

ACCESSIBILITÉ AUX TECHNOLOGIES DE SOINS INNOVANTES EN AFRIQUE : CAS DE L'IMPLANTOLOGIE AU SÉNÉGAL.

Auteurs

FAYE D.¹,
KANOUTE A.²,
SECK M. T.³,
DIOUF A. A.⁴

Service

1- Maître de Conférences Agrégé en Santé publique à l'UCAD

2 - Assistant en Santé publique à l'UCAD

3- Maître Assistant en prothèse dentaire à l'UCAD

4- Chirurgien-dentiste de Santé Publique

Correspondance

Daouda FAYE

Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale, km 4,5 Avenue Cheikh Anta Diop de Dakar

RÉSUMÉ

L'implantologie est une discipline récente qui, bien qu'en théorie, difficilement accessible en Afrique cible une tranche de la population qui en exprime le besoin. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'accessibilité de la prothèse implantaire au Sénégal.

Sur les 300 services dentaires publics et privés au Sénégal, 4 (1,3%) déclarent pratiquer l'implantologie.

70% de ces patients ont déjà bénéficié de restaurations prothétiques adjuvées ou conjointes. Plus de la moitié (53,3%) évoluent dans le secteur privé. D'un niveau d'étude élevé ils déclarent un salaire mensuel d'1 million de francs CFA (60%). 70% possèdent une maison et 76,7% sont véhiculés. Au vu des résultats, la pratique de la prothèse implantaire reste marginalisée et n'est pas accessible géographiquement et financièrement. Son coût est très élevé comparé au SMIG au Sénégal. Elle est réservée à une certaine classe sociale dont le niveau d'étude et le profil socio-économique sont très élevés, comparés à la population générale.

Il apparaît nécessaire de réfléchir sur le devenir de cette discipline, au demeurant prometteuse, qui pose le problème de son accessibilité économique - via la participation des assureurs- et géographique, des exigences des principes d'asepsie et d'antisepsie et de la formation initiale et continue des praticiens.

Mots-clés : Accessibilité, Technologies innovantes, Implantologie, Sénégal.

SUMMARY

Access to innovative treatment technologies in Africa: the case of implants in Senegal.

Implant dentistry is a recent training which, although in theory not easily accessible in Africa, targets a part of the population expressing the need. The aim of that study is to evaluate the accessibility of implant dentistry in Senegal by recording the dental offices which practice it and analyzing the associated microeconomic criterions. So, among 300 private and public Senegalese dental offices, only, 4 (1.3%) assume practicing implant dentistry. From 2009 to 2011, 30 patients have profited of an implant denture costing, in average, 1,200,000Fcfa (US\$:2,400). 70% of these patients had already profited of removable or fixed prosthesis. More than half of them (53.3%) are active in the private field, 16.7% are in the unformulated area, and 30% in other areas. Most of them have a high standard of education: Bachelor for

90% and 63.3% has more than a Master. All they proclaim a monthly retribution of 1,000,000Fcfa (US\$:2,000), and 60% of them proclaim more than 2,000,000Fcfa (US\$: 4,000). 70% are owners of a house, and 76.7% of a vehicle. 63% have been informed of the possibility of getting dental implant by their dentist in charge.

In view of the results, the practice of dental implant remains marginal and is not accessible geographically and financially. Its cost is very high compared to the Senegalese average monthly retribution. Besides a very low percentage of private dentists may practice that activity only localized in Dakar, the Senegalese capital. It is reserved to some social class whose standard of education and socioeconomic profile are very high compared to the whole population. It seems necessary to think about the becoming of that nevertheless promising training which lays down its economic and geographical accessibility. This training lays down also principles of asepsis and antisepsis. In the political field, accessibility to care of high technology could be registered as an essential indicator although the decision of its highlighting is still postponed with regard to the essential priorities in oral health which, to date, are partially insured.

Key words: Accessibility, High technology, Implant dentistry, Senegal

INTRODUCTION

Les pathologies bucco – dentaires ainsi que leur prise en charge dans le cadre global des systèmes de santé en Afrique sont reléguées au second plan (Dia Ndiaye M. Nd., 2003). Ainsi dans ce contexte, elles ont du mal à se positionner en tant que priorité de santé publique. Pourtant elles touchent au moins 80% de la population mondiale dont les $\frac{3}{4}$ se trouvent dans des pays en développement (OMS, 2004). La carie dentaire et les maladies parodontales sont les plus fréquentes et aboutissent pour la plupart du temps à des extractions dentaires faisant l'objet de réhabilitation (Zarouf H., 2003). Les moyens de restauration utilisés ont été depuis longtemps les prothèses amovible et conjointe. Le choix dépend entre autres du niveau socio-économique de la population (OMS, 2000). Cependant le développement de la technologie a permis d'autres moyens de restauration prothétique plus sophistiqués et durables comme la prothèse implantaire qui fait l'objet d'une forte demande dans les pays développés. Elle est réservée à une certaine élite dans les pays en développement comme l'Afrique. C'est la raison pour laquelle des patients font la demande dans les pays du nord, poussant certains praticiens à se former à l'étranger en vue d'assurer l'offre de prestation au niveau local.

Au Sénégal cette technique de restauration implantaire est encore mal connue en raison du nombre de chirurgiens dentistes qui la pratiquent et de son coût élevé.

Cette étude, pilote, nous permet de cerner cette pratique afin de dégager une orientation par rapport surtout à son accessibilité. Elle a pour objectif de recenser tous les services qui pratiquent l'implantologie et d'identifier les profils cliniques et socio-économiques des demandeurs de prothèse implantaire.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

II-1. Matériel

L'étude a porté sur l'ensemble des patients ayant fait une demande et bénéficié d'une restauration en prothèse implantaire au Sénégal à travers un questionnaire.

II-2. Méthodes

II-2. 1. Cadre d'étude

Il s'agit de tous les cabinets dentaires du Sénégal ayant réalisé au moins une prothèse implantaire.

II-2. 2. Critères de sélection

- Critères d'inclusion

Sont inclus dans l'étude tous les patients qui ont fait la demande et qui ont bénéficié de restauration implantaire.

- Critères de non inclusion

Les patients venus en consultation pour des raisons autres que l'implantologie ne font pas partie de l'étude.

II-2.3. Type d'étude

L'étude est descriptive, transversale.

II-2.4. Période

Elle s'est déroulée d'avril à juin 2010.

II.2.5. Procédures de collecte des données

Un questionnaire a été administré directement aux patients avec des explications sur les objectifs de l'étude. L'entretien et le recueil des données ont été réalisés au niveau des cabinets pour la plupart des patients.

Certains ont été retrouvés jusque chez eux pour répondre au questionnaire. Ces patients, après réhabilitation n'avaient plus de rendez-vous et n'étaient plus fréquents aux cabinets. Ceci a constitué une difficulté dans le recueil des données.

Les informations recueillies auprès des patients ont porté sur des variables décrites ci-dessous.

II-2.6. Description des variables

Variables sociodémographiques et cliniques

- Age
- Sexe
- Motif de la consultation
- Etat général

Lorsqu'il y a absence de maladie générale, l'état général est considéré comme satisfaisant. Par contre, en cas d'affections quelconques, qu'elle soit chronique ou transmissible, l'état général est considéré comme non satisfaisant.

- Type d'édentement

Il est en rapport avec la position sur l'arcade de la ou des dents marquantes.

* l'édentement antérieur unitaire est en relation avec la perte d'une seule dent dans le secteur incisivo-canin tandis que celui plural porte sur plusieurs dents.

* l'édentement unitaire postérieur est en relation avec la perte d'une seule dent dans le secteur prémolaire/molaire alors que celui postérieur plural concerne plusieurs dents dans ce secteur.

* l'édentement terminal concerne la perte d'une ou de plusieurs dents postérieures d'une arcade quand l'édentement n'est pas encastré. Celui terminal peut être unilatéral quand il concerne un seul côté ou bilatéral lorsqu'il s'agit des deux côtés de l'arcade.

* l'édentement complet est la perte de toutes les dents d'une arcade.

- Traitements prothétiques antérieurs

Il peut s'agir :

*d'une prothèse amovible qui peut être partielle quand la perte des dents concerne une partie de l'arcade ou complète quand l'édentation est totale,

*d'une prothèse conjointe ou fixée qui peut, elle aussi, être unitaire ou plurale.

Variables socio-économiques

- Scolarité des enfants des patients

Elle est liée aux types d'écoles publiques ou privées fréquentées par ces enfants et de leur niveau d'étude (élémentaire, secondaire, supérieur).

- Secteur d'activité

Il permet de distinguer les salariés de la fonction publique et des entreprises parapubliques à ceux du secteur privé (profession libérale).

- Niveau social

Il porte sur les biens des patients (maisons, voitures) afin de porter un jugement sur leur niveau socio-économique.

• Appréciation du patient sur le coût de la prothèse implantaire dont la moyenne au Sénégal est de 1 200 000 Francs CFA l'unité.

II.2.7. Plan d'analyse des données

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne tandis que celles qualitatives par leur nombre et leur pourcentage. Toutes les analyses statistiques ont été faites par le logiciel SPSS.

III. RÉSULTATS

III-1. Profil clinique

III-1.1 Répartition des patients selon le sexe

L'étude a porté sur une population de 30 patients constituée de 40% d'hommes et 60% de femmes. Le sex-ratio est de 0,66.

III-1.2 Répartition selon l'âge

La tranche d'âge la plus représentée concerne celle de 36 à 60 ans.

Les autres proportions étaient :

- 16-35 ans : 6 % - 36-61 ans : 77 % - Plus de 60 ans : 17 %

III-1.3 Répartition selon l'état général

Au total, 90% des patients sont en bonne santé générale (tableau I).

Tableau I: Répartition des patients selon leur état général

Population	N	%	%
Etat général			
Satisfaisant	27	90,0	90,0
Non Satisfaisant	3	10,0	100,0
Total	30	100,0	

III-1.4 Répartition selon le motif de la consultation

Le motif esthétique-fonctionnel est le plus élevé. Il est exprimé par 14 patients sur 30 (46,7%) comme le montre la figure 2.

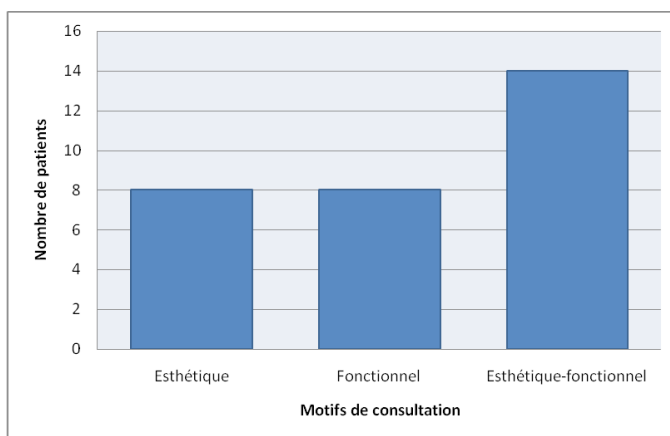


Figure 2: Répartition des patients selon le motif de consultation

III-1.5 Répartition des types d'édentements observés dans la population d'étude

Tous les types d'édentement ont été retrouvés dans la population avec une plus grande fréquence de l'édentement unitaire plural exprimé par un effectif de 7 patients (23%) (Figure 3).

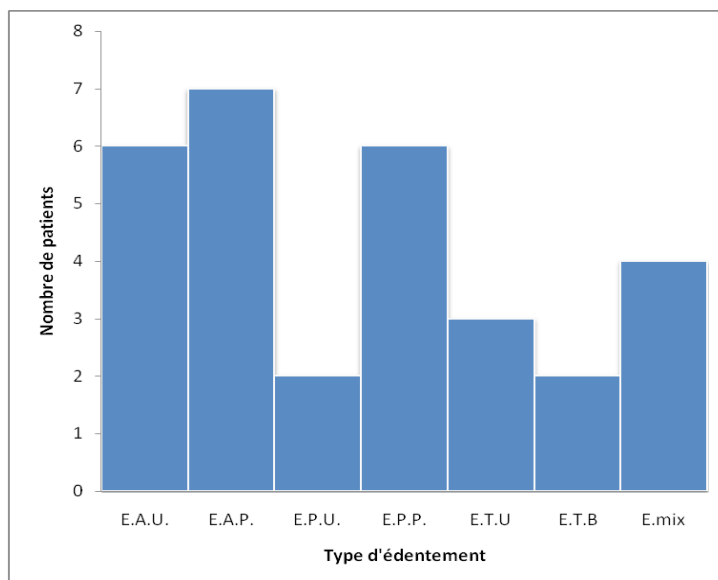


Figure 3: Répartition des patients selon le type d'édentement

III-1.6 Répartition des patients avec prothèse antérieure ou non

70% des patients ont déjà bénéficié d'une réhabilitation prothétique, la prothèse adjointe partielle (PAP) est la plus fréquente suivie de celle conjointe partielle (PCP), comme l'indique la figure 4.

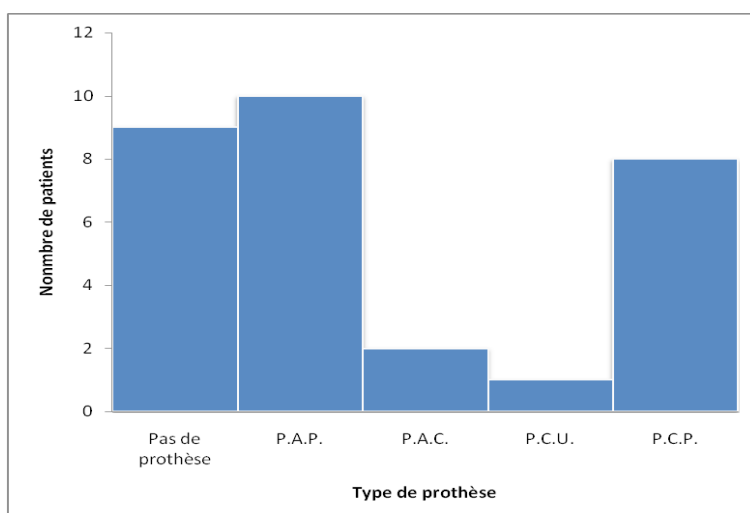


Figure 4: Répartition des types de prothèse chez les patients.

III.2 Profil socio-économique

III-2.1 Secteurs d'activité des patients

La figure 5 permet de constater que plus de la moitié des patients (53,3%) travaille dans le secteur privé.

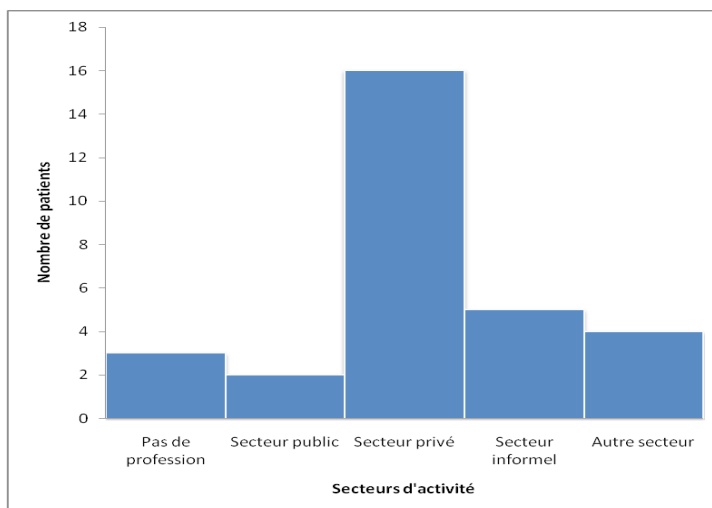


Figure 5: Répartition des patients selon le secteur d'activité

III-2.2 Niveau d'étude

La majorité des patients (63,3%) ont au moins un niveau d'étude équivalent à la maîtrise, 20% ont seulement le baccalauréat et 10% la licence.

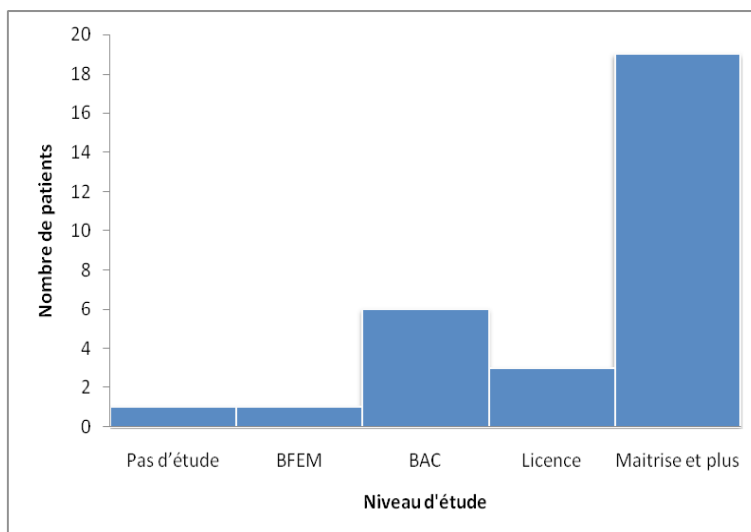


Figure 6: Répartition des patients selon leur niveau d'étude.

III-2.3 Estimation des revenus mensuels

La figure 7 montre que les patients demandeurs de prothèse implantaire ont des revenus assez élevés. Plus de la moitié des patients gagnent au moins 1.000.000 de francs CFA par mois. Cependant 36% perçoivent au moins 2 millions de francs

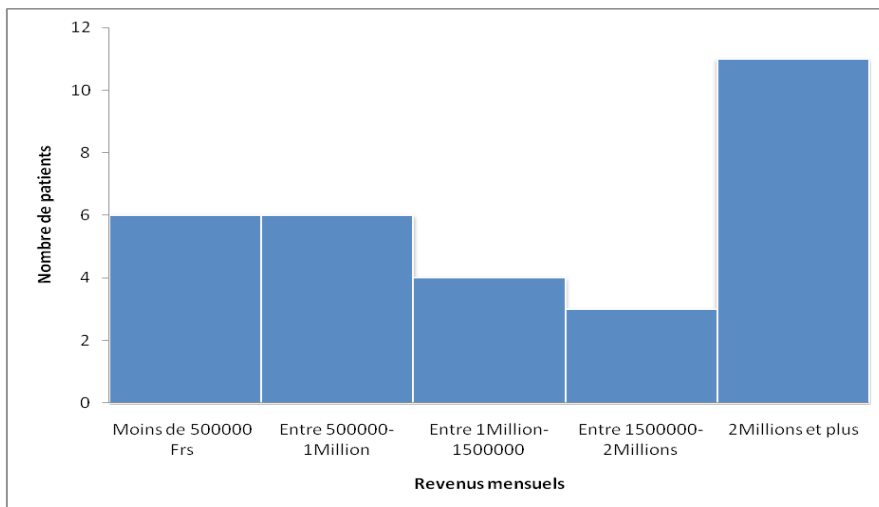


Figure 7 : Répartition des patients selon leurs revenus mensuels

III-2.4 Niveau social (possession maison, voiture)

La plus part des patients sont propriétaires de biens matériels. En effet 80% d'entre eux ont leur propre maison et plus de 75% sont aussi propriétaires de véhicule.

III-2.5 Coût de la prothèse implantaire et son appréciation par le patient

Le coût de la prothèse unitaire est considéré comme cher selon 70% des patients contrairement à 30% qui le trouvent abordable.

III-2.6 Nombre d'enfants et type d'école qu'ils fréquentent :

Près de 75% des familles ont moins de 3 enfants chacune (figure 8) et ces enfants sont surtout inscrits à l'école privée (figure 9).

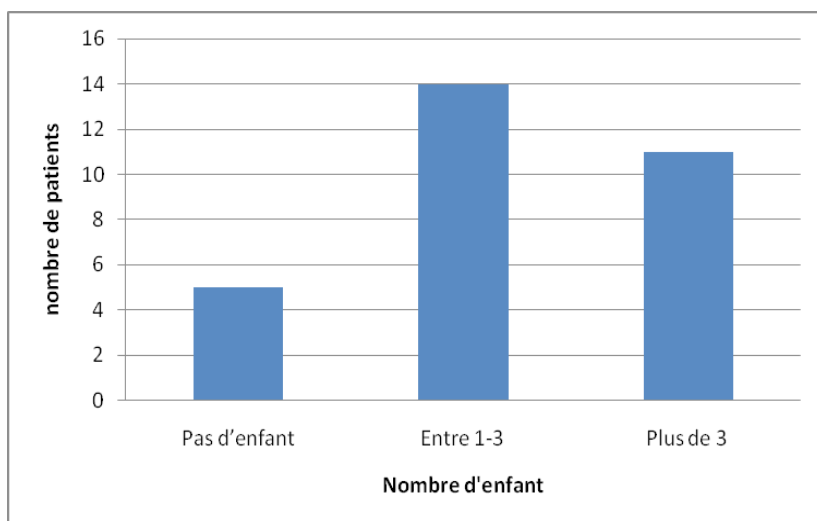


Figure 8: Répartition des patients selon leur nombre d'enfant

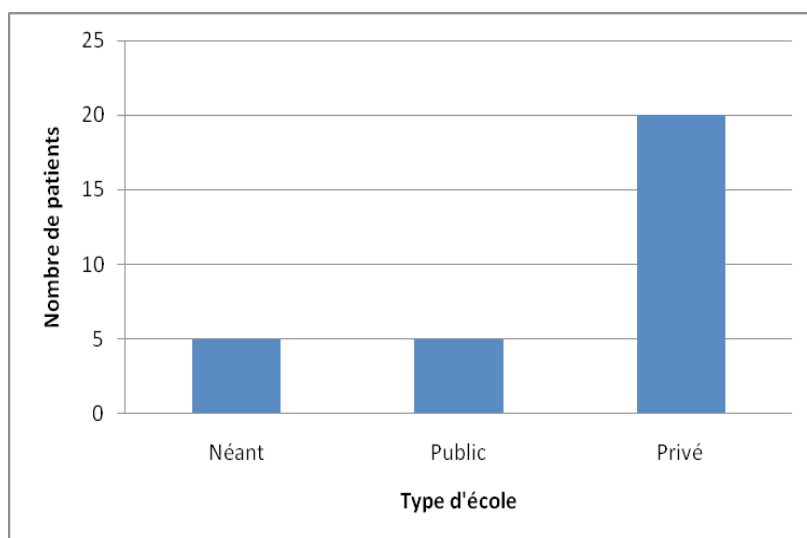


Figure 9: Répartition des patients selon le type d'école de leurs enfants

DISCUSSION

La difficulté majeure de l'étude était de retrouver certains patients qui avaient terminé leurs soins. Cependant la totalité des demandeurs et bénéficiaires de restauration implantaire ont été interrogée. Le nombre de patients constituant l'échantillon paraît faible, du fait que cette activité est jeune et n'est pas bien développée au Sénégal. Notre travail

constitue alors une étude pilote qui pourrait être enrichie pendant les années à venir.

L'échantillon est composé de 60% de femmes et de 40% d'hommes. Ces résultats sont comparables à ceux de Krennmair en Australie qui avaient trouvé 59 % de femmes et 41% d'hommes et à ceux de Fugazotto avec 65% du sexe féminin contre 35% Diouf A. A., 2011). La prédominance des femmes dans ces études témoigne de l'intérêt qu'elles accordent aux dépenses en matière de santé et aux consultations dentaires en particulier. D'ailleurs, Thioune en 2005 a montré qu'au Sénégal, plus de la moitié des consultants en santé bucco – dentaire est constituée de femmes (Thioune N., 2005). En ce qui concerne l'âge des patients, la moyenne est de 52 ans comparable à celle trouvée dans l'étude de Dia Tine en 1998 chez les bénéficiaires d'implants au Sénégal qui était de 51,4 ans (Dia Tine S., 1998). Les 3/4 des patients de notre étude sont âgés de 36 à 60 ans. Ce pourcentage élevé pourrait s'expliquer par le fait que c'est la tranche d'âge la plus productive où les personnes bénéficient de revenus du fait de leurs salaires ou de leur travail. Elles peuvent de ce fait honorer leurs dépenses en matière de santé. La prévalence et l'incidence des maladies infantiles et chroniques sont faibles pendant cette période, c'est peut être ce qui explique le fort pourcentage de personnes qui présentent un bon état général. En effet l'âge des patients en général ainsi que leurs niveaux socio – économique et d'étude constituent des indicateurs d'un bon état de santé.

Dans le domaine de la santé bucco – dentaire, la demande en soins est surtout motivée par l'esthétique. Cependant l'aspect esthétique-fonctionnel a été la raison évoquée comme motif de consultation dans notre étude, contrairement à différents travaux au Sénégal où le motif esthétique a été prédominant (Thioune N., 2005). En effet les demandeurs et bénéficiaires d'implantologie ont déjà bénéficié d'un appareil de prothèse adjointe. Ils ont donc une meilleure appréhension de l'importance aussi bien de l'esthétique que du fonctionnel. Ils ont donc une expérience dans la prise en charge prothétique et aspirent au bien-être et à une meilleure qualité de vie.

Les difficultés aux soins bucco-dentaires sont réelles en Afrique surtout dans le domaine de la prothèse. C'est pourquoi les patients demandeurs de prothèse implantaire sont d'un niveau socioéconomique très élevé. L'aspect socioéconomique étant un facteur déterminant dans l'accès aux soins surtout ceux de haute technologie (Sabin P., 2006). La demande implantaire est donc liée à la situation économique et sociale du patient. Du fait de son coût, l'étude des secteurs d'activité des patients a permis de constater que plus de la moitié de la population d'étude (53,3%) évolue dans le secteur privé et plus du quart (16,7%) dans le secteur informel. La prothèse implantaire reste de ce fait un choix réservé à une certaine catégorie sociale. Pourtant les études de Thioune en 2005 montrent que seulement 39% des patients qui fréquentent les structures dentaires publiques de Dakar venaient des secteurs privé et informel. Selon Guèye, au Sénégal, la demande en soins est plus importante chez les personnes issues de ces secteurs (Guèye A. K., 2009).

Les bénéficiaires de prothèse implantaire présentent un niveau d'étude assez élevé comparé à la population générale. En effet 63,3% ont eu le niveau de maîtrise de l'enseignement supérieur. Le niveau d'étude a fortement influé sur la demande en prothèse implantaire ainsi que le revenu mensuel des patients très élevé par rapport au SMIG au Sénégal (47 700 francs CFA) (R.S, M.E.F, A.N.S.D, 2007). L'étude a montré aussi que 80% des patients sont propriétaires de maison et 76,7% possèdent une voiture. Cela montre davantage que leur niveau socio-économique est assez satisfaisant par rapport

à la population générale. Le fait que la majorité des demandeurs et bénéficiaires de prothèse implantaire ont des familles avec une moyenne de 3 enfants par couple montre la particularité de notre échantillon. En effet au Sénégal la moyenne d'enfants par couple est de 5 enfants. De plus les couples des personnes de niveau d'étude élevé ont souvent des familles réduites (R.S, M.E.F, A.N.S.D, 2007). Par ailleurs, 80% des enfants sont dans des écoles privées catholiques dont l'inscription et les mensualités sont payantes.

CONCLUSION

La pratique de la prothèse implantaire reste marginalisée et n'est pas accessible géographiquement et financièrement. Cette discipline est réservée à une certaine élite dont le niveau d'étude et le profil socio-économique sont très élevés, comparée à la population générale. Il apparaît nécessaire de réfléchir sur le dossier de cette discipline, au demeurant prometteuse, qui pose le problème de son accessibilité économique – via la participation des assureurs – et géographique, des exigences des principes d'asepsie et d'antisepsie et de la formation initiale et continue des praticiens. Sur le plan politique, l'accessibilité aux soins de haute technologie pourrait être intégrée sur la liste des indicateurs essentiels bien que reste en suspens la décision de sa mise en valeur eu égard aux priorités essentielles en santé bucco – dentaires qui ne sont à ce jour que partiellement assurées.

REFERENCES

- Dia Ndiaye M. Nd. (2003) Etude de la relation pauvreté et santé : à propos de deux cohortes d'enfants dans l'arrondissement de Baba garage et de la commune de Bambey au Sénégal. Mem. CES santé Publique, ISED, Dakar, n° 11 – 1 – 06 : 30.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2004) Rapport de la Conférence de planification de la santé bucco – dentaire dans la région africaine, Nairobi, 71 p.
- Zarouf H. (2003) Implantologie orale : la réhabilitation de l'édentement total. Thèse Chir. Dent., Dakar, n°16.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2000) La santé bucco – dentaire dans la région africaine : stratégie régionale 1999 – 2008 ; Hararé : bureau régional de l'Afrique, p.
- Diouf A. A. (2011) Profils clinique et socio – économique des patients demandeurs de prothèses implantaires au Sénégal, thèse Chir. Dent., Dakar, n° 11.
- Thioune N. (2005) Esthétique en prothèse conjointe : évaluation de l'attente d'une population urbaine sénégalaise, thèse chir. Dent., Dakar, n° 3.
- Dia Tine S. (1998) Analyse comparative du site osseux par imagerie médicale dans le choix des implants endo osseux. Thèse doctorat ès – sciences odontologiques, Dakar, n° 1.
- Sabin P. (2006) Le livre blanc de la stomatologie et chirurgie maxillo – faciale française. Implants et prothèses : questions, idées reçues et contrevérités, Paris, 104 p.
- Guèye A. K., Seck P. S. (2009) Etude de l'accessibilité des populations aux soins hospitaliers au Sénégal, PFANE, 40 p.
- République du Sénégal (R.S), Ministère de l'Economie et des Finances (M.E.F), Agence Nationale des Statistiques et de la Démographie (A.N.S.D., (2007) Situation économique et sociale du Sénégal. Rapport préliminaire, 30 p.