

Recours aux soins dentaires au Liban : de la perception vers la réalité

Dany Daou, Loïc Josseran, Christiane Saliba

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2022/3 Vol. 34 , PAGES 429 À 438
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.223.0429

Date de mise en ligne : 27/12/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2022-3-page-429?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Recours aux soins dentaires au Liban : de la perception vers la réalité

Resorting to dental care in Lebanon: From perception to reality

Dany Daou^{1,2}, Loïc Josseran^{2,3}, Christiane Saliba⁴

➔ Résumé

Introduction : En termes de santé publique, les déterminants du recours aux soins buccodentaires sont rarement documentés. Or, leur maîtrise est essentielle pour l'établissement d'une prévention efficace.

Objectifs : L'objectif principal de notre étude est d'étudier les perceptions, les attitudes, les représentations sociales et les facteurs déterminant le comportement de recours aux soins buccodentaires de la population libanaise au sein de deux gouvernorats, Beyrouth et le Mont-Liban. La méthode suit une approche qualitative descriptive. Des entretiens exploratoires semi-dirigés ont été menés auprès de 20 bénéficiaires et sept dentistes. Les données ont été analysées thématiquement en plusieurs étapes selon le modèle de Kreuter et Green.

Résultats : Les résultats de notre étude ont montré que plusieurs facteurs entravent le recours aux soins buccodentaires. Le manque de connaissances sur la relation entre santé dentaire et santé générale, les perceptions négatives des patients envers la prévention et la dentisterie ainsi que les aspects financiers restent les facteurs principaux qui entravent le recours aux soins dentaires. D'autre part, l'amélioration de l'éducation sanitaire, le changement de perceptions du dentiste ainsi que la couverture des frais ou le remboursement seraient des facteurs qui favoriseraient le recours.

Conclusion : Le non-recours aux soins dentaires demeure un problème de santé publique majeur dans un pays en cours de développement comme le Liban. Si l'impact sur la santé dentaire est considérable, il l'est également sur l'état de santé générale de la population avec toutes ses conséquences sur un système de santé national très fragilisé.

Mots-clés : Santé publique ; Santé bucco-dentaire ; Étude qualitative ; Recours aux soins dentaires.

➔ Abstract

Introduction: In the context of public health, seeking or not seeking dental care is a poorly documented topic. However, its control is essential for the establishment of effective prevention.

Purpose of research: The main objective of our study is to explore the perceptions, attitudes, social representations and factors determining the behavior of the Lebanese population seeking oral care in two governorates, Beirut and Mount Lebanon.

The method follows the descriptive qualitative approach. Semi-directed exploratory interviews were conducted with 20 beneficiaries and 7 dentists. The data was analyzed thematically in several stages according to the Kreuter and Green model.

Results: The results of our study showed that several factors hamper the beneficiaries' use of dental care. The lack of knowledge about the association between dental health and general health, the negative perceptions of citizens towards prevention and dentistry as well as financial incapacity remain primordial factors obstructing the seeking of dental care. On the other hand, health education, changing perceptions as well as cost coverage or reimbursement would be factors that could promote the use of dental care.

Conclusion: Not seeking dental care remains a worrying problem in a developing country like Lebanon. The impact is considerable on oral health and on general health with all its consequences on an already fragile health system.

Keywords: Public health; Oral health; Qualitative study; Seeking dental care.

¹ Faculté de Médecine Dentaire, Université Libanaise – Hadat, Liban.

² Inserm U1018, CESP, Soins De Santé Primaire et Prévention – Université de Paris Saclay, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines – Montigny-le-Bretonneux, France.

³ Département Hospitalier d'Épidémiologie et de Santé publique – Hôpital Raymond Poincaré, GHU Paris Saclay, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris – Garches, France.

⁴ Centre de recherche en santé publique CERIPH=FSP2 – Faculté de Santé Publique, Université Libanaise – Fanar, Liban.

gouvernorats étudiés et un âge supérieur ou égale à 21 ans et inférieur ou égale à 64 ans. Les critères d'inclusion des dentistes visaient la parité (homme/femme), une expérience professionnelle supérieure à deux ans et une installation dans un des deux gouvernorats étudiés (figure 1).



Figure 1 : Les gouvernorats du Liban et les zones enquêtées.

Méthode de collecte : les données ont été recueillies en ayant recours à la méthode d'entretiens semi-directifs, réalisés auprès de la population cible. Au cours de ces entretiens, l'enquêteur a exploré les perceptions, les attitudes, les représentations sociales et les facteurs déterminant le comportement de recours aux soins buccodentaires de la population libanaise étudiée.

Pour les besoins de l'enquête de terrain, deux guides d'entretien ont été élaborés en se basant sur la revue de littérature à partir d'un existant construit et utilisé précédemment [15, 16]. Le guide des bénéficiaires a été rédigé en arabe. Il était composé de 12 questions divisées en trois parties : la santé dentaire, la perception du dentiste, la pratique du recours aux soins dentaires et les facteurs favorisant/entravant le recours. Le guide des professionnels a été rédigé en français et en arabe, et a été divisé en trois parties : l'expérience de la profession, la perception par le dentiste de l'avis des patients en rapport avec le recours aux soins dentaires, et les facteurs favorisant ou entravant le recours aux soins buccodentaires. Les deux guides ont été testés auprès de sept bénéficiaires et de deux dentistes respectivement. La saturation des résultats a été atteinte à

la seizième entrevue des bénéficiaires et à la cinquième entrevue des dentistes.

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 [17]. Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation expresse des personnes interviewées. Les bandes sonores ont été détruites après retranscription.

Analyse des données

Les entretiens semi-dirigés ont été intégralement retranscrits. Les verbatims ont été regroupés par question dans un tableau de synthèse pour être analysés. Les discours des bénéficiaires et des dentistes ont été analysés séparément, puis catégorisés selon la théorie du comportement planifié [18]. L'explication du comportement des Libanais face aux soins dentaires repose ainsi sur le modèle PRECEDE/PROCEED de Green et Kreuter [19]. Ce dernier est un modèle qui permet d'analyser la situation, de déterminer les priorités et les objectifs intégrés au sein du programme de promotion de la santé [20] et de bien visualiser la relation entre les facteurs environnementaux et les comportements individuels [21]. Selon ce modèle, le premier acronyme PRECEDE renvoie aux facteurs « prédisposants qui motivent le recours aux soins dentaires et qui sont associés aux connaissances, aux perceptions, aux attitudes et comportements des citoyens-bénéficiaires vis-à-vis du dentiste et des soins dentaires, les facteurs facilitants et ceux de renforcement, identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic » [21], alors que le second acronyme, PROCEED, renvoie aux « politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental » [20]. Composé d'approximativement neuf étapes, ce modèle sert à guider l'implantation et l'évaluation des programmes de santé.

Validité Interne et Externe

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'entre 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 montrant les trois facteurs qui influencent le comportement de recours aux soins selon le modèle conceptuel de Kreuter et Green : facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement [22, 23]. 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 [24].

Résultats

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.

Les principales caractéristiques socio démographiques de l'échantillon des 27 personnes interrogées, sont présentées dans le tableau I.

Les bénéficiaires interrogés étaient âgés de 21 à 64 ans. Parmi eux, on compte 11 femmes et 9 hommes. Les dentistes étaient, quant à eux, tous âgés de plus de 25 ans et pratiquaient la dentisterie dans les régions de Beyrouth et du Metn (District situé dans le Gouvernorat du Mont-Liban).

Facteurs prédisposant le recours aux soins dentaires

Selon les bénéficiaires

- *Liens entre santé buccale et 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).

- *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 à 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 visiter 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 visite du dentiste malgré 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 Panadol², Profinal³ [...] » (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.

• *Bénéficiaires, médecine dentaire préventive et facteurs entravant la visite*

Le recours ou non aux soins dentaires est lié aux expériences antérieures des bénéficiaires. La plupart de ceux-ci ont affirmé l'importance d'une visite 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 visites dentaires à cause du stress engendré. Ils ont complété 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 visites 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 visite 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'anxiété, 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).

² Paracétamol en DCI.

³ Ibuprofène en DCI.

• *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'anxiété 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.

Selon les dentistes

Connaissances et 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 lien mais pas quoi au juste* » (H, 38 ans ; H, 35 ans).

Praticiens et dentisterie

Bien que les dentistes évoquent une certaine satisfaction de leur métier, notamment concernant l'indépendance dont ils bénéficient, la majorité est 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 fait, 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).

Facteurs facilitant le recours aux soins dentaires

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).

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 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 visites 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).

Facteurs de renforcement

En général, le recours ou non aux soins dentaires est renforcé par différents éléments. Les facteurs de renforcement positif 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.

Discussion

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 [6], 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.

Santé buccale et état de santé général

Les maladies buccodentaires constituent un problème de santé publique croissant dans les pays en cours de développement [25]. Cela est lié, pour partie, au manque d'éducation de la population, qui est une barrière au recours aux soins dentaires [26]. 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 avec d'autres travaux qui confirment que le manque d'éducation buccodentaire constitue une barrière de recours aux soins dentaires [27]. 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.

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. Le patient passe ainsi par 4 étapes qui sont : 1/ la peur ou l'anxiété (qui conduisent à), 2/ l'évitement des soins (qui entraîne), 3/ la détérioration de la dentition (qui a pour conséquences), 4/ la honte/la culpabilité/le sentiment d'infériorité qui renvoient à leur tour à la peur, etc. [28]. Lutter contre ce phénomène passe par la formation des professionnels, qui peut porter sur l'accueil/la prise en charge du patient ; la qualité de la relation soignant/soigné ; la qualité des soins... [29]. 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 [30]. Il est, d'autre part, indispensable d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels, qui participent 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 a montré que près de 60 % des dentistes libanais avait un revenu < 1500 \$/ mois [7]. En effet, il n'existe pas, à ce jour, de prise en charge financière par la sécurité sociale des soins dentaires au Liban [22].

Bénéficiaires et 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 1^{er} motif de consultation reste une douleur résistante à l'automédication [31]. 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 [27]. 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 « M'T Dents » en France, par exemple, qui incitent

une stratégie de santé publique favorisant le recours aux soins dentaires. En effet, le système de santé Libanais doit faire face au triple défi d'un contexte de crise économique majeure qui le prive de ressources, d'une crise migratoire brutale qui rajoute une pression sur un système de santé non préparé (2 millions de réfugiés Syriens et Palestiniens pour 4 millions de Libanais) [35] et d'une population qui n'a pas encore entamé sa transition démographique. Ainsi, avec une population qui compte aujourd'hui 36 % de moins de 24 ans [36] et 25 % de moins de 15 ans [37], ce système sous dimensionné et économiquement fragilisé ne pourrait pas faire face à une explosion de la demande de soins liée à son vieillissement naturel. C'est uniquement par la prévention qu'un premier niveau d'anticipation serait possible.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Santé bucco-dentaire dans le monde. 2012. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
2. 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):2010-2012.
3. Williams DM. Global oral health inequalities: the research agenda. *J Dent Res*. 2011;90(5):549-551.
4. WHO Expert Committee on Prevention Methods and Programmes for Oral Diseases. *Méthodes et programmes de prévention des affections buccodentaires : rapport d'un Comité d'experts de l'OMS [réuni à Genève du 12 au 16 septembre 1983]*. Organisation mondiale de la Santé ; 1984. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38869>.
5. Anaise JZ. Measurement of dental caries experience—modification of the DMFT index. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1984;12(1):43-46.
6. Petersen PE, Programme WOH. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003 : poursuivre l'amélioration de la santé buccodentaire au XXI^e siècle – l'approche du Programme OMS de santé buccodentaire. 2003. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68507>.
7. Sacy A. Constat sur le corps dentaire au Liban. *Journal of the Lebanese Dental Association*. 2004 ;41(2) :55.
8. Kasparian L, Ammar F. Enquête nationale sur les dépenses et l'utilisation des services de santé par les ménages 199. Ministère de santé publique ; Beyrouth, Liban. 2001 : 134-142.
9. Dawaliby A. Much More than Oral Health Is at Stake, World Oral Health Day. International College of Dentistry Study Club; Beyrouth, March 2016.
10. Khandakji M. Disparities in access to dental care: a cross-sectional study in Beirut secondary school children". 2015. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Epidemiology to the Department of Epidemiology and Population Health of the Faculty of Health Sciences at the American University of Beirut. [Visité le 20/08/2021]. En ligne : <https://scholarworks.aub.edu.lb/bitstream/handle/10938/10864/b18462856.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Doumit M, Doughan B. Dental caries and fluorosis among children in Lebanon. *Indian J Dent Res*. 2018;29:317-322.
12. Atlas Mondial De Données. *Liban Santé, ressources humaines pour la santé*. Knoema. 2014. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : <https://knoema.fr/atlas/Liban/topics/Sant%c3%a9/Ressources-humaines-pour-la-Sant%c3%a9/Dentistes>.
13. OECD, "Dentists", in *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2009. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-34-en.
14. OECD, European Union, "Availability of dentists and consultations with dentists", in *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, 2020, [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne <https://doi.org/10.1787/9172ab9f-en>.
15. Ménard C, Grizeau-clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. Évolutions. 2016;35: 1-10. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-buccodentaire-des-adultes2>.
16. Dieng SN, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Levy S. État de santé, offre et recours aux soins buccodentaires chez les enfants sénégalais : synthèse des données disponibles. *Santé Publique*. 2016; 28(2):257-265.
17. Martineau S. L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives. Hors-Série*. 2007;5:70-81. [Visité le 20/08/ 2021]. En ligne : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/martineau.pdf.
18. Ajzen I. Attitudes, personality, and behavior. 2nd edition. Berkshire (England). Milton-Keynes: Open University Press/McGraw-Hill. 2005. p. 117-136.
19. Green L, Kreuter M. Health program planning, an educational and ecological approach. 4th edition. New York (Etats-Unis). McGraw-Hill. 2005. p.1-28.
20. Renaud L, Gomez Zamudio M, Green L. Planifier pour mieux agir. RÉFIPS ; collection Partage. Montréal (Canada) 1998. p154.
21. 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. *Cahiers de nutrition publique Groupe d'études en nutrition publique GENUP*. Université Laval. 2006 :35-43.
22. Saliba Sfeir C. Recours aux soins et couverture médicale au Liban. *Collection Logiques sociales*, Harmattan; Paris 2016. 206p.
23. Pizem P, Dedobbeleer N. Validation Préliminaire d'une affiche sur l'hygiène buccale des personnes âgées. *Santé Publique*. 2001; 13(3): 277-285. DOI 10.3917/spub.013.0277.
24. Talbot N, Fortin, M- F. et Gagnon, J. Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (3^e édition). Montréal, Québec : Chenelière éducation. 2017;43(1):264-5.

25. Williams DM, Sheiham A, Honkala E. Addressing Oral Health Inequalities in the Africa and Middle East Region. *J Dent Res*. 2015;94(7):875-877. doi:10.1177/0022034515576194.
26. Jones M, Lee JY, Rozier RG. Oral Health Literacy Among Adult Patients Seeking Dental Care. *The J. Am Dent Assoc*. 2007;138(9):1199-1208. doi:10.14219/jada.archive.2007.
27. Gist R. Breaking Down Barriers to Oral Health for All Americans. *J Calif Dent Assoc*. 2011 Jul;39(7):491-502.
28. Beaton L, Freeman R, Humphris G. Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations. *Med Princ Pract*. 2014;23(4):295-301. doi:10.1159/000357223.
29. Mattos GCM, Sirineu CG, Teixeira BR, Gallagher JE, Paiva SM, Abreu MHNG. A Survey of the Perception of Comprehensiveness among Dentists in a Large Brazilian City. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(4):4249-4261. doi:10.3390/ijerph110404249.
30. Loignon C, Allison P, Landry A, Richard L, Brodeur J-M, Bedos C. Providing humanistic care: dentists' experiences in deprived areas. *J Dent Res*. 2010. 2010;89(9):991-995. doi:10.1177/0022034510370822.
31. Doughan B, Kassak K, Bourgeois D. Planning dental manpower in Lebanon: scenarios for the year 2015. *East Mediterr Health J*. 2005;11(5-6):943-51. PMID: 16761664.
32. Tardivo D, Daguzan A, Peyrot B, Gentile S, Sambuc R. Evaluation of the action « MT Dents » for 6-year-old schoolchildren in two deprived neighborhoods in Marseille, France. *Odontostomatol Trop*. 2016;39(156):25-39.
33. Rezaei S, Hajizadeh M, Irandoost SF, Salimi Y. Socioeconomic inequality in dental care utilization in Iran: a decomposition approach. *International Journal for Equity in Health*. 2019;18(3):161. doi:10.1186/s12939-019-1072-5.
34. 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;14(1):78. doi:10.1186/1472-6831-14-78.
35. UNHCR Lebanon Factsheet. January 2019. [Visité le 20/08/2021]. En ligne : <https://reliefweb.int/report/lebanon/unhcr-lebanon-factsheet-january-2019>.
36. Middle East: Lebanon, The World Fact book 2020. 2020. [Visité le 20/08/2021]. En ligne : <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/le.html>.
37. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Bouabboud Naaman N, Hennequin P, Osta D, Geahchan P. Vieillesse de la population libanaise : démographie, évaluation sanitaire, et impact en santé bucco-dentaire. *International Arab Journal of Dentistry*. 2011;2:5-12.