutte contre les inégalités sociales (17).
- Plaidoyer auprès du Parlement Libanais afin de susciter la promulgation de la loi concernant le projet de couverture des soins dentaires auprès de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) et des autres tiers payants (Mutuelle, assurances privées). Cette loi devrait jouer un rôle primordial dans la remédiation à la question d'accessibilité financière. De plus valoriser dans les modes de financement la prise en charge des soins conservateurs et modérer les tarifs prothétiques ce qui est en ligne avec d'autres recommandations internationales (71).
- Favoriser la politique de collaboration interministérielle autour de la promotion de la santé buccodentaire en organisant des campagnes médiatiques de sensibilisation (médias traditionnels, réseaux sociaux et publicitaires...).

- Appuyer la stratégie du Ministère de l'éducation (MDE) à assurer les consultations médicales dentaires pour tous les élèves des écoles publiques. La relance de cette activité suspendue depuis le début de la crise en 2020 est indispensable et nécessite un financement adapté. Dans ce cadre, l'organisation de séances d'information et prévention à destination des enfants et des parents dans les écoles primaires et complémentaires comme cela a été fait par le passé, semble indispensable. Une telle approche doit également s'adresser aux lycéens. Cette mesure pour porter ses fruits doit s'accompagner d'un suivi pour s'assurer que les enfants atteints de caries sont pris en charge (Feedback).
- Inciter le MDE à inviter les écoles publiques et privées à aborder la question de l'hygiène bucco-dentaire ainsi que les conséquences des pathologies odontologiques dans le cursus de la maternelle jusqu'aux classes secondaires. Jusqu'à ce jour, les classes secondaires ne sont pas incluses dans les campagnes nationales.
- Inclure les consultations dentaires dans le carnet de santé individuel de chaque citoyen. De plus, rendre ces consultations annuelles obligatoires et gratuites pour les moins de 15 ans. Les deux ordres des dentistes au Liban pourraient jouer un rôle dans le suivi d'une telle loi en incitant les dentistes d'accepter de faire ces consultations gratuitement dans la motivation que ça pourrait augmenter le nombre de leur clientèle vu qu'un certain nombre de traitements découlera de ces consultations.
- Plaidoyer pour l'exécution du décret-loi sur la fluoration du sel de table au Liban (7) qui a été travaillé en collaboration avec l'OMS et ratifié par le parlement en 2014. Malheureusement les circonstances politiques et économiques du pays n'ont pas permis jusqu'à nos jours l'application de ce décret-loi par des arrêtés ministériels empêchant toute fluoration du sel.

2. Axe 2 : Création d'environnements favorables

Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables (18,170).

Dans le cadre libanais de cet axe, nous proposons ce qui suit :

- Encourager les Kiosques (petits magasins à l'intérieur des écoles) des écoles publiques et privées à vendre des produits alimentaires plus adaptés à une bonne santé bucco-dentaire comme des fruits par exemples au lieu d'aliments riches en sucre tels que les friandises et autres boissons gazeuses. La question de la vente de ces produits pour les enfants les plus jeunes (écoles primaires) doit se poser et l'interdiction pourrait être la norme. Il serait alors pertinent de favoriser les jus frais et les produits laitiers. De même, généraliser le principe des jours thématiques « amis de la santé » comme par exemple « jour des fruits » ou « jour zéro sucre ». Des initiatives du Ministère de l'éducation ont pu voir le jour en pré-crise grâce à la collaboration avec des organisations internationales. Il faudrait les remettre en place en contexte de post-crise.
- Mettre en place au sein des universités, des cantines ou restaurants qui assurent à bon prix des plats du jour et des aliments protecteurs (lait, amandes, fromagerie) afin d'éviter de se contenter seulement d'une alimentation type « fast food ».
- Favoriser l'utilisation des outils thérapeutiques en cabinet dentaire et un plan de clarté des soins qui aident à minimiser l'anxiété des patients et la peur de subir une douleur lors des soins et/ou la peur de payer très cher dans le cabinet et prévenir donc l'apparition d'une perception négative du dentiste. Et cela en utilisant

des produits anesthésiques développés, une caméra intra-buccale pour expliquer tout acte au patient, l'inciter à parler et exprimer son angoisse et le rassurer en décrivant la procédure de soins. Il faudrait dans ce sens améliorer la formation des dentistes (cf. axe de réorientation des services de santé).

- Inclure les enseignants des écoles et les parents dans toutes les campagnes de prévention pour assurer un environnement psychosocial de renforcement favorable au comportement sain en matière de santé bucco-dentaire. L'efficacité de cette approche a été prouvée en matière buccodentaire au niveau de la transmission des informations et l'apprentissage de comportement buccodentaire sain (174).

3. Axe 3 : Renforcement de l'action communautaire

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé (18,170).

Dans le cadre libanais nous proposons ce qui suit :

- Initier au niveau local en s'appuyant sur les municipalités et avec le soutien des ONGs des campagnes de prévention bucco-dentaire portant notamment sur la prise en charge préventive.
- Encourager les entreprises locales à financer des actions de prévention des pathologies bucco-dentaires au titre de leur responsabilité sociale.

- Organiser des journées portes ouvertes dans les centres de soins et les cliniques privées en ciblant les régions rurales. Ces journées pourraient inclure des activités de prévention ainsi que des consultations gratuites. Ces activités auraient pour but non seulement d'évaluer l'état buccodentaire de la population mais de créer un contact direct entre les patients et les dentistes dans un environnement positif. Ceci aiderait à minimiser la crainte des individus face aux soins dentaires et à améliorer la perception générale des dentistes et des soins dentaires.

4. Axe 4 : Acquisition des aptitudes individuelles

La promotion de la santé favorise le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet à la population d'apprendre à faire face aux problèmes de santé à tous les stades de leur vie et à mieux appréhender les traumatismes et maladies chroniques. La création délibérée des possibilités d'apprendre se fait grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent une responsabilisation en santé et un « empowerment » au niveau de la santé des individus et des communautés. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire (18,170,175).

Dans le cadre libanais nous proposons ce qui suit :

- Sensibiliser les jeunes et les adultes sur les dangers liés aux facteurs de risques des maladies bucco-dentaires ainsi qu'à ceux liés au non recours aux services de soins. Cette sensibilisation peut se faire à travers l'organisation des interventions éducatives et préventives en milieu scolaire et universitaire et les municipalités en collaboration avec l'ordre des dentistes. Elle visera à augmenter chez les bénéficiaires leur niveau de connaissances, d'empowerment, et de compétences psycho-sociales pour exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé dentaire et faire des choix positifs la concernant.

- Développer un plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire basé sur l'approche par les facteurs de risque communs (tabac, sucreries, alcool, boissons gazeuses) aux maladies non transmissibles (MNT) et aux maladies buccales. Ceci permettrait une meilleure utilisation des ressources et une approche holistique de la santé.
- Orienter les séances de prévention auprès de la population d'une façon ciblée pour combler les lacunes de connaissances identifiées dans ce travail ou dans d'autres travaux de recherche comme par exemple la relation entre santé buccale et santé générale, les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires et l'auto-traitement.
- Lancer des campagnes de sensibilisation répétitives dans les médias : Diffuser tout au long de l'année des campagnes médiatiques en coopération avec le ministère de l'information (MDI), les mass médias, le ministère de la santé et l'Ordre des dentistes au Liban visant la santé dentaire. Ces campagnes doivent bien sûr s'appuyer sur les différents modes de communication numériques permettant de toucher les jeunes (réseaux sociaux, influenceurs...). Des messages en relation avec le recours aux soins et la prévention peuvent être diffusés dans cette campagne continue. Les spots doivent couvrir non seulement l'aspect informatif ou les connaissances mais plutôt aussi l'attitude des gens et leurs perceptions des dentistes, des soins préventifs et du danger de l'auto traitement. De même une partie de cette campagne doit être consacrée aux efforts d'évolution de la perception qu'ont les gens des centres de soins primaires.

5. Axe 5 : Réorientation des services de santé

La tâche de la promotion de la santé est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous ces acteurs doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé, en associant

prévention et soins curatifs. Cela exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels (18,170).

Dans le cadre libanais nous proposons ce qui suit :

- Encourager l'orientation des soins pour qu'ils soient axés sur la prestation de soins préventifs et d'interventions très peu invasives. Cette recommandation est appuyée par l'OMS dans son Rapport de situation sur la santé buccodentaire dans le monde (172).
- Renforcer une approche multidisciplinaire avec une coordination entre tous les ministères concernés par le problème du non recours aux soins dentaires pour assurer une approche holistique qui abordera à égalité le médical et le psychosocial. Selon l'OMS, divers professionnels de la santé bucco-dentaire ayant des rôles complémentaires doivent travailler ensemble, en collaboration avec d'autres équipes de soins de santé ou de soins communautaires (172).
- Améliorer la diversification de l'offre de soins pour répondre à l'ensemble des besoins avec l'expérimentation de nouvelles formes d'exercice (réseaux, structures intermédiaires). Cette diversification permettra de mieux répondre aux besoins spécifiques (handicapés, personnes âgées dépendantes) de la population (71).
- Encourager l'utilisation des fluorures pour améliorer la santé bucco-dentaire. Les caries dentaires peuvent être efficacement combattues par la réduction de la consommation de sucres, mais aussi grâce à un apport optimal de fluorure à la population (172). La recommandation citée plus haut sur la fluoration du sel de table va dans le même sens sachant que la fluoration de l'eau au Liban n'est pas recommandée vu la grande diversité des sources d'eaux, le manque de contrôle au niveau des châteaux d'eau, les canalisations anciennes non adaptées à la

fluoration ainsi que l'utilisation par une partie de la population d'eau minérale plutôt que de l'eau du robinet (176).

- Favoriser un renforcement de la formation des professionnels de santé ainsi que des spécialistes de la santé bucco-dentaire dans ce domaine. La formation devrait inclure des compétences sur les déterminants sociaux de la santé, la planification globale en santé et les mécanismes de changement de comportement. De même, il faut insister dans la formation initiale sur la santé publique dentaire et sur l'importance de consacrer du temps aux patients pour l'explication des messages de prévention. Les dentistes seront invités à revoir leur rôle en tant qu'agent de développement pour une meilleure santé bucco-dentaire. De plus, il est nécessaire de développer chez les jeunes dentistes des soft skills leur permettant une plus grande empathie et une meilleure écoute des patients.
- Dans le cabinet dentaire il est indispensable de développer les dossiers médicaux des patients et encourager le passage à l'enregistrement électronique pour assurer un système de rappel des consultations de suivi. Un rappel qui devrait être obligatoire pour les moins de 15 ans.

En plus de ces recommandations qui suivent les 5 axes et en concordance avec la littérature internationale (71), nous proposons de développer une surveillance épidémiologique (177) nationale dentaire ajoutée à celle existante au niveau des maladies transmissibles menée par le Ministère de la santé publique Libanaise. Les résultats de cette surveillance pourraient servir de socle à des décisions basées sur les évidences scientifiques et sur des données actualisées du contexte libanais en matière de santé bucco-dentaire. De plus, il faudrait encourager le domaine de la recherche dans ce sens, en effet un point de départ de ce travail a été le constat de l'absence de données fiables concernant la santé buccodentaire au Liban.

En conclusion de ce travail, nous considérons que les données obtenues reflètent la réalité du recours dentaire au Liban et fournissent un socle nécessaire/suffisant pour développer les politiques publiques et les recherches scientifiques multidisciplinaires nécessaires à la promotion du recours aux soins dentaires. Par ailleurs, la stratégie de promotion de santé dentaire proposée favorisera le recours aux soins buccodentaires, responsabilisera le système de santé et les communautés, encouragera la mise en place de la couverture universelle en santé au Liban. Cependant, notons que les recherches (178,179) ont démontré qu'une couverture universelle dentaire n'est pas suffisante à elle seule pour réduire les écarts en matière de santé buccodentaire. Une compréhension plus vaste des déterminants sociaux et comportementaux reste indispensable. D'où cette recherche traitant des différents déterminants du recours aux soins buccodentaires qui pourrait contribuer à réduire activement les inégalités sociales en santé dans le contexte de post crise sanitaire, économique et sociale. Elle aidera le Liban à répondre aux objectifs de la promotion de la santé dans le cadre des objectifs du développement durable 2030 en matière d'accès et du recours aux soins dentaires au Liban.

Bibliographie

1. Martínez GR, Albuquerque A. O direito à saúde bucal na Declaração de Liverpool. *Rev Bioét.* 2017 Aug;25(2):224–33.
2. Williams DM. The Research Agenda on Oral Health Inequalities: The IADR-GOHIRA Initiative. *Med Princ Pr.* 2014;23(Suppl. 1):52–9.
3. World Health Organization. Selon l’OMS, le défaut de soins bucco-dentaires touche près de la moitié de la population mondiale [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/fr/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
4. Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. Social inequalities in oral health: from evidence to action [Internet]. *Int Cent Oral Health Inequalities Res Policy* [Internet]. 2015; Available from: https://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts_frontpage/SocialInequalities.pdf
5. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Aug;40(4):289–96.
6. Williams DM, Sheiham A, Honkala E. Addressing Oral Health Inequalities in the Africa and Middle East Region. *J Dent Res.* 2015 Jul 7;94(7):875–7.
7. Doumit M, Doughan B, Baez R. Programme pour la Santé Bucco-Dentaire au LIBAN: L’assistance technique pour le développement d’études préliminaires à la fluoruration du sel [Internet]. 1st ed. Presses academiques francophones; 2016. Available from: <https://www.perlego.com/book/3206568/programme-pour-la-sant-buccodentaire-au-liban-lassistance-technique-pour-le-dveloppement-dtudes-prliminaires-la-fluoruration-du-sel-pdf>
8. Doughan B, Kassak K, Bourgeois DM. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old adults in Lebanon. *Int Dent J.* 2000 Dec;50(6):395–9.
9. Bochi G. Exploring pluralism in oral health care: Dom informal dentists in northern Lebanon. *Med Anthr Q.* 2015 Mar;29(1):80–96.
10. Chen B, Cammett M. Informal politics and inequity of access to health care in Lebanon. *Int J Equity Health.* 2012 May 9;11:23.
11. Salti N, Chaaban J, Raad F. Health equity in Lebanon: a microeconomic analysis. *Int J Equity Health.* 2010;9(1):11.
12. Saliba Sfeir C. Recours aux soins et couverture médicale au Liban. Collection Logiques sociales. Paris: l’Harmattan; 2016.
13. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mayfield Publishing Company; 1991. 536 p.

14. Crosby R, Noar SM. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *J Public Health Dent.* 2011;71 Suppl 1:S7-15.
15. Porter CM. Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Educ J.* 2016 Oct;75(6):753–64.
16. Alasutari P, Bickman L, Brannen J. *The SAGE Handbook of Social Research Methods* [Internet]. 1 Oliver’s Yard, 55 City Road [Internet]. United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2008 [cited 2023 Oct 9]. Available from: <http://methods.sagepub.com/book/the-sage-handbook-of-social-research-methods>
17. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
18. World Health Organization. First International Conference on Health Promotion. In: *First International Conference on Health Promotion* [Internet]. Ottawa; 1986. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
19. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240061484>
20. World Health Organization. Santé bucco-dentaire [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
21. Touger-Decker R, Loveren C. Sugars and dental caries. *Am J Clin Nutr.* 2003 Oct;78(4):881S-892S.
22. Borojevic T. Smoking and periodontal disease. *Mater Socio-Medica.* 2012;24(4):274–6.
23. Saintrain MVDL, Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life: Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology.* 2012 Jun;29(2):e632–6.
24. Kimmie-Dhansay F, Pontes CC, Chikte UME, Chinhenzva A, Erasmus RT, Kengne AP. Impacts of Tooth Loss on OHRQoL in an Adult Population in Cape Town, South Africa. *Int J Env Res Public Health.* 2021 May 8;18(9):4989.
25. Tranby EP, Heaton LJ, Tomar SL, Kelly AL, Fager GL, Backley M, et al. Oral Cancer Prevalence, Mortality, and Costs in Medicaid and Commercial Insurance Claims Data. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* 2022 Sep 2;31(9):1849–57.
26. Haute Autorité Santé. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 25]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus
27. Damé-Teixeira N, Alves LS, Susin C, Maltz M. Traumatic dental injury among 12-year-old South Brazilian schoolchildren: prevalence, severity, and risk indicators: Traumatic dental injury among Brazilian schoolchildren. *Dent Traumatol.* 2013 Feb;29(1):52–8.

28. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral Health Over the Life Course. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D, editors. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2015 [cited 2023 Jul 28]. p. 39–59. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-20484-0_3
29. Baiju RM, Peter E, Varghese NO, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2017 Jun;11(6):ZE21–6.
30. Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. *Essential Dental Public Health* [Internet [Internet]]. 2nd ed. Oxford University Press; 2013 [cited 2023 Aug 24]. Available from: <https://academic.oup.com/book/41783>
31. World Health Organization. Cent quarante-huitième session [Internet]. 2021 Sep [cited 2023 Sep 25]. Report No.: EB148.R1. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_R1-fr.pdf
32. World Health Organization. Santé bucco-dentaire Améliorer la santé bucco-dentaire dans le cadre des travaux portant sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles à l’horizon 2030 [Internet]. 2020 Dec [cited 2023 Aug 25]. Report No.: EB148/8. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_8-fr.pdf
33. Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases. *Umbrella Rev Prev Chronic Dis*. 2019 Sep 26;16:180641.
34. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):249–60.
35. Glick M, Williams DM, Yahya IB, Bondioni E, Cheung WWM, Clark P. Santé bucco-dentaire optimale pour tous Vision 2030 [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 25]. Available from: https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-fra_0.pdf
36. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health World Health Assembly 2007. *Int Dent J*. 2008 Jun;58(3):115–21.
37. Ogunbodede EO, Kida IA, Madjapa HS, Amedari M, Ehizele A, Mutave R. Oral Health Inequalities between Rural and Urban Populations of the African and Middle East Region. *Adv Dent Res*. 2015 Jul 1;27(1):18–25.
38. National Institutes of Health. Oral Health in America: Advances and Challenges [Internet. Natl Inst Health [Internet]. 2021 [cited 2023 Sep 25]; Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2021-12/Oral-Health-in-America-Executive-Summary.pdf>
39. Luo H, Wu Q, Bell RA, Wright W, Quandt SA, Basu R. Rural-Urban Differences in Dental Service Utilization and Dental Service Procedures Received Among US Adults: Results From the 2016 Medical Expenditure Panel Survey. *J Rural Health*. 2021 Jun;37(3):655–66.

40. Moin M, Maqsood A, Haider MM, Asghar H, Rizvi KF, Shqaidef A. The Association of Socioeconomic and Lifestyle Factors with the Oral Health Status in School-Age Children from Pakistan: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*. 2023 Jan;11(5):756.
41. de Andrade FB, Antunes JLF, Andrade FCD, Lima-Costa MFF, Macinko J. Education-Related Inequalities in Dental Services Use among Older Adults in 23 Countries. *J Dent Res*. 2020 Nov;99(12):1341–7.
42. Bonnet P. Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins [Internet. Univ Paul Valéry Montp [Internet]. 2002;3. Available from: http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf
43. Clark R, Coffee N. Why measuring accessibility is important for public health: a review from the Cardiac ARIA project. *Can J Ophthalmol*. 2011;8(1):3–8.
44. Thomas JW, Penchansky R. Relating Satisfaction With Access to Utilization of Services. *Med Care*. 1984 Jun;22(6):553–68.
45. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981 Feb;19(2):127–40.
46. Picheral H. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Montpellier, France: Université Montpellier III/GEOS; 2001. 308 p.
47. Lambert DC. Le mythe de l'équidistribution des états de santé ». *Rev D'Economie Régionale Urbaine Numéro Spéc*. 1985;389–419.
48. Lombraïl P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Trib Santé*. 2005;8(3):31–9.
49. Jusot F. Inégalités sociales de santé : Quels constats? Quels leviers d'action? [Internet]. LEDA-LEGOS; 2010 [cited 2023 Sep 25]. Available from: <https://docplayer.fr/474609-Inegalites-sociales-de-sante-quels-constats-quels-leviers-d-action-florence-jusot-leda-legos-univ-paris-dauphine-irdes.html>
50. Cantoreggi N. Groupe de recherche en environnement et santé (GRES), Institut des sciences de l'environnement - Université de Genève. In: Pondération des déterminants de la santé en Suisse [Internet]. Genève: Université de Genève; 2010 [cited 2023 Sep 25]. Available from: https://perruchenautomne.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/100806_GRES_Schlussbericht-Gesundheitsdeterminanten.pdf
51. Levasseur M. Santé Québec Et la santé, ça va en 1992-1993? 1992. p. 199–209.
52. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge. *Sci Soc Santé*. 2008 Sep;26(3):47–72.
53. Shields M, Shoostari S. Determinants of self-perceived health. *Health Rep*. 2001 Dec;13(1):35–52.
54. Guyon L. La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec. *Cah Qué Démographie*. 2008 Oct 24;17(2):193–212.

55. World Health Organization. Division of Health Promotion E. Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. 1998 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/67245>
56. PromoSanté IdF. Concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 14]. Available from: <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-referance/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux>
57. Labour Force and Household Living Conditions Survey (LFHLCS) in Lebanon 2018-2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Sep 26]. Available from: http://www.ilo.org/beirut/publications/WCMS_732567/lang--en/index.htm
58. Lebanon. United Hands Relief. UHR [Internet]. 2023 Jul 28; Available from: https://uhrelief.org/lebanon/?gclid=CjwKCAiAjPyfBhBMEiwAB2CCInKtC_sr4NDMK2VuT4GP8aJaXQbKIngkeNy9adk72KoTxptOy4z1aBoCWLEQAvD_BwE
59. Bacha FE. Libnanews, Le Média Citoyen du Liban. 5.5 millions de Libanais dont 1.3 millions à l'étranger, la communauté chrétienne du Liban proportionnellement moins nombreuse qu'avant [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug 24]. Available from: <https://libnanews.com/liban-demographie-libanais-etrangers-religion/>
60. Le Petit Journal.com. Le Liban, une mosaïque confessionnelle [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://lepetitjournal.com/beyrouth/le-liban-une-mosaique-confessionnelle-160827>
61. Knoema. Liban Dépense de santé, % du PIB, 1960-2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 24]. Available from: <https://knoema.fr//atlas/Liban/D>
62. Lebanon Healthcare Spending 2000-2023 [Internet]. [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.macrotrends.net/countries/LBN/lebanon/healthcare-spending>
63. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). France: Country Health Profile 2021 | en | OECD [Internet]. [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.oecd.org/health/france-country-health-profile-2021-7d668926-en.htm>
64. Central Administration of Statistics [Internet]. [cited 2023 Jul 28]. Available from: <http://www.cas.gov.lb/>
65. Lebanon GDP. Gross Domestic Product 2018 | countryeconomy.com [Internet]. Jul 28 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://countryeconomy.com/gdp/lebanon?year=2018>
66. Rapport mondial 2023: Liban | Human Rights Watch [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://www.hrw.org/fr/world-report/2023/country-chapters/lebanon>
67. Beyrouth. 4 août 2020 - 4 août 2021. Leban ReliefWeb Internet [Internet]. 2021 Jul 28 [cited 2023 Jul 28]; Available from: <https://reliefweb.int/report/lebanon/beyrouth-4-ao-t-2020-4-ao-t-2021>
68. Liban : le système de santé s'effondre, conséquence d'une grave crise économique et politique | Médecins sans frontières [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 28]. Available from:

<https://www.msf.fr/actualites/liban-le-systeme-de-sante-s-effondre-consequence-d-une-grave-crise-economique-et-politique>

69. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia (ESCWA). Multidimensional poverty in Lebanon (2019-2021) Painful reality and uncertain prospects [Internet]. 2021. Available from: https://www.unescwa.org/sites/default/files/news/docs/21-00634-_multidimensional_poverty_in_lebanon_-policy_brief_-_en.pdf
70. Laajala A, Pesonen P, Anttonen V, Laitala ML. Association of Enamel Caries Lesions with Oral Hygiene and DMFT among Adults. *Caries Res.* 2019;53(4):475–81.
71. Azogui-Lévy S, Boy-Lefèvre ML. La santé bucco-dentaire en France. *ADSP.* 2005 Jan 1;51:4–8.
72. Association Dentaire Canadienne. L'état de la santé buccodentaire au Canada [Internet]. 2017 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.cda-adc.ca/etatdelasantebuccodentaire/>
73. Ibrahim M. Dietary Habits Eating Practices and DMFT Index among Adults Attending Dental Clinics in Amman, Jordan. In: *Nutr Clínica Dietética Hosp* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 28]. Available from: <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/view/183>
74. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. 2003.
75. Abdel Malak C, Romanos A, Rachidi S. Oral health status of 12- and 15-year-old Lebanese school children. *East Mediterr Health J.* 2021 Jun 30;27(6):595–604.
76. Kasparian C, Ammar W. L'enquête nationale sur les dépenses et l'utilisation des services de santé par les ménages 1999. Ministère de la Santé Publique - Administration Centrale de la Statistique – Banque Mondiale; 2001. 143 p.
77. Dawaliby. Much more than oral health is at stake. World Oral Health Day, ICD: Study Club;
78. World Health Organization. Oral Health France 2022 country profile [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/oral-health-fra-2022-country-profile>
79. World Health Organization. Oral Health Lebanon 2022 country profile [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/oral-health-lbn-2022-country-profile>
80. World Health Organization. Oral Health United States of America 2022 country profile [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/oral-health-usa-2022-country-profile>
81. Sacy A. Socio economic status of a dentist in Lebanon in 2014. World Oral Health Day, ICD: Study Club;
82. Thompson B, Cooney P, Lawrence H, Ravaghi V, Quiñonez C. The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study. *BMC Oral Health.* 2014 Dec;14(1):78.

83. Worldometer. Lebanon Population 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://www.worldometers.info/world-population/lebanon-population/>
84. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD. 2022 [cited 2023 Sep 26]. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle [Internet]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
85. Doughan B, Kassak K, Bourgeois D. Planning dental manpower in Lebanon: scenarios for the year 2015. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*. 2005;11(5–6):943–51.
86. El-Khoury B. Inégalités de revenus: Liban au 129 rang parmi 141 pays [Internet]. *Commerce du Levant*; 2017 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.lecommercedulevant.com/article/27393-ingalits-de-revenus-le-liban-au-129e-rang-parmi-141-pays>
87. Lebanese Dental Association. Beirut – Official Website [Internet]. [cited 2023 Aug 8]. Available from: <https://www.lida.org.lb/>
88. Kronfol NM. Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms. *East Mediterr Health J*. 2006;12(3).
89. Fortin MF, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche*, 3e édition. Chenelière Educ [Internet]. 2016 [cited 2023 Sep 26]; Available from: <https://www.cheneliere.ca/fr/fondements-et-etapes-du-processus-de-recherche-3supesup-edition-9896.html>
90. Organisation Internationale de la Francophonie. Liban Impact économique du COVID 19. [Internet]. [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://www.francophonie.org>
91. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD. Influences on children’s oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):e510-520.
92. Green L, Kreuter M. *Health program planning, an educational and ecological approach*. 4th ed. New York; 2005.
93. Beaudry M, Hamelin AM. Introduction à la partie « PRECEDE » du modèle « PRECEDE-PROCEED » pour planifier et évaluer des programmes de promotion de la santé – son application en nutrition publique. *Cah Nutr Publique*. 2004;3.
94. American Dental Association. Breaking down barriers to oral health for all Americans: the role of workforce. *J Calif Dent Assoc*. 2011 Jul 7;39(7):491–502.
95. Andre S. Constat sur le corps dentaire au Liban. *JLDA- J Leban Dent Assoc*. 2004;2(41):55–60.
96. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. *Med Princ Pr Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 2014;23(4):295–301.

97. Dieng SN, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Levy S. État de santé, offre et recours aux soins bucco-dentaires chez les enfants sénégalais : synthèse des données disponibles. *Santé Publique*. 2016;28(2):257–65.
98. Doumit M, Doughan B. Dental caries and fluorosis among children in Lebanon. 2018;29(3):317–22.
99. Knoema. Liban Dentistes 1922-2022 [Internet]. 1922 [cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://knoema.fr/atlas/Liban/topics/Sant%c3%a9/Ressources-humaines-pour-la-Sant%c3%a9/Dentistes>
100. Martineau S. L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Hors Ser*. 2007;5:70–81.
101. Mohannad Nawwaf Khandakji. Disparities in access to dental care: A crosssectional study in Beirut secondary school children, [Internet]. Lebanon: American University of Beirut; 2015 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <https://scholarworks.aub.edu.lb/bitstream/handle/10938/10864/b18462856.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
102. World Health Organization. Santé bucco-dentaire dans le monde [Internet]. 2012. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
103. Osta N, Tubert S, Naaman N, Osta LE, Geahchan N. Vieillesse de la population Libanaise: démographie, évaluation sanitaire et impact en santé bucco-dentaire. *Int Arab J Dent* [Internet]. 2010 Jun 13 [cited 2024 Jan 4]; Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/VIEILLISSEMENT-DE-LA-POPULATION-LIBANAISE%3A-ET-EN-Osta-Tubert/d0d9ef4042ba5bcbea274937fcf25d638ae08e6a>
104. Sivaramakrishnan K, Parker RG. The United Nations High Level Meeting on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: A Missed Opportunity? *Am J Public Health*. 2012;102(11):2010–2.
105. Williams DM. Global oral health inequalities: the research agenda. *J Dent Res*. 2011 May;90(5):549–51.
106. World Health Organisation. Oral Health Surveys Basic Methods. Fifth. 2013.
107. Pizem P, Dedobbeleer N. Validation préliminaire d'une affiche sur l'hygiène buccale des personnes âgées. *Santé Publique*. 2001;13(3):277–85.
108. Daou D, Josseran L, Saliba C. Recours aux soins dentaires au Liban : de la perception vers la réalité. *Santé Publique*. 2022;34(3):429–38.
109. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral health literacy among adult patients seeking dental care. *J Am Dent Assoc*. 2007 Sep;138(9):1199–208.
110. Mattos G, Sirineu C, Teixeira B, Gallagher J, Paiva S, Abreu M. A Survey of the Perception of Comprehensiveness among Dentists in a Large Brazilian City. *Int J Env Res Public Health*. 2014;16;11(4):4249–61.

111. Loignon C, Allison P, Landry A, Richard L, Brodeur JM, Bedos C. Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. *J Dent Res*. 2010 Sep;89(9):991–5.
112. Tardivo D, Daguzan A, Peyrot B, Gentile S, Sambuc R. Evaluation of the action “MT Dents” for 6 year old schoolchildren on two deprived neighborhood in Marseille, France. *Odonto Stomatol Trop Dent J*. 2016 Dec;39(156):25–39.
113. Rezaei S, Hajizadeh M, Irandoost SF, Salimi Y. Socioeconomic inequality in dental care utilization in Iran: a decomposition approach. *Int J Equity Health*. 2019 Dec;18(1):161.
114. Bouyer J. Méthodes statistiques. Médecine-Biologie - Jean Bouyer [Internet]. Vuibert; 2017 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.decitre.fr/livres/methodes-statistiques-9782311660074.html>
115. Ministère de l'éducation. Schools Handbook - Educational Center for Research and Development. Lebanon. 2016;
116. Daabek N, Bailly S, Foote A, Warin P, Tamisier R, Revil H. Why People Forgo Healthcare in France: A National Survey of 164 092 Individuals to Inform Healthcare Policy-Makers. *Int J Health Policy Manag*. 2022 Dec 1;11(12):2972–81.
117. Gilbert GH, Shelton BJ, Scott Chavers L, Bradford EH. The Paradox of Dental Need in a Population-Based Study of Dentate Adults: *Med Care*. 2003 Jan;41(1):119–34.
118. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S. Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France: *Santé Publique*. 2018 Jun 12;30(2):243–51.
119. Adler NE, Stewart J. Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Ann N Acad Sci*. 2010;1186:5–23.
120. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, LaVeist T, Borrell LN, Manderscheid R. Health Disparities and Health Equity: The issue is justice. *Am J Public Health*. 2011 Dec;101(Suppl 1):S149-55.
121. Gerbert B, Bleecker T, Saub E. Dentists and the Patients Who Love Them: Professional and Patient Views of Dentistry. *J Am Dent Assoc*. 1994 Mar;125(3):264–72.
122. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems With Access to Dental Care for Medicaid-Insured Children: What Caregivers Think. *Am J Public Health*. 2002 Jan;92(1):53–8.
123. Yuan S, Freeman R, Hill K, Newton T, Humphris G. Communication, Trust and Dental Anxiety: A Person-Centred Approach for Dental Attendance Behaviours. *Dent J*. 2020 Oct 13;8(4):118.
124. Azogui-Lévy S. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire [Internet]. 2005 [cited 2023 Sep 26]. Available from: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>
125. Wamala S, Merlo J, Bostrom G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Dec 1;60(12):1027–33.

126. Diop M, Kanoute A, Diouf M, Guirassy ML, Sougou NM, Ndiaye AD. Oral Healthcare Renunciation and Socioeconomic Determinants. *Open J Epidemiol*. 2018 Aug 8;8(3):109.
127. Ocwia J, Olum R, Atim P, Laker F, Okot J, Sereke SG, et al. Oral health seeking behaviors of adults in Nebbi District, Uganda: a community-based survey. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):453.
128. Lebanon Food Inflation. Oct Forecast [Internet]. 2023 Sep [cited 2023 Oct 3]; Available from: <https://tradingeconomics.com/lebanon/food-inflation>
129. Corriero AC, Aborode AT, Reggio M, Shatila N. The impact of COVID-19 and the economic crisis on Lebanese public health: Food insecurity and healthcare disintegration. *Ethics Med Public Health*. 2022;24:100802.
130. Proverbes. Les Proverbes, Le Site — Un malheur ne vient jamais seul [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <http://les-proverbes.fr/site/proverbes/un-malheur-ne-vient-jamais-seul/>
131. Bizri AR, Dada BA, Haschicho MH. Defamed relations: host community and refugees. *Lancet Lond Engl*. 2019 Apr 27;393(10182):1697–8.
132. Shallal A, Lahoud C, Zervos M, Matar M. Lebanon is losing its front line. *J Glob Health*. 2021 Mar 27;11:03052.
133. FDI launches call to support dentists who lost their practices in the Beirut explosion | FDI [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/fdi-launches-call-support-dentists-who-lost-their-practices-beirut-explosion>
134. Parker AM, Edelman AF, Carman KG, Finucane ML. On the Need for Prospective Disaster Survey Panels. *Disaster Med Public Health Prep*. 2020 Jun;14(3):299–301.
135. Knapp TR. Why Is the One-Group Pretest-Posttest Design Still Used? *Clin Nurs Res. Clin Nurs Res*. 2016 Oct;25(5):467–72.
136. Gebran A, Abou Khalil E, El Moheb M, Albaini O, El Warea M, Ibrahim R. The Beirut Port Explosion Injuries and Lessons Learned: Results of the Beirut Blast Assessment for Surgical Services (BASS) Multicenter Study. *Ann Surg*. 2022 Feb 1;275(2):398–405.
137. Middle East Eye. Beirut explosion: Hospitals struggle to cope as injured Lebanese walk streets [Internet]. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.middleeasteye.net/news/beirut-explosion-medics-rally-after-port-blast>
138. Lebanese unite to assist victims following Beirut massive explosion | Annahar [Internet] [Internet]. [cited 2023 Aug 18]. Available from: <https://www.annahar.com/english/article/1249853-lebanese-unite-to-assist-victims-following-beirut-massive-explosion>
139. Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. *PLOS ONE*. 2016 Jul 21;11(7):e0158842.

140. Camoni N, Cordio G, Capasso L, Gaeta M, Vitale MC, Arpesella M. Why do people renounce dental health care? An analysis of data from the Italian population. *Ig E Sanita Pubblica*. 2018;74(2):129–35.
141. Steinvik LM, Svartdal F, Johnsen JAK. Delay of Dental Care: An Exploratory Study of Procrastination, Dental Attendance, and Self-Reported Oral Health. *Dent J*. 2023 Feb 20;11(2):56.
142. Dan AD, Ghergic DL. Knowledge and Skills Level on Oral Health Among Students at the “Ferdinand I” Military Technical Academy in Bucharest. *J Med Life*. 2020 Oct;13(4):562–7.
143. Fontana M, González-Cabezas C, de Peralta T, Johnsen DC. Dental Education Required for the Changing Health Care Environment. *J Dent Educ*. 2017 Aug;81(8):eS153–61.
144. Inglehart MR, Lee AH, Koltuniak KG, Morton TA, Wheaton JM. Do Waiting Times in Dental Offices Affect Patient Satisfaction and Evaluations of Patient-Provider Relationships? A Quasi-experimental Study. *J Dent Hyg JDH*. 2016 Jun 3;90(3):203–11.
145. Toh JR, Wooi N, Tan SN, Wong K, Lopez-Silva C, Zafar S. Association between lack of dental service utilisation and caregiver-reported caries in Australian Indigenous children: A national survey. *J Paediatr Child Health*. 2022 Dec;58(12):2218–24.
146. Ahmed MA, Jouhar R, Faheemuddin M, AlJafar A, Alabawi H, Alhumaidi B. Assessment of Oral Health Knowledge, Attitude, Practice and DMFT Scores among Patients at King Faisal University, Al-Ahsa. *Med Kaunas Lith*. 2023 Mar 30;59(4):688.
147. Sharma A. Oral Health Literacy and Oral Health Practices in South Asian Populations [Internet]. 2020. Available from: https://digitalcommons.lib.uconn.edu/gs_theses/1511
148. Singh A, Gambhir RS, Singh S, Kapoor V, Singh J. Oral health: How much do you know? – A study on knowledge, attitude and practices of patients visiting a North Indian dental school. *Eur J Dent*. 2014 Jan 8;8(1):063–7.
149. Bancolé Pognon SA, Houinato DS, Djigbenoude O, Segnon Agueh J. Facteurs de risque communs aux maladies bucco-dentaires et aux maladies non transmissibles à Cotonou (Bénin). *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2013 Jul;19(3):155–9.
150. Hollatz S, Wacker-Gussmann A, Wilberg S, Folwaczny M, Neidenbach R, Kaemmerer H. Awareness of oral health in adults with congenital heart disease. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2019 Oct;9(S2):81–91.
151. Akl S, Ranatunga M, Long S, Jennings E, Nimmo A. A systematic review investigating patient knowledge and awareness on the association between oral health and their systemic condition. *BMC Public Health*. 2021 Dec;21(1):2077.
152. Warin P. Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours. *Inf Soc*. 2013;178(4):52–62.
153. Alhadj MN, Halboub E, Amran AG, Alkheraif AA, Al-Sanabani FA, Al-Makramani BM. Link between perceived oral and general health status among Yemeni adult dental patients. *BMC Oral Health*. 2019 Dec;19(1):93.

154. L'espace Datapresse. Etude OpinionWay pour Doctolib : les Français et leur peur du dentiste [Internet]. Available from: https://www.espacedatapresse.com/fil_datapresse/consultation_cp.jsp?idcp=2815353
155. Lahti S, Vehkalahti MM, Nordblad A, Hausen H. Dental fear among population aged 30 years and older in Finland. *Acta Odontol Scand*. 2007 Jan;65(2):97–102.
156. Kheir OO, Ziada HM, Abubakr NH, Abdel-Rahman ME, Fadl SM, Ibrahim YE. Patient–dentist relationship and dental anxiety among young Sudanese adult patients. *Int Dent J*. 2019 Feb;69(1):35–43.
157. Straet A, Picard C. Le patient et sa maladie : tout un vécu à prendre en compte. *Rev Médecine Générale* [Internet]. 2007 Dec;248. Available from: https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/248/RMG248_430-432.pdf
158. Castry M, Wittwer J, Montagni I, Tzourio C. Les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières des étudiants – une analyse à partir de l'étude i-Share. *Rev Économie Polit*. 2019 Sep 17;129(4):467–88.
159. Comparaisons internationales des soins dentaires. DREES [Internet]. 2016; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/fiche43.pdf>
160. Office Québécois de la langue française Grand dictionnaire terminologique [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8367605/en-ligne>
161. Simon A, Rao A, Rajesh G, Shenoy R, MithunBH P. Trends in self-medication for dental conditions among patients attending oral health outreach programs in coastal Karnataka, India. *Indian J Pharmacol*. 2015;47(5):524.
162. Afolabi AO, Akinmoladun VI, Adebose IJ, Elekwachi G. Self-medication profile of dental patients in Ondo State, Nigeria. *Niger J Med J Natl Assoc Resid Dr Niger*. 2010 Mar;19(1):96–103.
163. Sen Tunc E, AksoyE E, Arslan H, Kaya Z. Evaluation of parents' knowledge, attitudes, and practices regarding self-medication for their children's dental problems during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2021 Dec;21(1):98.
164. Namvar MA, Mansori K, Gerayeli M. Self-Medication for Oral Health Problems in COVID-19 Outbreak: Prevalence and Associated Factors. *Odovtos. Int J Dent Sci*. 2022 Apr 27;24(3):191–9.
165. Barlet M, Coldefy M, Collin C. L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. France. 2012;8.
166. Revil H, Blanchoz JM, Olm C, Bailly S. Renoncer a se soigner pendant le confinement: Premiers résultats de l'enquête Assurance Maladie – Odenore, en partenariat avec le Laboratoire HP2 et la société VizGet. 2020 Dec p. 24.
167. Chevalier A, Beauquesne I, Gagnayre R. Analyse des conditions préalables à la mise en oeuvre de formations de santé dans le cadre de l'aide humanitaire. *Santé Publique*. 2002;14:37–46.

168. Fisher J, Berman R, Buse K, Doll B, Glick M, Metz J, et al. Achieving Oral Health for All through Public Health Approaches, Interprofessional, and Transdisciplinary Education. *NAM Perspect.* 2023;2023.
169. World Health Organization. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-NMH-PND-17.5>
170. PromoSanté IdF. Utiliser les cinq axes de la charte d'Ottawa dans ses projets [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.promosante-idf.fr/utiliser-les-cinq-axes-de-la-charta-dottawa-dans-ses-projets>
171. World Health Organization. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être [Internet]. [cited 2024 Jan 5]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44390?locale=zh&null>
172. World Health Organization. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde : vers la couverture sanitaire universelle pour la santé bucco-dentaire d'ici à 2030 : résumé d'orientation [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240061569>
173. Jamal D, El-Jardali F. How can countries accelerate progress towards Universal Health Coverage? [Internet]. American University of Beirut; 2014. Available from: <https://www.aub.edu.lb/k2p/Documents/K2P%20Evidence%20Summary%20Universal%20Health%20Coverage.pdf>
174. La transmission de l'éducation à la santé bucco-dentaire des enfants vers leurs parents : étude intergénérationnelle dans les écoles de Montpellier - ROS - 2018 - Tome 47 - N°2 - Revue Odonto Stomatologique - SOP [Internet]. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.sop.asso.fr/revue-odonto-stomatologique/455-la-transmission-de-l-education-a-la-sante-bucco-dentaire-des-enfants-vers-leurs-parents-etude-intergenerationnelle-dans-les-ecoles-de-montpellier/>
175. Ridde V. Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? *Promot Educ.* 2007 Jun 1;14(2):111–4.
176. Doumit M. Intérêt de la fluoruration des eaux au Liban. In: Université Libanaise Section des études naturelles. 1995. p. 86.
177. Ministry of Public Health. [cited 2023 Oct 4]. Available from: <http://www.moph.gov.lb>
178. Millar WJ, Locker D. Dental insurance and use of dental services. *Health Rep.* 1999;11(1):55-67(Eng); 59-72(Fre).
179. Rowan-Legg A. Les soins buccodentaires des enfants – un appel à l'action. *Paediatr Child Health.* 2013 Jan 18;1:44–50.

Annexes

Liste des annexes

Annexe 1: Guide d'entretien qualitatif adressé aux patients	201
Annexe 2: Guide d'entretien qualitatif adressé aux dentistes	204
Annexe 3: Questionnaire de l'étude quantitative nationale pré-crise - 2019	Error! Bookmark not defined.
Annexe 4: Résultats descriptifs supplémentaires de l'étude quantitative pré-crise au Liban – 2019.....	206
Annexe 5: Questionnaire de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth 2021	218

Annexe 1: Guide d'entretien qualitatif adressé aux patients

QUESTION	RELANCE	OBJECTIF
Partie I: Santé dentaire		
1- Aviez-vous des problèmes de dents? كيف هي صحة أسنانك؟		Définition de la santé buccodentaire.
2- Que pensez-vous de la santé dentaire ? ما رأيك بصحة أسنانك ؟	Selon vous ça veut dire quoi avoir de Bonnes dents ?	Déterminer l'image populaire de bonnes dents.
3- Selon vous y a-t-il un lien entre l'hygiène orale et l'état bucco-dentaire d'une part et les autres systèmes du corps d'autre part ? برأيك هل هناك علاقة بين الأسنان وباقي الجسم (أعضاء الجسم)؟	Que saviez-vous du rapport entre l'état buccodentaire et les systèmes du corps ?	Le savoir de la relation entre la santé dentaire et la santé générale.
4- Quels sont les principaux facteurs de risque des maladies buccodentaires ? ما هي العوامل المعرضة لصحة الأسنان؟		Le savoir des facteurs de risque
Partie II : la Perception du dentiste		
5- Comment décrivez-vous un dentiste ? كيف تصف طبيب الأسنان ؟		La perception et description du dentiste
6- Que pourriez-vous me raconter de votre expérience avec le dentiste ? ماذا يمكنك أن تخبرني عن علاقتك مع طبيب الأسنان؟		Registre de l'expérience avec le dentiste
7- Quels sont les déterminants de choix de votre dentiste ? على أي أساس تختار طبيب الأسنان؟		Indiquer les critères de choix d'un dentiste.
Partie III : Recours aux soins dentaires		
8- Quand est-ce que vous avez un recours au dentiste ?		Registre (Répertoire) des connaissances.

متى تذهب عند طبيب الأسنان؟		
9- Que feriez-vous quand vous avez mal aux dents ? ماذا تفعل عندما تؤلمك أسنانك؟		- Recours aux soins bucco dentaires - Le fait de s'auto-traiter
10- Les centres de soins ou les dispensaires sont un choix pour le recours aux soins bucco dentaires ? المراكز الطبية ولمستوصفات تكون إحدى الحلول لمعاينة أسنانك؟		
11- C'était quand votre dernière visite chez le dentiste ? متى كانت آخر زيارة عند طبيب الأسنان		
12- Est-ce que vous pensez que c'est nécessaire de visiter un dentiste si on n'a pas de plaintes ? إذا كنت لا تعاني من ألم في أسنانك هل تقصد طبيب الأسنان؟	- Pour éviter toute complication dans la cavité buccale. - Non sauf si des douleurs insupportables	Perception (Conception) de la nécessité de la visite régulière du dentiste et de son rôle dans la motivation.
13- Quel est votre avis de la visite régulière du dentiste ? ما هو رأيك بزيارة منتظمة لطبيب الأسنان؟	- Importante et nécessaire pour éviter les problèmes bucco-dentaires ainsi tous les problèmes qui affectent la santé générale.	
Partie IV : Facteurs favorisants / Facteurs entravants		
14- Qu'attendez-vous du dentiste pour vous motiver aux soins ? ماذا تنتظر من طبيب الأسنان ليشجعك على الإهتمام بصحة أسنانك؟		Rôle du dentiste dans la motivation
15- Quels sont les facteurs qui facilitent la visite du dentiste ? ما هي العوامل التي تسهل زيارة طبيب الأسنان؟		Les facteurs motivants et les facteurs démotivants de la visite des dentistes

<p>16- Quels sont les facteurs qui entravent la visite du dentiste ? ما هي العوامل التي تعيق زيارة طبيب الأسنان؟</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Couverture (assurance, ...) - La peur du dentiste 	<p>Les facteurs motivants et les facteurs démotivants de la visite des dentistes</p>
<p>17- En clinique quels sont les facteurs qui vous encouragent aux soins ? في عيادة طبيب الأسنان ما هي العوامل التي تشجع على العناية بالأسنان؟</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bon accueil et prise en charge. - Le dentiste donne toutes les informations nécessaires. 	<p>Saisir le rôle des autres personnes concernées</p>

Annexe 2: Guide d'entretien qualitatif adressé aux dentistes

QUESTIONS	OBJECTIFS
Partie I: Expérience de la profession	
1- Que pourriez-vous me raconter de votre expérience avec la profession ? ماذا يمكنك أن تخبرني عن خبرتك في طب الأسنان؟	Décrire l'expérience de la profession d'un dentiste.
2- Comment décrivez-vous le métier ? كيف تصف مهنة طب الأسنان؟	Représenter le métier d'un dentiste. Perception du métier
3- Êtes-vous satisfaits du rendement financier de la profession ? هل أنت راضٍ عن المدخول ؟	La satisfaction financière des dentistes ?
Partie II : Perception du dentiste du recours et de l'avis des patients	
4- Selon vous les gens connaissent ils le lien entre l'hygiène orale et l'état buccodentaire d'une part et les autres systèmes du corps d'autre part ? برأيك هل الناس تعرف ال علاقة بين الأسنان وباقي أعضاء الجسم؟	L'avis du dentiste concernant les connaissances des gens.
5- Quelle est la raison majeure pour laquelle les gens visitent votre cabinet ? ما هو السبب الرئيسي الذي من خلاله يأتي المريض إلى عيادة طبيب الأسنان؟	Priorité des gens Recours aux soins dentaires.
6- D'après votre expérience, quels seraient les déterminants du choix d'un dentiste ? بالنسبة لك ماهية معايير إختيار المريض لطبيب الأسنان؟	Identifier les critères de choix d'un dentiste
7- Quel est votre avis de la visite régulière du dentiste ? برأيك ما هي المعايير لإختيار طبيب الأسنان؟	La perception du dentiste de la visite régulière.
8- Selon vous, que pensent les gens de la visite régulière du dentiste ? برأيك ما هي المعايير التي يركز عليها الناس لإختيار طبيب الأسنان؟	L'impression du dentiste de la perception des gens.
9- Comment les gens vous décrivent (ou décrivent le dentiste) ? كيف تصفك الناس؟	Description d'un dentiste
Partie III : Facteurs entravants et facteurs favorisants	
10- Selon vous, quels sont les facteurs qui entravent cette visite ? برأيك ما هي العوامل التي تعيق زيارة طبيب الأسنان ؟	Identifier les éléments qui empêchent le patient de visiter le dentiste.
11- Quel est le rôle du dentiste pour motiver les gens aux soins ? ما هو دور طبيب الأسنان بتشجيع مرضاه للإهتمام بصحة أسنانهم؟	Distinguer l'implication du dentiste dans l'incitation du patient à faire les soins dentaires.
12- En clinique quels sont les facteurs qui encouragent les gens aux soins ? في عيادة طبيب الأسنان ما هي الأمور التي تشجع المرضى للإهتمام بصحة أسنانهم؟	Enumérez les éléments qui encouragent les bénéficiaires aux soins.

Annexe 3: Questionnaire de l'étude quantitative nationale pré-crise – 2019

مكتب الإحصاء والتوثيق ش.م.م

هاتف: 01-898194/5



الزلفا - شارع الصحافي ميشال أبو جودة - ص.ب. 60216

رقم الاستمارة _____

يجري مكتب الإحصاء والتوثيق إستطلاع رأي حول الصحة العامة نرجو مساهمتكم من خلال ملء هذه الإستمارة ونشكر لكم تعاونكم إن المشاركة في هذه الدراسة طوعية وستستخدم نتائجها لأغراض علمية بحثية من أجل تحسين صحة الفم والأسنان

١. معلومات شخصية العمر (بالسنوات): _____
 الجنس ذكر أنثى
 محل الإقامة محافظة: _____ قضاء: _____ مدينة: _____
 الوضع العائلي أعزب مطلق أرمل متاهل متاهل مع أولاد

٢. القياسات الحيوية الطول (بالسم): _____ الوزن (بالكيلغ) (الوزن قبل الحمل للمرأة الحامل): _____

٣. المستوى التعليمي ما هي أعلى شهادة حصلت عليها؟
 أمي ابتدائي تكميلي بريفيه درجة منحت لطلاب من مدرسة مهنية البريفيه المهنية
 ثانوي جامعي إجازة ماستر دكتورا إمتياز فني إجازة فنية
 تحديد الاختصاص: _____

٤. الوضع المهني
 لا يعمل عاطل عن العمل طالب متقاعد غير قادر على العمل
 ربة أو رب منزل الإنقطاع الطوعي عن العمل لا حاجة للعمل

<input type="checkbox"/> يعمل	<input type="checkbox"/> قطاع عام	<input type="checkbox"/> قطاع خاص
<input type="checkbox"/> فئة ١	<input type="checkbox"/> فئة ٢	<input type="checkbox"/> فئة ٣
<input type="checkbox"/> فئة ٤	<input type="checkbox"/> فئة ٥	<input type="checkbox"/> فئة ٦
<input type="checkbox"/> متقاعد	<input type="checkbox"/> مياوم	<input type="checkbox"/> ج- حجم الشركة:
		<input type="checkbox"/> أقل من ٦ موظفين <input type="checkbox"/> بين ٦ و ١٩
		<input type="checkbox"/> بين ٢٠ و ٥٠ موظفًا <input type="checkbox"/> أكثر من ٥٠ موظفًا
		ج- الوضع أو الكادر: <input type="checkbox"/> كوادر عليا <input type="checkbox"/> كوادر وسطي
		<input type="checkbox"/> كوادر تقنية (ذوي مهارات) <input type="checkbox"/> موظف / عامل / أجير

٥. هل تقوم بزيارات منتظمة لطبيب الأسنان؟ نعم كلا

٦. إذا كان الجواب نعم للسؤال ٥ كم مرة؟ أقل من ستة أشهر أقل من سنة أكثر من سنة

٧. متى كانت زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟ أقل من ستة أشهر بين ٦ أشهر وسنة بين سنة وستين
 بين سنتين و٥ سنوات أكثر من ٥ سنوات أنا لم أحصل على علاج الأسنان قط

٨. ما سبب هذه الزيارة؟ إستشارة منتظمة ألم حادث
 علاج محدد: _____

٩. ما رأيك في الزيارة المنتظمة لطبيب الأسنان؟

ليس ضروريًا لمصلحة طبيب الأسنان لجذب العملاء
 مفيدة للوقاية ضروري لاكتشاف مبكر لأمراض الفم

١٠. ما هي العوامل التي تعيق زيارتك لطبيب الأسنان؟

- أنا لا أحب طبيب الأسنان نسيت / لا أتذكر تكلفة العلاج الخوف
- الانتظار الطويل عند طبيب الأسنان لا تغطية أو استرداد ليس لدي الوقت مسافة طويلة (الموقع بعيد)
- تجربة سيئة لا أشعر بالحاجة لأن أسناني صحية شك حول نظافة العيادة والأدوات عدم الثقة في العلاج وطبيب الأسنان
- أخرى حدد: _____

١١. ما هي العوامل التي تسهل أو تشجع زيارتك لطبيب الأسنان؟

- علاقة شخصية مع طبيب الأسنان متابعة طبيب الأسنان التكلفة المناسبة للوضع الاقتصادي
- المواعيد المنظمة من دون انتظار طويل وجود خطة علاج واضحة قرب المسافة
- الصفات الأخلاقية ومعايير طبيب الأسنان والصدق وعدم المبالغة في العلاج الصفات الشخصية والعلائقية لطبيب الأسنان: الصبر، التواصل، إعطاء الوقت للتفسير
- نظافة العيادة والألات الثقة في جودة العلاج وقدرات طبيب الأسنان الفريق المساعد ودود مشجع ويقدم المساعدة
- أخرى حدد: _____

١٢. أين تتلقى العلاج؟ عيادة خاصة مستوصف مركز جامعي

١٣. ما هي المعايير التي تتبعها لاختيار طبيب الأسنان

- عمره سمعته الشهادة الجامعية جنسه الأسعار
- قرب العيادة/ المسافة خبرته نصيحة من شخص تعالج بالفعل لديه معرفة شخصية / عائلية
- أخرى حدد: _____

١٤. تفضل أن يكون طبيب أسنانك؟ رجلاً امرأة لا فرق

١٥. هل لديك طبيب أسنان واحد للعائلة؟ نعم كلا

١٦. على المستوى الشخصي ، هل أنت مخلص لنفس طبيب الأسنان؟ نعم كلا

١٧. ما هي الكلمات التي تستخدمها لوصف طبيب الأسنان؟

- يسبب الخوف شخص عادي قاس (جزار) مجتهد مصدر للألم
- جاد جدًا مادي دقيق أخرى حدد: _____

١٨. هل تعتقد أن هناك صلة بين صحة الفم والصحة العامة؟ نعم كلا لا أعرف

١٩. ما رأيك هي عوامل الخطر لأمراض الفم؟

- جودة التغذية (صلاية) العمر استهلاك الكثير من الحلويات سوء العناية بالأسنان
- القليل من التنظيف والمتابعة استهلاك المشروبات الغازية العامل الوراثي
- استهلاك الكحول الأمراض المزمنة (مثال) التدخين (السجائر أو غيرها)
- أخرى حدد: _____

٢٠. كيف تتصرف عندما يكون لديك وجع الأسنان؟

- أتناول المهدئات أستشير الصيدلي أستعمل الفرشاة بكثرة وأغرغر
- أستشير طبيب الأسنان عن طريق الهاتف أزور طبيب الأسنان
- أخرى حدد الممارسات الشائعة: _____

٢١. هل تقول، بشكل عام، صحتك هي: ممتازة جيدة جدًا جيدة متوسطة سيئة

٢٢. هل تقول، بشكل عام، صحة أسنانك هي:

ممتازة جيدة جدًا جيدة متوسطة سيئة

٢٣. كيف تقيم نفسك على مقياس من ٠ إلى ١٠ من حيث موقفك من المخاطرة في المجال الصحي (٠ هم أشخاص حذرون للغاية لا يخاطرون أبدًا و١٠ أشخاص تبحث عن التحديات وترغب في المخاطرة)؟

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠

٢٤. في ما يتعلق بموقف الخوف في مجال صحة الأسنان ، كيف تقيم نفسك بمقياس من ٠ إلى ١٠ (٠ هم أشخاص حذرين للغاية لا يخاطرون أبدًا و١٠ أشخاص يبحثون عن التحديات والمجازفة)؟

١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠

٢٥. هل تعاني من مرض مزمن؟ نعم كلا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فما الذي تعاني منه؟

أمراض القلب والأوعية الدموية الأمراض العصبية (مرض باركنسون، والتصلب المتعدد، والصرع...)
 النقرس (فرط حمض يوريك الدم) قرحة مشاكل الغدة الدرقية الربو
 ارتفاع ضغط الدم الدهون السكري

٢٦. أخذ المضادات الحيوية عديم الجدوى إذا كان المرض ذو أصل فيروسي

أوافق بشدة موافق إلى حد ما لا أوافق لا أوافق قطعياً لا أعرف

٢٧. سوء استخدام المضادات الحيوية يساعد على زيادة مقاومة المضادات الحيوية

أوافق بشدة موافق إلى حد ما لا أوافق لا أوافق قطعياً لا أعرف

٢٨. تناول مضادات الالتهاب في حالة الألم كل ساعتين كل ٣ ساعات كل ٦ ساعات كل ٨ ساعات

٢٩. الاستخدام طويل الأمد للأدوية المضادة للالتهابات يساهم في مشاكل الجهاز الهضمي

أوافق بشدة موافق إلى حد ما لا أوافق لا أوافق قطعياً لا أعرف

٣٠. خذ المضادات الحيوية بعد رأي شخصي مراجعة الصيدلي نصيحة من صديق
 وصفة طبية سابقة وصفة طبية جديدة

٣١. هل تؤيد التطعيمات بشكل عام؟ جدًا غالبًا غالبًا لا غير محبذة على الإطلاق

٣٢. حالة التدخين أأدخن حاليًا مدخن يومي مدخن في المناسبات

لا أأدخن حاليًا مدخن سابق لم أأدخن من قبل

إذا كنت مدخنًا أو مدخنًا سابقًا ، يرجى إكمال الجزء ٣٣

٣٣. نوع وتيرة استخدام التبغ

النوع	التوتيرة
<input type="checkbox"/> سيجارة	متوسط عدد السجائر المدخنة يوميًا: _____
<input type="checkbox"/> الشيشا	<input type="checkbox"/> منفرد (٥٠ - ٢٠٠ نفس) <input type="checkbox"/> مشاركة (أقل من ٥٠ نفس) عدد: _____ عدد النفخات: _____
<input type="checkbox"/> السيجار، الشبوت أو السيجار الصغير	متوسط العدد المدخن يوميًا: _____
<input type="checkbox"/> غليون	متوسط العدد المدخن يوميًا: _____

٣٤. عدد الأشخاص الذين يعيشون حاليًا في أسرتك ، من فيهم أنت:

عدد	الأعمار في السنوات
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

الأهل

الأولاد

أقرباء

غير أقرباء

٣٥. رب الأسرة شخص واحد هو رب الأسرة يوجد شخصان على الأقل رب الأسرة:
كم عدد الأشخاص العاملين في المنزل _____

٣٦. متوسط الدخل السنوي لعائلتك (بالليرة لبنانية)

- أقل من ١٠,٥٠٠,٠٠٠ (الحد الأدنى للأجور) ٣٤,٨٠٠,٠٠٠ - ٥١,٠٠٠,٠٠٠ (٦ مرات)
 ١٠,٥٠٠,٠٠٠ - ١٨,٦٠٠,٠٠٠ (مرتين) ٥١,٠٠٠,٠٠٠ - ٨٣,٤٠٠,٠٠٠ (١٠ مرات)
 ١٨,٦٠٠,٠٠٠ - ٣٤,٨٠٠,٠٠٠ (٤ مرات) ٨٣,٤٠٠,٠٠٠ - (١٠ مرات أو أكثر)

٣٧. حاليًا ، هل تعتبر أنه في أسرتك ، من الناحية المالية

- أنت مرتاح الأمور على ما يرام أوضاع على الحد تعاني من صعوبات
 لا يمكنك تدبير أمورك من دون اللجوء الى الاستدانة

٣٨. هل لديك حاليًا أي ضمان إجتماعي أو تغطية طبية أو تأمينية (في حالة المرض أو المستشفى أو إذا كنت بحاجة إلى رعاية)؟

لا تغطية

وكالات عامة

وزارة الصحة العامة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS)

تعاونية الموظفين (CSC) صندوق القوى العسكرية (FSS, FSG, FSI, FA)

صناديق التعاضد العامة (موظفو البرلمان والقضاة وأساتذة الجامعة اللبنانية...)

التأمين الخاص

التأمين الخاص فقط تأمين خاص مكمل للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS

٣٩. هل لديك تغطية أو سداد لعلاج الأسنان؟ نعم كلا

إذا كانت الإجابة بنعم ، حدد:

٤٠. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية ، هل تخليت عن أي نوع من العناية لأسباب مالية؟ نعم كلا

٤١. إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هي الرعاية التي تخليت عنها لأسباب مالية؟

نظارات وعدسات إستشارة الطبيب

رعاية الأسنان مثل

- الأسنان للقلع أوجاع الأسنان الحادة الجسم غريب أمراض وآلام اللثة أضراس العقل بدلات ثابتة أو متحركة

رعاية أخرى: _____

اسم المحقق

تاريخ التعبئة

Annexe 4: Résultats descriptifs supplémentaires de l'étude quantitative pré-crise au Liban – 2019

Consommation de médicaments

Les questions suivantes reflètent le niveau des connaissances médicales des participants. L'analyse des réponses a montré un niveau acceptable de connaissances puisque 50% des répondants sont « plutôt d'accord » à « tout à fait d'accord » avec une affirmation telle que les antibiotiques sont inutiles si la maladie est d'origine virale. D'autre part, 52% sont conscients, à des degrés différents, que la mauvaise utilisation des antibiotiques contribue à augmenter les résistances bactériennes.

Quant aux anti-inflammatoires, les réponses collectées pourraient suggérer que les patients ont tendance à en consommer fortement sachant que 71% d'eux savent que leur utilisation à long terme pourrait causer des troubles gastro-intestinaux. Concernant la vaccination, plus de la moitié de la population (55%) est très favorables aux vaccinations et 30% y sont aussi plutôt favorables.

Tableau annexe 1 : Connaissances des enquêtés sur la consommation des produits pharmaceutiques. Etude quantitative nationale au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Prendre des antibiotiques est inutile si la maladie est d'origine virale	Tout à fait d'accord	254	23,7
	Plutôt d'accord	280	26,2
	Plutôt pas d'accord	171	16,0
	Pas du tout d'accord	49	4,6
	Je ne sais pas	304	28,4
	Réponses manquantes	12	1,1
	Tout à fait d'accord	311	29,1

Une mauvaise utilisation des antibiotiques contribue à augmenter les résistances aux antibiotiques	Plutôt d'accord	242	22,6
	Plutôt pas d'accord	140	13,1
	Pas du tout d'accord	76	7,1
	Je ne sais pas	288	26,9
	Réponses manquantes	13	1,2
Prendre des anti-inflammatoires en cas de douleur	Chaque 2 heures	40	3,7
	Chaque 3 heures	160	15,0
	Chaque 6 heures	558	52,1
	Chaque 8 heures	264	24,7
	Je ne sais pas	27	2,5
	Réponses manquantes	21	2,0
Une utilisation à long terme des anti-inflammatoires contribue à des problèmes gastro-intestinaux	Tout à fait d'accord	527	49,3
	Plutôt d'accord	232	21,7
	Plutôt pas d'accord	44	4,1
	Pas du tout d'accord	11	1,0
	Je ne sais pas	246	23,0
	Réponses manquantes	10	,9
Êtes-vous favorable aux vaccinations en général ?	Trop	583	54,5
	Plutôt	318	29,7
	Plutôt pas	121	11,3
	Pas du tout favorable	32	3,0
	Réponses manquantes	16	1,5

Enfin, nous pouvons constater que la prise d'antibiotiques est initiée le plus souvent par une prescription médicale récente pour 49% des répondants suivie par la recommandation du pharmacien dans 34% des cas. L'auto prescription a lieu dans 12% des cas ce qui reste tout même un pourcentage élevé qui interroge sur la nature

de l'antibiotique choisi, son spectre, la durée du traitement et son origine (véritable produit de santé ou contrefaçon).

Tableau annexe 2 : Déclencheur de la prescription des antibiotiques selon les enquêtés
- Étude quantitative nationale au Liban - 2019

Prendre des antibiotiques suite		Effectifs	Pourcentages (%)
Avis personnel	Non	921	86,1
	Oui	127	11,9
	Réponses manquantes	22	2,1
Avis d'un pharmacien	Non	682	63,7
	Oui	366	34,2
	Réponses manquantes	22	2,1
Conseil d'un proche	Non	1024	95,7
	Oui	24	2,2
	Réponses manquantes	22	2,1
Prescription médicale antérieure	Non	960	89,7
	Oui	88	8,2
	Réponses manquantes	22	2,1
Nouvelle prescription	Non	527	49,2
	Oui	521	48,7
	Réponses manquantes	22	2,1
Je ne prends pas	Non	1 046	97,8
	Oui	2	,2
	Réponses manquantes	22	2,1

État de santé et tabagisme

La sous-partie suivante rapporte la perception des participants de leur état de santé. Nous verrons en détail comment ils évaluent eux-mêmes leur santé, leur santé buccodentaire et leur mode de vie sur le plan sanitaire et le tabagisme en particulier.

Perception de la santé des participants

35% des participants considèrent qu'ils sont en bonne santé et 39% que leur santé orale est également bonne (Tableau 13).

Tableau annexe 3 : Perception de la santé générale et dentaire des enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

		Effectifs	Pourcentages (%)
Dans l'ensemble votre santé est	Excellente/ Très bonne/ Bonne	683	63,8
	Médiocre / Mauvaise	141	13,2
	Absence de réponses	246	23,0
Dans l'ensemble votre santé dentaire est	Excellente/ Très bonne/ Bonne	730	68,2
	Médiocre / Mauvaise	330	30,8
	Absence de réponses	10	0,9

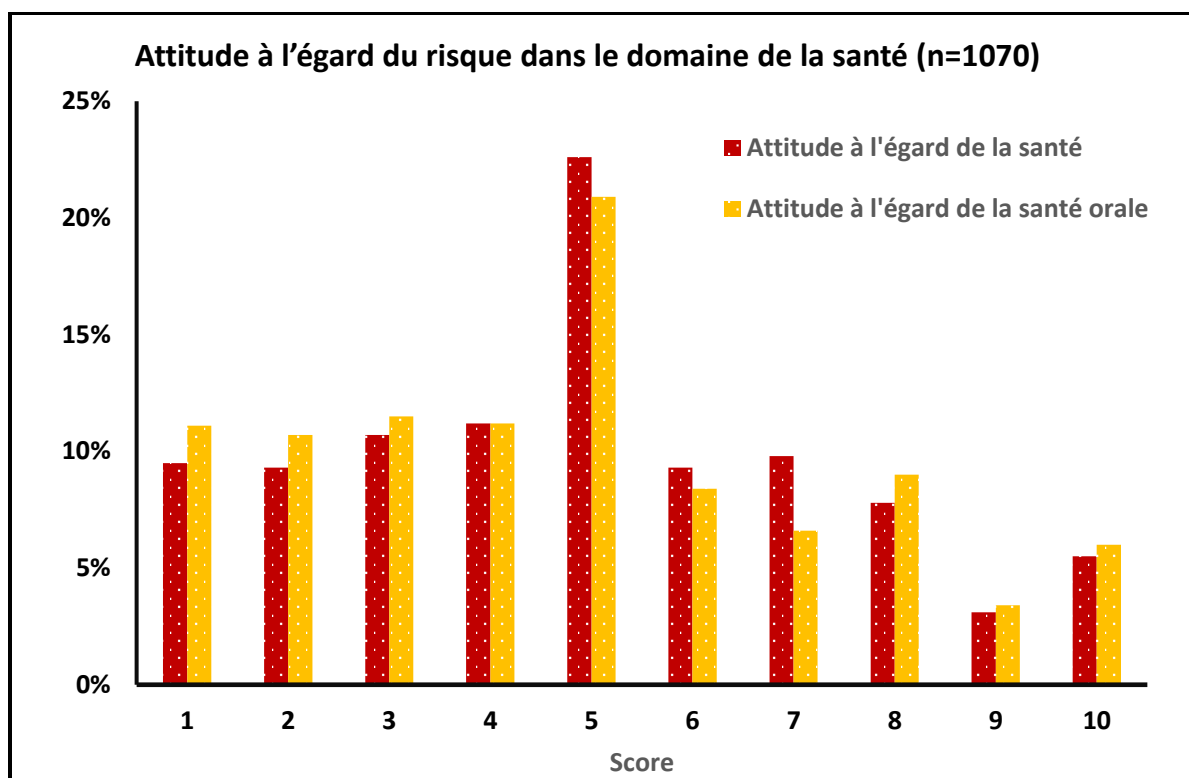
Attitude à l'égard du risque dans les domaines de la santé générale et la santé dentaire

La moyenne des réponses obtenues est proche de 5/10 pour les deux questions relatives à la santé générale et celle dentaire. Ceci montre donc que la majorité des répondants se trouve dans une catégorie plutôt conservatrice qui ne prend pas trop

de risques mais qui, en même temps, n'est pas obsédée par sa santé ce qui lui permet de mener une vie normale sans trop de préoccupations sanitaires.

Tableau annexe 4 : Position des enquêtés par rapport aux risques pris à l'égard de la santé générale et dentaire – Etude quantitative nationale au Liban - 2019

	n	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Attitude à l'égard du risque dans le domaine de la santé générale	1057	1	10	4,9	2,5
Attitude à l'égard du risque dans le domaine de la santé bucco-dentaire	1057	1	10	4,8	2,6



L'histogramme de la figure 17 illustre la position des libanais par rapport aux risques pris à l'égard de la santé générale (colonne en rouge) et la santé dentaire (colonnes en jaunes). Les résultats ne montrent pas de différences significatives.

Tabagisme

Les données collectées dans la section tabagisme nous permettent de comprendre avec plus de détails le tabagisme dans la société libanaise puisque nous avons posé des questions assez spécifiques et détaillées et ci-dessous les résultats. Cette étude a montré que sur les 1 070 participants, 570 ou 53% sont fumeurs. Parmi les fumeurs, 66% sont des fumeurs réguliers et 34% fument occasionnellement. D'autre part, parmi les 500 non-fumeurs, 357 personnes n'ont jamais fumé alors que 143 sont d'anciens fumeurs qui ont renoncé à la cigarette.

Tableau annexe 5 : Situation et fréquence tabagique des enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

		Situation tabagique (en général)		Total
		Fume Actuellement	Ne fume pas actuellement	
Fréquence tabagique	Fumeur quotidien	378 (66,3%)	0 (0,0%)	378 (35,3%)
	Fumeur occasionnel	192 (33,7%)	0 (0,0%)	192 (17,9%)
	Ancien fumeur	0 (0,0%)	143 (28,6%)	143 (13,4%)
	Jamais fumeur	0 (0,0%)	357 (71,4%)	357 (33,4%)
Total		570 (100%)	500 (100%)	1070 (100%)

La cigarette

La cigarette est la première forme de tabac consommée par les Libanais. On constate aussi que les fumeurs actuels sont en fait de gros fumeurs avec une moyenne de 25,68±15,00 (Amplitude : 1 – 120 cigarettes) cigarettes consommées par jour. Chez les anciens fumeurs, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 27,06±19,434 (Amplitude : 1 – 140 cigarettes) (Tableaux 16 et 17).

Tableau annexe 6 : Situation et fréquence tabagique de cigarettes des enquêtés - Étude quantitative nationale au Liban - 2019

		Statut tabagique (en général)		Total
		Fume Actuellement	Ancien fumeur	
Fume cigarette	Non	162 (95,9%)	7 (4,1%)	169 (100%)
	Oui	377 (87,3%)	55 (12,7%)	432 (100%)
Total		539 (89,7%)	62 (10,3%)	601 (100%)

Tableau annexe 7 : Nombre moyen de cigarettes fumées par jour chez les enquêtés - Étude quantitative nationale au Liban - 2019

Statut tabagique		n	Minimum	Maximum	Moyenne	Déviati on standard
Fume Actuellement	Nombre de cigarettes	35 9	1	120	25,7	15,0
Ancien fumeur	Nombre de cigarettes	52	2	140	27,1	19,4

La chicha

La chicha vient en seconde position derrière la cigarette avec 212 utilisateurs dont 201 actuels et 11 qui ne la consomment plus. Chez les fumeurs actuels, le nombre moyen de séances de Chicha fumées par jour est de $1,98 \pm 1,56$ (Amplitude : 1 – 9 séances) Chez les anciens fumeurs, le nombre moyen de de séances de Chicha fumées par jour était de $1,50 \pm 0,707$ (Amplitude : 1 – 2 séances) - (9 réponses manquantes). Le nombre élevé de séances reflète l'oisiveté des gens à savoir qu'une séance de chicha pourrait durer plus qu'une heure de temps (Tableaux 18 et 19).

Tableau annexe 8 : Consommation de la chicha chez les enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

		Statut tabagique (en général)		Total
		Fume Actuellement	Ancien fumeur	
Fume Chicha	Non	338 (86,9%)	51 (13,1%)	389 (100,0%)
	Oui	201 (94,8%)	11 (5,2%)	212 (100,0%)
Total		539 (89,7%)	62 (10,3%)	601 (100,0%)

Tableau annexe 9 : Nombre moyen de séances de Chicha par jour chez les enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

Statut tabagique		n	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart- Type
Fume Actuellement	Nombre de séances chicha	51	1	9	1,9	1,6
Ancien fumeur	Nombre de séances chicha	2	1	2	1,5	0,7

Chez les fumeurs actuels, le nombre moyen de bouffées de Chicha est de $105,45 \pm 84,957$ (Amplitude : 15 –300 bouffées) - (168 Réponses manquantes).

Chez les anciens fumeurs, le nombre moyen de bouffées est de 50. Finalement, 63 participants ont déclaré qu'ils consomment la Chicha seuls alors que 89 participants la partagent entre amis ou parents (Tableaux 20 et 21).

Tableau annexe 10 : Nombre moyen de bouffées de chicha chez les enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

Statut tabagique		n	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-Type
Fume Actuellement	Nombre de bouffées	33	15	300	105,5	84,9
Ancien fumeur	Nombre de bouffées	1	50	50	50	

Tableau annexe 11 : Mode social de consommation du Chicha chez les enquêtés - Etude quantitative nationale au Liban - 2019

		Statut tabagique (en général)		Total
		Fume Actuellement	Ancien fumeur	
Mode social de consommation de chicha	Seul	62 (98,4%)	1 (1,6%)	63 (100%)
	Partage	89 (96,7%)	3 (3,3%)	92 (100%)
Total		151 (97,4%)	4 (2,6%)	155 (100%)

Cigares

Un seul participant a mentionné qu'il fume actuellement le cigare ce qui évidemment ne permet de tirer aucune conclusion.

Annexe 5: Questionnaire de l'étude quantitative post-crise à Beyrouth 2021

مكتب الإحصاء والتوثيق ش.م.م

هاتف: 01-898194/5



الزلفا- شارع الصحافي ميشال أبو جودة- ص.ب. 60216

رقم الاستمارة _____

يجري مكتب الإحصاء والتوثيق إستطلاع رأي حول الصحة العامة نرجو مساهمتكم من خلال ملء هذه الإستمارة ونشكر لكم تعاونكم إن المشاركة في هذه الدراسة طوعية وستستخدم نتائجها لأغراض علمية بحثية من أجل تحسين صحة الفم والأسنان

١. معلومات شخصية العمر (بالسنوات): _____

الجنس ذكر أنثى

محل الإقامة محافظة: _____ مدينة: _____

الوضع العائلي أعزب مطلق أرمل متاهل متاهل مع أولاد

٢. القياسات الحيوية الطول (بالسم): _____ الوزن (بالكيلغ) (الوزن قبل الحمل للمرأة الحامل): _____

٣. المستوى التعليمي ما هي أعلى شهادة حصلت عليها؟

أمي إبتدائي تكميلي بريفيه درجة منحت لطلاب من مدرسة مهنية البريفيه المهنية ثانوي جامعي إجازة ماستر دكتورا إمتياز فني إجازة فنية

تحديد الاختصاص: _____

٤. الوضع المهني لا يعمل يعمل

قطاع عام قطاع خاص

٥. متى كانت زيارتك الأخيرة لطبيب الأسنان؟

أقل من ستة أشهر بين ٦ أشهر وسنة بين سنة وستين بين سنتين و٥ سنوات أكثر من ٥ سنوات أنا لم أحصل على علاج الأسنان قط

٦. ما سبب هذه الزيارة؟

إستشارة منتظمة أم حادث علاج محدد: _____

٧. ما رأيك في الزيارة المنتظمة لطبيب الأسنان؟

ليس ضرورياً لمصلحة طبيب الأسنان لجذب العملاء مفيدة للوقاية ضروري لاكتشاف مبكر لأمراض الفم

٨. ما هي العوامل التي تعيق زيارتك لطبيب الأسنان؟

أنا لا أحب طبيب الأسنان نسيت / لا أتذكر الخوف تكلفة العلاج الانتظار الطويل عند طبيب الأسنان لا تغطية أو استرداد ليس لدي الوقت مسافة طويلة (الموقع بعيد) لا أشعر بالحاجة لأن أسناني صحية شك حول نظافة العيادة والأدوات عدم الثقة في العلاج وطبيب الأسنان تجربة سيئة أخرى حدد: _____

٩. ما هي العوامل التي تسهل أو تشجع زيارتك لطبيب الأسنان؟

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> علاقة شخصية مع طبيب الأسنان | <input type="checkbox"/> متابعة طبيب الأسنان | <input type="checkbox"/> التكلفة المناسبة للوضع الاقتصادي |
| <input type="checkbox"/> المواعيد المنظمة من دون انتظار طويل | <input type="checkbox"/> وجود خطة علاج واضحة | <input type="checkbox"/> قرب المسافة |
| <input type="checkbox"/> الصفات الأخلاقية ومعايير طبيب الأسنان والصدق وعدم المبالغة في العلاج | <input type="checkbox"/> الصفات الشخصية والعلاقية لطبيب الأسنان: الصبر، التواصل، اعطاء الوقت للتفسير | <input type="checkbox"/> تحديث العيادة والآلات |
| <input type="checkbox"/> نظافة العيادة والآلات | <input type="checkbox"/> الثقة في جودة العلاج وقدرات طبيب الأسنان | <input type="checkbox"/> الفريق المساعد ودود مشجع ويقدم المساعدة |
- _____ أخرى حدد:

١٠. أين تتلقى العلاج؟ عيادة خاصة مستوصف مركز جامعي

١١. ما هي المعايير التي تتبعها لاختيار طبيب الأسنان

- | | | | | |
|---|--------------------------------|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> عمره | <input type="checkbox"/> سمعته | <input type="checkbox"/> الشهادة الجامعية | <input type="checkbox"/> جنسه | <input type="checkbox"/> الأسعار |
| <input type="checkbox"/> قرب العيادة/ المسافة | <input type="checkbox"/> خبرته | <input type="checkbox"/> نصيحة من شخص تعالج بالفعل لديه | <input type="checkbox"/> معرفة شخصية / عائلية | |
- _____ أخرى حدد:

١٢. تفضل أن يكون طبيب أسنانك؟ رجلاً امرأة لا فرق

١٣. هل لديك طبيب أسنان واحد للعائلة؟ نعم كلا

١٤. على المستوى الشخصي ، هل أنت مخلص لنفس طبيب الأسنان؟ نعم كلا

١٥. ما هي الكلمات التي تستخدمها لوصف طبيب الأسنان؟

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> يسبب الخوف | <input type="checkbox"/> شخص عادي | <input type="checkbox"/> قاس (جزار) | <input type="checkbox"/> مجتهد | <input type="checkbox"/> مصدر للألم |
| <input type="checkbox"/> جاد جدًا | <input type="checkbox"/> مادي | <input type="checkbox"/> دقيق | <input type="checkbox"/> أخرى حدد: | |

١٦. كيف تتصرف عندما يكون لديك وجع الأسنان؟

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> أتناول المهدئات | <input type="checkbox"/> أستشير الصيدلي | <input type="checkbox"/> أستعمل الفرشاة بكثرة وأغرغر |
| <input type="checkbox"/> أستشير طبيب الأسنان عن طريق الهاتف | <input type="checkbox"/> أزور طبيب الأسنان | |
- _____ أخرى حدد الممارسات الشائعة:

١٧. خذ المضادات الحيوية بعد رأي شخصي مراجعة الصيدلي نصيحة من صديق وصفة طبية سابقة وصفة طبية جديدة

١٨. عدد الأشخاص الذين يعيشون حاليًا في أسرتك ، بمن فيهم أنت:

عدد	الأعمار في السنوات
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

_____ الأهل
_____ الأولاد
_____ أقرباء
_____ غير أقرباء

١٩. رب الأسرة شخص واحد هو رب الأسرة يوجد شخصان على الأقل رب الأسرة:

كم عدد الأشخاص العاملين في المنزل _____

٢٠. متوسط الدخل السنوي لعائلتك (بالليرة اللبنانية)

- أقل من ١٠,٥٠٠,٠٠٠ (الحد الأدنى للأجور) ٣٤,٨٠٠,٠٠٠ - ٥١,٠٠٠,٠٠٠ (٦ مرات)
 ١٠,٥٠٠,٠٠٠ - ١٨,٦٠٠,٠٠٠ (مرتين) ٥١,٠٠٠,٠٠٠ - ٨٣,٤٠٠,٠٠٠ (١٠ مرات)
 ١٨,٦٠٠,٠٠٠ - ٣٤,٨٠٠,٠٠٠ (٤ مرات) ٨٣,٤٠٠,٠٠٠ - (١٠ مرات أو أكثر)

٢١. حاليًا ، هل تعتبر أنه في أسرتك، من الناحية المالية

- أنت مرتاح الأمور على ما يرام أوضاع على الحد تعاني من صعوبات
 لا يمكنك تدبير أمورك من دون اللجوء الى الاستدانة

٢٢. هل لديك حاليا أي ضمان إجتماعي أو تغطية طبية أو تأمينية (في حالة المرض أو المستشفى أو إذا كنت بحاجة إلى رعاية)؟

- لا تغطية
 وكالات عامة
 وزارة الصحة العامة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS)
 تعاونية الموظفين (CSC) صندوق القوى العسكرية (FSS, FSI, FA)
 صناديق التعاضد العامة (موظفو البرلمان والقضاة وأساتذة الجامعة اللبنانية...)
 التأمين الخاص
 التأمين الخاص فقط تأمين خاص مكمل للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS

٢٣. هل لديك تغطية أو سداد لعلاج الأسنان؟

- نعم كلا
إذا كانت الإجابة بنعم ، حدد:

٢٤. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية ، هل تخليت عن أي نوع من العناية لأسباب مالية؟

- نعم كلا

٢٥. إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هي الرعاية التي تخليت عنها لأسباب مالية؟

- نظارات وعدسات إستشارة الطبيب
 رعاية الأسنان مثل الأسنان للقلع أوجاع الأسنان الحادة الأسنان المتشققة أو المكسورة جسم غريب
 أمراض وآلام اللثة أمراض العقل خراج الأسنان (الالتهاب) بدلات ثابتة أو متحركة
رعاية أخرى: _____

اسم المحقق

تاريخ التبيئة