

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION

Département des Sciences Economiques

MEMOIRE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques

Option : Economie Quantitative

Thème

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCESSIBILITE
DES SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ALGERIE :
Cas de la commune de Bejaia

Présentés par : HADJER Jugurta
GUEHIIZ Sofiane

Devant le jury composé de :

Président : FOU DI Brahim, Université de Bejaia.

Examinatrice : FERROUDJ Kahina, Université de Bejaia.

Rapporteur : CHEURFA Taous, Université de Bejaia.

Promotion 2017/2018

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail.

En seconde lieu, nous tenons à remercier notre encadreur Mme : Cheurfa taous, son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Nos reconnaissances vont aussi :

Au personnel de la DPSB de Bejaia ;

Au directeur de la santé et de la population de Bejaia qui nous a permis d'accéder aux données disponibles au niveau de la DSP de Bejaia ;

Au personnel de l'EPSP Iheddaden de Bejaia

A notre maitre de stage Dr GANI Nadia.

Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

MERCI.

HADJER Jugurta

GUEHILIZ Sofiane

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A ma mère et à mon père qui ont été toujours présent pour moi.

A mes frères

A mes sœurs

A mon binôme (Sofiane)

A toute ma famille

A tous mes amis

Jugurta

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A ma mère et à mon père qui ont été toujours présent pour moi.

A mes frères (Adel et Moumouh)

A ma sœur (Lydia)

A mon binôme (Jugurta)

A toute ma famille

A tous mes amis

Sofiane

LISTE DES ABREVIATIONS

Liste des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la santé

CMU : Couverture maladie universelle

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

CDSS : Les commissions déterminantes sociales de la santé

CD : Chirurgien-dentiste

DSP : Direction de la santé et de la population

EPH : Etablissement public hospitalier

EPSP : Etablissement public de santé proximité

MSPRH : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière

CNAS : La caisse nationale des assurances sociales

ODF : Ortho-dentofaciale

UDS : Unités de dépistage scolaire

FD : Fauteuils dentaires

D : Dépistage

ES : Education sanitaire

PC : Prévalence carieuse

PG : Prévalence gingivale

SBD : Santé bucco-dentaire

CISA : Centre intermédiaire de soin en Addictologie

UCTMR : Unité de contrôle de la tuberculose et des maladies respiratoires

CDV : Centre de dépistage volontaire

SOMMAIRE

SOMMAIRE

<i>Plan</i>	<i>Pages</i>
Remerciements	I
Dédicace	II
Liste des abréviations	III
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1

CHAPITRE I :

ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL

Introduction	4
I. Cadre conceptuel d'accès aux soins	4
II. Cadre conceptuel et théoriques des inégalités de santé	14
III. Les soins bucco-dentaires	26
Conclusion.....	38

CHAPITRE II :

DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Introduction	40
I. La répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la wilaya de Bejaïa.....	40
II. Le financement des soins bucco –dentaires.....	49
III. Etat des lieux de la santé buccodentaire des enfants.....	60
Conclusion	70

CHAPITRE III :

ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE LA WILAYA DE BEJAIA

Introduction	71
I. Présentation de déroulement de l'enquête	71

II. Analyse et interprétation des résultats	74
Conclusion.....	112
CONCLUSION GÉNÉRALE	114
Références bibliographiques	117
Annexes	120
Liste des tableaux	155
Liste des figures	158
Table des matières	161

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Etre en bonne santé est le souci de toute personne. L'OMS, dans sa constitution adoptée en 1948, considère la santé comme un droit pour tous les peuples du monde. La santé de l'individu ne dépend pas seulement des soins de santé, qui ne participe que de 10 à 20% dans la détermination de l'état de santé de la population¹,

La santé est une composante du développement durable. Elle doit être comprise et étudiée comme un système au sein duquel se combinent différents déterminants (ou facteurs) de la santé des populations. Elle dépend des conditions environnementales (la qualité du milieu, de l'air, de l'eau), de la situation économique et sociale (la pauvreté, le niveau de vie et d'éducation,...), de l'offre de soins et des politiques publiques, mais également de déterminants culturels traduits par des comportements (habitudes alimentaires, et les facteurs biologiques et héréditaire, conduites à risques).²

L'accessibilité aux soins est la capacité de recourir aux ressources sanitaires et aux services de santé. Ces conditions matérielles d'accès aux soins ne déterminent pas à elles seules le recours aux soins effectifs, qui dépendent aussi des possibilités financière.

Les pathologies dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. Elles sont principalement représentées par la carie et la maladie parodontale Les dents participent à trois fonctions essentielles : manger, communiquer et sourire ; une bouche saine symbolise un équilibre à la fois fonctionnel, esthétique et psychosocial.³

Comme le note l'OMS, les affections bucco-dentaires ont en commun avec les quatre principales catégories de maladie chronique (pathologies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires chroniques et diabète), plusieurs facteurs de risque dont la mauvaise

¹ Liliane Leroy, (2008), Les déterminants de santé : quelles interprétations ? Quelles préventions ?, FPS, Bruxelles, P4.

² BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P1

³ Faouzi BOUSSAID, (2014), « la santé bucco-dentaire chez les patients schizophrènes ». P 1.

INTRODUCTION GENERALE

alimentation, le tabagisme et les abus d'alcool. Une hygiène insuffisante de la bouche est aussi un facteur de risque.⁴

Certains patients renoncent à une consultation chez un chirurgien-dentiste ou dans un établissement hospitalier pour des raisons financières et/ou d'éloignement géographique. De même, les usagers sont aujourd'hui régulièrement confrontés à des délais de rendez-vous qui peuvent atteindre à des longs périodes pour certaines spécialités ou dans certains territoires. Ceci n'est pas acceptable dans un système de santé qui se veut moderne, efficace et accessible à tous.

L'objet de notre travail est d'étudier les disparités d'accès et de recours aux soins bucco-dentaires dans la commune de Bejaia. Ainsi, nous allons identifier les déterminants de l'accès aux soins dentaires. De ce fait, nous allons tenter d'étudier trois axes principaux : le renoncement aux soins dentaire, le recours aux soins dentaires et la prévention de ces derniers. A cet effet, nous avons entrepris une enquête auprès des habitants de la commune de Bejaia. Par ailleurs, nous allons tenter de comparer les tarifs des soins dentaires avec les taux de remboursement. Pour cela, nous avons effectué une collecte de données auprès de la CNAS et des dentistes de la wilaya de Bejaia.

Plus concrètement, on tentera de répondre aux questions suivantes :

- **Quelle est l'importance des soins dentaires et son évaluation économique en santé ?**
- **Quelle sont les déterminants d'accès aux soins dentaires ?**
- **Les obstacles financiers sont-ils à l'origine des inégalités d'accès et de recours aux soins bucco-dentaire ?**

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons construit notre réflexion en se basant sur les hypothèses suivantes :

- La répartition de l'offre de soins, notamment sa concentration en milieu urbain, peut influencer l'accessibilité et donc le recours aux soins bucco-dentaires.

⁴ L'OMS

INTRODUCTION GENERALE

- La faiblesse des taux de remboursements pour les soins bucco-dentaires et l'insuffisance de l'offre publique crée des obstacles financiers à l'accès aux soins et donc des inégalités en termes de recours aux soins bucco-dentaires.

Notre travail est mené en deux étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, thèses, revues, documents, articles ainsi que des sites internet, etc... Ensuite, nous allons procéder à une collecte de données primaires au niveau de direction de la Santé et de la Population de Bejaïa (DSP), ainsi qu'une monographie des coûts des soins dentaires. Par la suite, nous entreprendrons la conception d'un questionnaire, avant d'entamer une enquête de terrain auprès d'un échantillon de résidents de la commune de la Wilaya de Bejaïa.

Dans le but de mener notre travail, nous l'avons organisé en trois chapitres :

- Dans le premier chapitre, on présentera d'abord les fondements théoriques de l'accès aux soins de santé. On tentera aussi dans ce chapitre d'insister sur l'importance des soins dentaires, avant de présenter une revue de la littérature empirique sur la problématique des inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires. Le but étant d'identifier les différents déterminants de l'accès aux soins dentaires.
- Dans un deuxième chapitre, on tentera d'analyser la répartition et le financement des soins bucco-dentaires dans la Wilaya de Bejaïa ainsi que l'état des lieux de la santé bucco-dentaires des enfants.
- Le troisième chapitre est consacré à l'interprétation et l'analyse des résultats de notre enquête de terrain relative aux inégalités d'accès et de recours aux soins bucco-dentaires.

CHAPITRE I

**ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE
SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES :
FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE
CONCEPTUEL.**

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Introduction

La santé n'est pas seulement l'absence de maladie et d'handicap mais, surtout un état complet d'un bien-être physique, mentale et sociale¹, Ainsi, toutes les personnes malades ont le droit d'accéder aux soins de santé quel que soit leurs classes sociales, ou niveaux d'études. Ainsi, les inégalités de santé font essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population.²

La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines ; elle fait partie intégrante de l'état de santé générale et est essentielle au bien-être. Donc la relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale a été établie scientifiquement. Des formes sévères de maladies parodontales sont, par exemple, associées au diabète. La forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs communs de risque. De nombreuses affections générales peuvent avoir des manifestations bucco-dentaires qui accroissent le risque de maladies bucco-dentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales.³

Dans ce chapitre, nous allons présenter d'abord, le cadre conceptuel d'accès aux soins. Ensuite, les différents concepts liés aux inégalités de santé. Enfin, nous allons faire un aperçu général sur les soins bucco-dentaires.

I.CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS

L'accès de tous à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Or, les disparités dans la répartition territoriale des professionnels de santé compromettent l'égal accès aux soins.

¹ OMS : 2010, 'système de santé', In www.who.int

² L., Moquet M.-J., Jones C. :« Réduire les inégalités... Op.cit.P39.

³ Petersen P.-E. (2003), Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, P10

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

A cet effet, l'objectif de cette section est de cerner la notion d'accès et d'accessibilités aux soins.

1. Définition de l'accès aux soins

Depuis les années 60, plusieurs géographes et économistes anglo-saxons se sont appliqués à définir ce concept clé pour améliorer la performance de tout système de santé⁴.

L'institut de médecine des Etats Unis définit l'accès aux soins comme « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé ». ⁵

Pour L. A Aday et R. M. Andersen⁶, le concept d'accès se définit comme le rapport entre les besoins en soins d'une population (caractéristiques sociodémographiques) et l'utilisation du système de soins (prise en charge effective des patients).

Pour R. Penchansky et J. W. Thomas⁷, l'accès correspond à l'adéquation entre les caractéristiques des professionnels de santé et les attentes des patients évaluées à travers leur satisfaction. Ainsi, il ne s'agit plus seulement d'accès géographique ou financier mais d'un accès multidimensionnel.

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) ». ⁸

⁴ Ricketts T.-C., Goldsmith L.- J. (2005) : "Access in health services research ; The Battle of the Framework" Nursing Outlook, vol. 53, n°6, p.274-280

⁵ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

⁶ Aday L. A, Andersen R.M. (1974): "A Framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol.9, p.208-220.

⁷ Penchansky R, Thomas J.W., (1981) "The concept of access : définition and Relationship to consume Satisfaction", Médical Care, vol.22, n°6, p.127-140

⁸ BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3, p5

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

2. Les dimensions de l'accès aux soins

Nous allons présenter les dimensions d'accès aux soins selon Picheral⁹et selon l'OMS.

2.1. Les dimensions de l'accès aux soins selon Picheral

Selon Picheral l'accès aux soins traduit la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale ». ¹⁰

2.1.1. La dimension Matérielle : L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Elle est en 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.

2.1.2. La dimension Sociale : Indicateur social inégalités et indicateur de santé fréquemment utilisés, 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).

2.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS

L'OMS ne définit pas à proprement parler l'accès aux soins, mais traite des problématiques relatives à l'accessibilité à travers des notions de «couverture sanitaire». Joseph Kutzin, affirme que la couverture sanitaire universelle non seulement conduit à améliorer la santé et la protection financière des ménages, mais est aussi utile en soi.

La couverture sanitaire universelle est instaurée lorsque les gens obtiennent effectivement les services de santé dont ils ont besoin et bénéficient d'une protection contre

⁹Aday L.-A, Andersen R.-M. (1974), "A Framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol.9, p.208-220.

¹⁰Picheral H. (2001), Dictionnaire raisonné de géographie de la santé.GEOS, Atelier Géographie de la santé.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

le risque financier. L'accès, d'autre part, est la possibilité ou la capacité de remplir ces deux conditions. En effet, l'accès aux soins a **trois dimensions suivantes** :

2.2.1. L'accessibilité physique

Elle est liée à l'organisation et la disponibilité de l'offre de soins. Ainsi, l'offre de services de santé de qualité à portée raisonnable de ceux qui en ont besoin et l'existence d'heures d'ouverture, de systèmes de rendez-vous et autres aspects de l'organisation et de la prestation des services qui permettent aux gens de se procurer les services dont ils ont besoin.

2.2.2. L'accessibilité financière

Il s'agit de mesurer la capacité des gens à payer les services sans difficultés financières. Ce facteur tient compte non seulement du prix des services de santé mais également des coûts indirects et d'opportunité (par exemple coûts des transports pour les établissements de santé et des congés pris). Ce facteur est influencé par le système plus large de financement de la santé et par les revenus des ménages.

2.2.3. L'acceptabilité

Qui est fonction de la volonté des gens d'utiliser les services. L'acceptabilité est faible lorsque les patients perçoivent les services comme inefficaces ou lorsque des facteurs sociaux et culturels tels que la langue ou l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique ou la religion du dispensateur de soins les découragent de consulter.¹¹

3. L'accessibilité selon Andersen est ces collaborateurs

Andersen et ses collaborateurs ont enrichi ultérieurement le cadre conceptuel de l'accès aux soins en distinguant accès potentiel caractérisant la possibilité d'accéder aux soins et accès

¹¹David B.-E. et Justine H. et Ties B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel. OMS'. Genève, Suisse.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

réalisé. On peut parler d'accessibilité dans le premier cas « accès primaire » et de recours ou utilisation dans le second « accès secondaire ».¹²

3.1. Accès primaire

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays.¹³

L'accès primaire a trois propriétés fondamentales qui sont continuité, coordination et globalité

❖ **La continuité**

Est une notion complexe qui recouvre plusieurs dimensions. La dimension la plus communément prise en compte temporelle et renvoie à la constance des mêmes intervenants auprès d'un malade au cours du temps. Elle se double d'une dimension géographique qui porte sur la délivrance des soins dans une même institution. La dimension relationnelle renvoie aux attentes réciproques placées par les malades et les professionnels dans la relation de soin. A l'égard de la gestion de l'information, la continuité caractérise la capacité des outils disponibles (carnet de santé, courriers, Etc.) à permettre la communication entre professionnels et avec le malade.¹⁴

❖ **La coordination**

La continuité la coordination renvoie dans cette acceptation à la capacité du système de gérer le recours à des expertises spécialisées multiples en accord avec les besoin de soins des patients.¹⁵

¹²Idem. p 403-405.

¹³OMS, (1978), ' Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires,ALMA ATA Genève. Disponible in www.who.int

¹⁴ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

¹⁵Ibid

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

❖ La globalité

La coordination des soins n'a de sens qu'en regard de besoins de prise en charge des individus qui entrent en contact avec le système de soins.¹⁶

3.2. Accès secondaire

Manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact¹⁷. Les soins secondaires se produisent après la phase de contact avec le système de soins (professionnel/ institution) de l'identification du besoin de soins reconnu jusqu'à la délivrance des soins nécessaire c'est-à-dire la provision.¹⁸

L'accès secondaire a trois propriétés fondamentales que sont continuité, coordination et globalité :

❖ La continuité

Est un terme qu'il vaudrait mieux ne pas employer isolément. On devrait distinguer continuité de la trajectoire de soins (la succession des contacts d'un patient) et continuité des soins eux-mêmes. La continuité de la trajectoire traduit l'adéquation apparente entre la fréquence et le type des contacts et la nature des besoins de soins diagnostiqués, indépendamment de la cohérence des soins prodigués lors de chaque contact (accès primaire). Pour que les soins eux-mêmes soient continus, il faut que la trajectoire le soit et que des soins coordonnés soient délivrés à chaque contact, la continuité de la trajectoire pouvant favoriser la coordination des soins (accès secondaire).¹⁹

❖ La globalité

Désigne la capacité des professionnels à envisager l'ensemble des besoins de soins d'une personne indépendamment des limites de leurs compétences et (ou) capacités d'action propres.²⁰

¹⁶Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

¹⁷Lurie, Health Services Research, 1997.

¹⁸Nutting et al. Medical Care, 1981

¹⁹Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM, p 403-415

²⁰Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

❖ La coordination

Caractérise la prise en compte lors de chaque contact d'un enchaînement logique dans la délivrance de soins finalisés par l'atteinte d'un résultat (état de santé du bénéficiaire) plus ou moins explicite.²¹

4. Les facteurs d'utilisation des services de sante

L'accès aux soins est l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.

Le modèle de recours d'Andersen et Adey conçu pour l'étude de l'accessibilité des soins peut être affilié au modèle antérieur d'Andersen et Newman qui décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. Les facteurs y sont regroupés en trois catégories : facteurs prédisposant, facteurs de capacité et facteurs déclenchant.²²

4.1. Facteurs prédisposant

Les facteurs prédisposant sont les variables démographiques (âge, sexe, statut marital, morbidités passées), les indicateurs de la structure sociale (race, niveau d'éducation, occupation, ethnie, mobilité résidentielle, taille de la famille), ainsi que les indicateurs de valeurs et croyances (santé et perception des maladies, attitudes face au risque maladie, Connaissance des maladies et de leurs impacts).

4.2. Facteurs de capacité

Les facteurs de capacité sont les indicateurs familiaux (revenus, assurances, sources régulières de soins, accès aux sources), indicateurs communautaires (densité et disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, prix des services, région géographique, habitat rural, versus urbain).

²¹Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins ».....op. cit.P404-415

²²BONNET P, (2002).Le concept d'accessibilité dans le système de santé. Dossier DEA GEOS Université Montpellier 3 Paul Valéry, P2

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

4.3. Facteurs déclenchant

Les facteurs déclenchant sont les besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, conséquences attendues de la maladie, symptômes, diagnostic effectué par l'individu, état général concomitant ou niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, symptômes et diagnostic établi par les experts).²³

Ainsi, l'accès aux soins peut être déterminé par des choix et des contraintes, qui dépendent aussi bien des croyances, des arbitrages individuels et collectifs, et d'autres facteurs tels que l'environnement géographique, social, économique et médical. Mais ces choix sont toujours fortement influencés par la situation du pays et les décisions posées en termes d'infrastructures de santé.

5. Les inégalités d'accès aux soins

Les inégalités d'accès aux soins caractérisées par deux types qui sont inégalités d'accès primaires et inégalités d'accès secondaire.

5.1. Les inégalités d'accès primaires

Selon la Déclaration d'Alma-Ata : «Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination ».²⁴

Les inégalités d'accès primaire aux soins sont, notamment, le fait des inégalités de protection sociale comme tend à le prouver le rattrapage de consommation des soins de spécialistes et de médicaments chez les bénéficiaires de la couverture maladie universelle

²³Ibid.

²⁴OMS, (1978), 'Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ALMA ATA, Genève. Disponible in www.who.int

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

(CMU) en France., mais elles concernent l'ensemble de la population, à des degrés divers selon les postes de dépense. À titre d'exemple, En France , le Baromètre santé 2000 de l'Institut national de promotion et d'éducation pour la santé (souligne que, si le recours aux différents professionnels de santé est très fréquent parmi les 18-75 ans, quels que soient l'âge et le sexe, des différences apparaissent selon le niveau d'études ou de revenu. Les personnes les plus diplômées ou ayant un niveau élevé de revenu ont significativement moins consulté de médecins généralistes au cours des douze mois précédant l'enquête, mais sont plus nombreuses à être allées chez un gynécologue ou un autre spécialiste.

Toutes les variations de recours primaires aux soins ne peuvent être qualifiées d'inégalités en toute rigueur. Le terme « inégalité » se réfère à des besoins de soins non suivis d'accès ou lorsque les soins délivrés ne conduisent pas à des résultats de santé identiques.²⁵

Les inégalités d'accès primaires s'expliquent du fait de méconnaissance du besoin ou du renoncement au soin par la personne du fait d'obstacles multiples.²⁶

- ✓ économiques (paiement/avance de frais),
- ✓ géographiques (éloignement des services),
- ✓ administratifs (avoir des droits sociaux et les faire valoir),
- ✓ psycho-sociaux (attention à soi, regard de l'autre), culturels (intelligibilité du système),
- ✓ personnels (choix de priorité),
- ✓ discrimination refus (du professionnel) : pour des motifs économiques mais aussi du fait d'une acceptation limitée des dispositifs de solidarité redistributive et d'une méfiance irréductible vis-à-vis du social.

²⁵Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé p. 31-39.

²⁶Lombrail P, (2010), Le rôle du système de soins dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, 20th IUHPE World Conference on Health, Promotion Geneva, Switzerland, Nantes.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

5.2. Les inégalités d'accès secondaire

Les inégalités d'accès secondaire se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire.²⁷

Nous distinguons deux catégories d'inégalités d'accès secondaire aux soins : des inégalités par « omission » et des inégalités par « construction ».

5.2.1. Inégalités par « omission »

Les inégalités par « omission » sont celles que produit le fonctionnement en routine du système de soins tel qu'il est, avec notamment son orientation curative dominante et la balkanisation qui le caractérise. Elles ne sont pas intentionnelles et résultent soit de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager), soit de sa non-satisfaction au moment de son identification. Les raisons sont multiples et complexes et tiennent autant aux représentations que les professionnels se font de leur rôle qu'aux moyens dont ils disposent (compétences, temps) ou aux défauts de coordination entre eux.

5.2.2. Inégalités par « construction »

Les inégalités par « construction » résultent de l'absence de prise en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissant à perpétuer, voire accentué, des inégalités.²⁸

²⁷Lombrail P, « Atelier soins et prévention réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé », In Nutting et al. Medical Care, 1981

²⁸Lombrail P. et Pascal. J.,(2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé, p. 36-37.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

II. CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUES DES INEGALITES DE SANTE

En général, l'inégalité est le caractère de ce qui n'est pas égal. Elle peut être définie comme «le résultat d'une distribution inégale au sens mathématique de l'expression, entre les membres d'une société, des ressources de cette société »

1. Les inégalités de sante

Les inégalités de sante décrivent des écarts entre des sous-groupes pour certains indicateurs de santé, l'équité en matière de sante renvoie à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts.²⁹

Les inégalités de santé, représentent des écarts entre des individus ou des groupes pour certains indicateurs de santé. Elles font essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population.³⁰

Dans ce qui suit nous allons présenter les inégalités de santé dans les deux volets sociales et territoriales

1.1. Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé font référence à toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Elles renvoient aux écarts, généralement évitables, entre hommes et femmes, entre groupes sociaux économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé des populations. Pour « Didier Fassin », les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans

²⁹ Potvin L, Moquet M.-J. et Jones C. (2010) « Réduire les inégalités sociales en santé. » Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, édition Yves Géry : p38.

³⁰ BENDJIDER. A et BOUDJADJA. T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia, P12

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

les corps. Autrement dit, les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau.³¹

L'état de santé d'un individu était étroitement lié à sa position dans la structure sociale. La notion de gradient de santé permet de décrire cette situation qui fait que ceux qui se trouvent en haut de la pyramide sociale ont un meilleur état de santé que ceux qui se trouvent en dessous d'eux, et ainsi de suite jusqu'à ceux qui sont les plus démunis. Cette affirmation constitue un résultat particulièrement robuste et stable de l'épidémiologie sociale.

Plusieurs modèles rendent compte de ce passage entre des inégalités sociales et des inégalités de santé. Tous montrent que les inégalités de santé résultent de l'accumulation, tout au long de la vie, de désavantages et d'avantages sociaux dont certains tiennent aux individus eux-mêmes, d'autres aux influences sociales des milieux dans lesquels ils vivent et travaillent, d'autres enfin aux conditions économiques, culturelles et environnementales globales.³²

1.1.1. Les Déterminants des inégalités sociales de santé

La santé d'un individu est considérée comme un résultat de sa situation socioéconomique. En effet, l'espérance de vie et beaucoup de maladie sont plus fréquentes au bas de l'échelle sociale. Cette influence ne s'exerce pas directement mais par l'intermédiaire de divers facteurs, comme les conditions de vie, les comportements individuels, l'accès et le recours aux soins et la qualité des soins.

1.1.1.1. Les conditions de vie et de travail

Les personnes ayant un faible statut socio-économique sont confrontées à des conditions, matérielles et non matérielles, d'une vie moins saines, qui peuvent avoir des conséquences directes et néfastes sur leur santé. Les conditions matérielles de travail sont, de même, moins favorables aux groupes de faible statut socioéconomique. Ces conditions constituent une des

³¹Idem P 39

³²LEGROS.M, (2012), « Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. », p8.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

principales causes expliquant les inégalités sociales de santé. Ainsi, pour « toutes pathologies et catégories sociales confondues, le travail est tenu pour responsable de près d'un problème de santé sur cinq ; mais la proportion peut s'élever à près d'un sur deux pour certaines affections au sein de certaines catégories³³ ». Il peut s'agir également d'éléments non matériels, comme le stress, le réseau social et le soutien social, répartis inégalement selon les groupes socio-économiques.

1.1.1.2. Le comportement individuel

Les inégalités de santé sont, également, une conséquence des comportements individuels de santé. L'ensemble des comportements choisis et acceptés par chaque individu, qui sont dépendant de sa situation socioéconomique, affectent négativement la santé publique, et favorisent l'apparition de plusieurs maladies. **Exemples** : les habitudes alimentaires ou de diverses addictions (tels que le tabagisme ou l'alcoolisme), qui varient significativement avec la catégorie socioprofessionnelle³⁴; les activités physiques et de loisirs sont plus importantes chez les personnes ayant un statut socio-économique favorable ; l'activité liée au travail étant plus intense dans les milieux défavorisés.

1.1.1.3. Accès et recours aux soins

Les différences en termes d'accès aux soins contribuent à l'explication des inégalités devant la maladie et la mort. Ainsi, l'utilisation du système de santé varie avec la position socioéconomique des patients. D'ailleurs, « à âge et sexe comparables, un cadre ou assimilé consulte deux fois plus souvent un spécialiste et consomme en moyenne 1,9 fois plus de médicaments prescrits qu'un ouvrier non qualifié³⁵ ». L'accès et le recours aux soins est déterminé par plusieurs facteurs.

³³BIHR A., FEFFBERKORN R. (2008), « Partie thématique : Les inégalités sociales de santé », *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société*, N°6, La santé au prisme des sciences sociales, P64. <http://www.revue-interrogations.org>

³⁴BESNIER M. (2008) : « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES, P9.

³⁵BIHR A., FEFFBERKORN R. : « Partie thématique : Les inégalités sociales... », op.cit. P73.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Par ailleurs, Le renoncement aux soins s'expliquer dans la majorité des cas pour des raisons financières (le recours aux soins est fortement corrélé au revenu et au milieu social)³⁶. Le renoncement aux soins s'explique aussi par des raisons non financières : l'offre de soins. Ainsi, la probabilité de décès augmente lorsque la densité médicale de la zone d'habitation diminue ; ce rapport est plus important pour les pays et les catégories sociales les plus pauvres.³⁷

1.1.1.4. La qualité de soins

La qualité des soins est un concept multidimensionnel, Selon l'OMS, la qualité des soins est : « Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». ³⁸

Les inégalités sociales de santé peuvent aussi être liées à des différences de qualité de prise en charge. Plusieurs études internationales ont pu montrer que « les médecins prescrivaient moins d'exams de dépistage aux patients issus de classes sociales défavorisées³⁹ ». Ainsi, en plus de l'offre, le système de soins peut apporter des réponses différentes, à pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales des patients.

1.1.2. Les déterminants sociaux de la santé

L'OMS a créé, en 2005, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). Cette commission soutient que « les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que

³⁶BESNIER M. (2008), Op. Cit. P10.

³⁷Idem., P 12

³⁸Langlois P.-E, (2015) la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale'.

Mémoire infirmière, Montréal (Québec). Disponible in www.sidiief.org l p8

Iatrogène : se dit d'une maladie, d'une psychose ou d'un effet indésirable provoqués par le médecin, par un traitement ou un acte médical. Exemple : le risque iatrogène médicamenteux chez les personnes âgées est à prendre en compte.

³⁹BESNIER M. (2008), Op. Cit. P10.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

les systèmes mis en place pour faire face à la maladie»⁴⁰. En d'autres termes, c'est l'ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations.

Dans le modèle conceptuel proposé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Les déterminants sociaux sont classés en **déterminants structurels** et **déterminants intermédiaires**.

1.1.2.1. Les déterminants structurels de l'état de santé

Sont ceux liés au contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques fiscales, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les données comparatives entre les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent bien que, par un ensemble de politiques fiscales et sociales, chaque pays détermine non seulement un taux de pauvreté qui est relativement stable, mais aussi quelles catégories de citoyens sont le plus touchées. Par exemple, les données montrent qu'en France les familles avec enfants font l'objet de politiques fiscales et de programmes de transferts qui réduisent de 80 % la proportion d'enfants vivant dans la pauvreté dans ces familles.

1.1.2.2. Les déterminants intermédiaires

De l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de l'environnement du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens

⁴⁰Les définitions de l'OMS (important à lire). Disponible in www.who.int

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.⁴¹

La Commission envisage les déterminants sociaux de la santé dans leur ensemble. Le mauvais état de santé des pauvres, le gradient social de la santé dans les pays et les profondes inégalités sanitaires entre pays sont dus à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services aux niveaux mondial et national, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir.

La répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel : elle résulte des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées.

Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé, qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.⁴²

La CDSS a procédé à une analyse détaillée des données et a recommandé, dans son rapport final, **trois principes d'action** :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

⁴¹Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), (2011) « la santé de l'homme » Saint-Denis., P7.

⁴²sociale-determinants.'comblent le fossé en une génération'. Commission des Déterminants sociaux de la Santé'. P1. Disponible in www.who.int

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.

- Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.

1.2. Le renoncement aux soins

Au-delà des facteurs individuels et sociaux, on voit à quel point les politiques mises en place par les gouvernements et les systèmes de santé peuvent avoir un impact majeur sur la réduction ou l'augmentation des inégalités sociales de santé.⁴³

1.2.1. Définition de renoncement aux soins

Le renoncement aux soins est un phénomène complexe, qui renvoie en partie au « non recours aux soins » et aux « besoins de santé non satisfaits » - deux notions proches également mobilisées par la littérature sur les inégalités sociales de santé. Le renoncement est bien sûr lié aux moyens (financiers, sociaux, organisationnels, etc.) des personnes, mais s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant leur envie de recourir à la médecine.⁴⁴

1.2.2. Les causes du renoncement aux soins

Le renoncement aux soins peut être dû à plusieurs causes que l'on peut notamment classer en trois catégories : acceptabilité, disponibilité et accessibilité.

⁴³ Chauvin P. et Renahy E. et Parizot I. et Vallée J, (2012), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 », ».In <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>

⁴⁴Renahy E.et Parizot I.et Vallée J. et Chauvin P, Op cit.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

❖ **L'acceptabilité**

Correspondant à un renoncement choisi renvoie à un renoncement de type personnel et culturel tel que la peur de se soigner ou la décision d'attendre avant de se soigner. Il s'agit d'un choix personnel, certes socialement contraint, mais qui ne relève pas des systèmes de santé.⁴⁵

❖ **La disponibilité**

Opère à un niveau organisationnel et concerne la présence d'infrastructures ou le temps d'attente pour y avoir accès. Les implications politiques sont très importantes car les gouvernements et autorités de santé ont la possibilité de procéder à des modifications pour améliorer cette disponibilité.

❖ **L'accessibilité**

Est probablement la plus inégalitaire puisqu'elle englobe le renoncement aux soins pour cause de transport ou de coût. De nouveau, les implications politiques sont majeures puisque la mise en place de politiques publiques spécifiques pourrait permettre de les réduire. Dans le cadre de l'étude des déterminants sociaux de la santé et la compréhension des inégalités sociales de santé.

Le renoncement aux soins pour raisons financières apparaît comme un indicateur majeur en raison d'une part de son fondement socioéconomique et d'autre part de sa nature modifiable (et améliorable) par des interventions et des politiques publiques.⁴⁶

2. Les inégalités territoriales de santé

En santé publique, si on sait que le territoire va permettre d'organiser l'offre de soins et de santé à différents niveaux, en instaurant une offre de soins graduée, on envisage plutôt, car la chose n'est pas systématique, de concevoir de nouveaux territoires, partant du postulat qu'aucune des délimitations préexistantes ne peut convenir. Aussi, un certain nombre d'approches techniques se sont développées, afin de mettre en évidence ce que l'on serait tenté

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Renahy E. et Parizot I. et Vallée J. et Chauvin P, (2011), «Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 ». In <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

de nommer la territorialité latente des phénomènes de santé, comme si ces territoires avaient leur propre logique que l'expert, tel une sage-femme par son savoir.⁴⁷

2.1. Géographie de la santé

❖ **Salem a défini la géographie de la santé comme :** « La géographie de la santé vise à mettre en perspective les déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés ». ⁴⁸

❖ **Selon Henri Picheral, 1984 :** La géographie de la santé est « l'analyse spatiale des disparités de niveau de soins et de santé des populations et des facteurs environnementaux qui concourent à expliquer ces inégalités ». ⁴⁹

Cette approche, centrée sur les besoins de la population, permet la reconnaissance spatiale des problèmes et des besoins tout en essayant d'expliquer leur localisation. La géographie de la santé met l'accent sur l'observation des faits de santé à différents échelles géographiques (territoires spécifiques définis par elle) et cherche à expliquer les relations entre les indicateurs sanitaires et l'environnement qu'il soit social, culturel ou physique. Elle permet à définir des aires géographiques homogènes pour les besoins, l'offre et la demande, elle trouve sa place parmi d'autres approches en matière de décisions en santé publique (épidémiologie, économie, sociologie). Elle concourt notamment à la planification sanitaire et à la répartition de l'allocation de ressources.

⁴⁷ BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia. . P16

⁴⁸BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), op. cit. P17.

⁴⁹Ecole nationale de la santé publique(ENSP) (2001), Module interprofessionnel de santé publique, « santé et territoire : réalité et utilité de l'approche géographique en santé. Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale. Rennes. P3.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

2.1.1. La géographie des maladies

La géographie des maladies est l'Etude de la distribution sociale et spatiale des maladies, souvent confondue à tort, avec la géographie médicale.

Elle a deux démarches :

- Générale et monographique à propos de la répartition de n'importe quelle maladie à différentes échelles ; elle se prête bien en particulier à l'analyse spatiale des épidémies et de leur diffusion dont elles constituent de véritables modèles.
- Régionale ou locale afin de mesurer l'état de santé d'une population dans un espace, sur un territoire ou un lieu donné, à travers son profil pathologique.

2.1.2. Géographie des soins

Géographie des soins est l'Analyse sociale et spatiale des ressources sanitaires (offre de soins) et du recours aux soins et du niveau de médicalisation des populations. Elle constitue un des volets de la géographie médicale et de la géographie de la santé. Elle entretient des rapports étroits, méthodologiques et conceptuels avec l'économie de la santé, la sociologie et l'anthropologie médicale, et tend à prendre de plus en plus une dimension géopolitique.

La géographie des soins repose sur l'étude à différentes échelles des inégalités de santé en matière de :

- Localisation des professions de santé des établissements de soins, manifestation de leur vision de l'espace (valeur, lieu) et qui détermine leur territoire professionnel (espace médical), fruit de stratégies publiques et/ou privées (attraction) ;
- Répartition dans l'espace et le temps du système de soins et de l'ensemble de l'appareil de distribution des biens et des services médicaux et médico-sociaux (densité médicale, desserte médicale, équipement sanitaire) ;
- Niveaux de couverture des campagnes et des villes (milieu rural et urbain, développement, encadrement, accessibilité), ou des régions ;

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

- Utilisation et fréquentation des services de santé qui traduisent des modes de pratique de l'espace (flux, filière, espace sanitaire) ;
- Recours aux soins et de consommations médicales selon le sexe, l'âge, le milieu sociale, les revenus, les régimes d'assurance maladie et suivant la nature de la prestation.

Enfin, elle repose aussi sur les principes et les méthodes d'allocation de ressources pour une meilleure satisfaction des besoins de santé et d'une orientation plus efficace des investissements publics et privés en matière de planification sanitaire et d'aménagement sanitaire du territoire.⁵⁰

2.2. La démographie médicale

La démographie médicale est l'étude des caractéristiques, actuelles ou prévues, des professions médicales et paramédicales afin de moduler les flux d'étudiants, les autorisations d'exercice (pharmacies, laboratoires), etc. : âge, genre, modes d'exercice, activités et revenus.

Dans la pratique (institutions internationales, ministères et autres administrations), le terme désigne ce qui est relatif à la localisation des praticiens, à leur répartition dans l'espace et donc aux notions de densité, desserte, voire de désert médical.⁵¹

2.2.1. La densité médicale

La densité médicale est mesurée par la quantité d'offre de soins (professionnels ou équipements) rapportée à la population, pour une échelle de territoire donnée. Elle peut idéalement être complétée par des indices de démographie médicale (âge des professionnels,

⁵⁰Safon.M.-O, Suhard.V, (2017), « la géographie de la santé », centre de documentation de l'irdes. P8-9. Disponible in www.irdes.fr

⁵¹BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia. . P19.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

proportion de femmes), ou de disponibilité de l'offre (nombre d'actes réalisés, délais d'attente pour un rendez-vous).⁵²

2.2.2. La desserte médicale

La desserte est une mesure (Picheral H. 2001) de la répartition spatiale (mesurée dans un territoire donné) du corps médical (offre) par rapport à une demande potentielle. C'est un indicateur qui intègre la notion d'accessibilité dans la mesure où l'on y associe l'offre et la demande dans une zone donnée (une unité d'offre par quantité de population à servir, par exemple un médecin pour 500 habitants). On trouve ainsi des cartes de desserte qui expriment les équilibres (et donc aussi les inégalités) entre les ressources sanitaires qui encadrent une population à servir et ce dans une région découpée en territoires que l'on compare. On peut l'associer à la notion de couverture qui évalue la partie de la population qui profite de l'existence d'un service (% d'une population desservie par une ressource sanitaire, % de communes équipées d'un service).⁵³

Les relations entre inégalités sociales et territoriales de santé sont multiples. L'environnement géographique constitue un des déterminants de santé. Les disparités sociales d'occupation du territoire sont clairement identifiées. Et au-delà de l'expression de l'inégal capital économique et culturel de ses habitants, le territoire peut jouer un effet propre sur la santé.

Les deux types de réflexion, disparités territoriales de santé et inégalités sociales de santé se rejoignent.

La caractérisation des territoires devient un enjeu primordial pour identifier et comprendre les inégalités sociales de santé et leurs déterminants.⁵⁴

⁵²CROUZEL.I, (2010), « la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de santé publique : l'exemple de la médecine ambulatoire en auvergne et en Nord-Pas-de-Calais », Master PPASP, .P12

⁵³ BONNET.P, (2002), « le concept d'accessibilité dans le système de santé », dossier DEA GEOS, Université Montpellier 3 Paul Valéry. P15.

⁵⁴Idem 20.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

III. LES SOINS BUCCO-DENTAIRES

La santé dentaire concerne tous les aspects de la santé et du fonctionnement de notre bouche, en particulier les dents et les gencives. Outre nous permettre de manger, parler, rire (le fameux sourire éclatant de blancheur), les dents et les gencives doivent aussi lutter contre l'infection, qui peut provoquer la carie dentaire, l'inflammation des gencives, la perte des dents et la mauvaise haleine.⁵⁵

1. Définition de la santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire peut se définir comme un équilibre à la fois fonctionnel et esthétique. Elle repose sur l'absence des deux pathologies les plus courantes : la carie (atteinte des tissus durs de la dent) et la maladie parodontale (atteinte des tissus de soutien de la dent) mais aussi, sur l'absence de douleur, de limitations fonctionnelles (mastiquer, parler) et de perturbations dans la qualité de vie (apparence, sommeil).⁵⁶

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé bucco-dentaire désigne l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que fissure labiale ou bec de lièvre, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de carie ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale ». ⁵⁷

La carie dentaire, en fait une cavité dans la dent, est la maladie la plus fréquente affectant les dents. Les facteurs préventifs principaux du risque de carie dentaire reposent sur une bonne hygiène bucco-dentaire, le recours au fluor et une consommation d'aliments non cariogènes.

⁵⁵HUSS.B, (2011) « L'ACCES AUX SOINS DENTAIRES DES PERSONNES DEMUNIES », Rhône France, Septembre., P 4-5

⁵⁶VinceletC. etAzoguiL,-S. et Grémy I, (2008) « Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte », 'ORS' Ile-de-France, P1

⁵⁷JACQUET J, (2009), « santé bucco-dentaire : grossesse et prévention », mémoire de l'école sages-femmes de Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I, P8. Disponible in www.culture.gouv.fr

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Les dents peuvent également s'éroder. C'est tout à fait normal et fait partie du vieillissement de la dent : l'émail est attaqué en raison d'une exposition à des acides autres que ceux produits par la plaque dentaire.

L'usure et l'abrasion sont d'autres formes d'érosion de la dent. L'usure se manifeste par le contact naturel des dents entre elles. L'abrasion est, elle, causée par des facteurs mécaniques externes comme un brossage incorrect de la dent.

La parodontite, dont la manifestation la plus connue est la gingivite, est entraînée par l'infection et l'inflammation de la gencive, des tissus adjacents au parodonte et de l'os alvéolaire. La parodontite peut mener à la perte de la dent.

2. Tendances de la santé bucco-dentaire

On considère aujourd'hui qu'une bonne santé buccale fait partie intégrante de la santé et du bien-être général des êtres humains. Bien que les maladies dentaires, essentiellement la maladie substantielle parmi les enfants et les jeunes adultes dans la plupart des pays industrialisés depuis les années 1960, les inégalités sanitaire sont encore courantes dans de nombreux pays. Beaucoup trop d'enfants et d'adultes jeunes, de par le monde, continuent à souffrir de douleurs et d'inconforts causés par les caries dentaires et les réactions des tissus mous. De fait, 10 à 30 % des enfants, adolescents et jeunes adultes de nombreux pays (dont certains possèdent une longue tradition de mesures préventives), présentent une prévalence carieuse modérée à élever. Parmi les adultes et les personnes âgées, les caries secondaires et les caries radiculaires dominent la pathologie carieuse.

De plus, dans de nombreux pays, environ la moitié des surfaces dentaires sont réparées par des obturations ou des prothèses qui résultent de l'insuffisance ou de l'inefficacité des mesures de prévention. Parmi les personnes âgées, de nombreux individus de par le monde sont édentés ou privés de tout ou partie de leur denture naturelle. Cependant, avec l'augmentation du nombre de dents restantes chez le sujet âgé, le risque de caries et de maladies parodontales constitue une menace pour la santé, car les mesures préventives ne sont pas suffisamment

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

établies parmi les patients et les équipes dentaires soignantes. La prévalence des maladies parodontales, particulièrement dans leurs formes initiales, les gingivites, associées à la présence de plaque bactérienne avec saignement et œdèmes, semblent être plus importante dans les pays en développement.⁵⁸

En revanche, il ne semble pas y avoir de différences entre les pays industrialisés et les pays en développement, au moins dans la prévalence des maladies parodontales sévères. Les enquêtes épidémiologiques globales portant sur les deux précédentes décennies indiquent que plus de la moitié de la population des pays industrialisés souffre de gingivite mais qu'on observe une diminution de la prévalence de cette affection, probablement en raison de l'amélioration des habitudes d'hygiène buccale de la population dans de nombreux pays industrialisés et d'un accès aux soins dentaires plus régulier. Les formes initiales de la maladie parodontale ne progressent inévitablement pas vers des stades irréversibles, à l'exception de certains groupes ou minorités. Cependant, 10 à 20% de la population adulte dans un pays comme la Suède possédant une longue tradition de mesures préventives continue à souffrir de parodonties sévères à modérées.⁵⁹

3. Promotion de la santé bucco-dentaire

Promouvoir la santé bucco-dentaire pour améliorer la santé des populations signifie mettre en œuvre différentes stratégies. La promotion de la santé buccale a contribué au déclin de nombreuses maladies infectieuses par une amélioration des facteurs environnementaux et de l'hygiène personnelle. Elle a été définie comme un processus permettant aux individus d'augmenter le contrôle de leur situation, de leur comportement et de leurs habitudes de vie. Elle combine des approches différentes mais complémentaires incluant des mesures législatives, fiscales, des taxes et des changements organisationnels. C'est la coordination de ces mesures qui entraîne la santé.

⁵⁸Lasfargues J.-J.(2001), « dentisterie préventive et santé buccale : une vision et un défi pour le praticien », Editions SNPMD, PARIS. P10-11

⁵⁹Ibid.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Les concepts clés dans la promotion de la santé reposent sur l'équité et l'inégalité, qui sont liées à la justice sociale et aux droits de l'homme. L'équité renvoie aux différences dans l'opportunité d'être en bonne santé et l'inégalité aux différences actuelles et mesurables dans l'état de santé.

Les pauvres, les gens en mauvaises santé et les personnes âgées ont beaucoup moins de chances de bénéficier de soins dentaires appropriés que les jeunes riches et bien portants, ce qui implique que ces différences sont injustes et qu'une société moderne et humaine doit tenter de réduire autant que possible ces injustices.⁶⁰

4. Les différents types de traitements des soins bucco-dentaires

Les différents types de traitement des soins dentaires peuvent être classés en traitements curatifs, préventifs et esthétiques.

4.1 Les traitements curatifs

Dans ce point, nous allons présenter les différents traitements curatifs des soins bucco-dentaires.

4.1.1. Détartrage et polissage

Le détartrage consiste en l'élimination de ce dépôt dur (soit par "grattage" soit par utilisation d'appareils à ultrasons) et en un polissage des surfaces ainsi nettoyées. Il s'agit de redonner aux dents leur aspect esthétique normal, de recréer un environnement sain pour les dents et le parodonte, et de faciliter le contrôle de l'hygiène bucco-dentaire.⁶¹

⁶⁰LasfarguesJ,-J, (2001) « dentisterie préventive et santé buccale : une vision et un défi pour le praticien », Editions SNPMD, PARIS. P10-11.

⁶¹HUSS.B, (2011) « L'ACCES AUX SOINS DENTAIRES DES PERSONNES DEMUNIES », Rhône France, Septembre., P 4-5

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

4.1.2. Traitement d'une carie et dévitalisation

La carie et les attaques acides. Les acides fragilisent les dents en provoquant une déminéralisation de l'émail. Cette déminéralisation est la première étape de la carie ou maladie de la dent.⁶²

4.1.3. Traitement des maladies de gencives

Un beau sourire, c'est bien sûr des dents saines et blanches, mais aussi une gencive en bon état. Des dents déchaussées, une gencive qui saigne ne sont pas signes de bonne santé. Or le déchaussement des dents peut commencer très tôt dès l'adolescence et de façon peu visible.⁶³

La gingivite est un signe d'alerte. Une gencive qui est gonflée et qui saigne doit alerter et provoquer une consultation auprès de son chirurgien-dentiste. Mobilité d'une dent, douleurs au froid sont des signes qu'il ne faut pas négliger.

4.1.4. Extraction

L'extraction (avulsion) d'une dent peut être nécessaire pour plusieurs raisons : trop grand délabrement dû à la carie, infection, déchaussement, fracture accidentelle, nécessité de faire de la place pour réaligner les autres dents, mauvaise implantation (dents de sagesse). Grâce aux anesthésiques modernes et aux antalgiques, cette intervention n'est plus douloureuse. Toutefois, quelques consignes sont à respecter pour éviter des complications post opératoires.

4.1.5. Orthodontie

Art de prévenir et de corriger les malpositions dentaires et les dysmorphoses maxillaires afin de rechercher et de maintenir un équilibre dentaire fonctionnel et harmonieux. Il est

⁶²Ibid

⁶³Idem. P16

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

possible à tout âge de déplacer une dent ou un groupe de dents grâce à des appareils fixes (multi-bagues) ou mobiles.⁶⁴

4.1.6. Les prothèses

On a deux types de prothèses amovibles et fixes

❖ Les prothèses amovibles

Une prothèse amovible : est réalisée quand il n'y a pas d'appuis dentaires suffisants. Classées par deux types :

- **Les prothèses partielles** : sont retenues par des crochets ou des attachements.
- **Les prothèses complètes** : fonctionnent sur le principe de la juxtaposition de deux surfaces identiques : la salive, entre la gencive et la prothèse crée un phénomène de "suction adhésive". Ce type de prothèse nécessite une empreinte très minutieuse. Pour ces prothèses, la diction est parfois modifiée pendant quelques jours. Passé ce délai sous surveillance de votre chirurgien-dentiste, la prothèse fera corps avec vous au point que vous serez gênés de la quitter, par exemple pour une réparation ou une modification.⁶⁵

❖ La prothèse fixe

Une prothèse fixe recouvre et prend appui sur les dents existantes. Il ya trois types de prothèses fixes

- **Une couronne** renforce une dent " plombée " qui n'est plus assez solide. Une couronne peut également servir à ancrer un bridge (pont) destiné à remplacer une ou plusieurs dents.
- **Un bridge** est constitué de dents piliers couronnées et d'éléments qui remplacent les dents manquantes.
- **Une dent à tenon** (pivot) remplace complètement la partie apparente de la dent et se fixe dans la racine.

⁶⁴HUSS.B, (2011) « L'ACCES AUX ...op. cit.P 19.20.

⁶⁵Ibid.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Dans certains cas, le chirurgien-dentiste réalise une première reconstitution avec une pièce métallique coulée que l'on appelle le faux moignon (ou inlay core). Puis il scelle une couronne qui emboîte le tout.

4.2. Les traitements préventifs

Le chirurgien-dentiste peut modifier l'anatomie de la face masticatrice des dents en comblant les sillons profonds, inaccessibles à la brosse à dents. Il peut également protéger les dents par un vernis. Par ailleurs, un traitement orthodontique peut être nécessaire pour réhabiliter les arcades, et les rendre moins rétentives vis-à-vis des aliments.⁶⁶

Les quatre conseils de l'hygiène bucco-dentaire sont les suivants :

- La visite chez le dentiste
- Le fluor
- L'alimentation
- Le brossage

4.3. Les traitements esthétiques

Les traitements esthétiques sont liés :

- à la qualité des dents
- à leur position et leur alignement
- à la qualité de la gencive qui les entoure.

La **teinte naturelle** des dents est due à la translucidité et à la teinte de l'ensemble de ses constituants : émail, dentine. Les dents n'ont pas toutes la même teinte, ni la même forme suivant les personnes. Le vieillissement s'accompagne d'une minéralisation provoquant un assombrissement de la teinte.

⁶⁶ Idem P12

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Des **traumatismes**, mais aussi des comportements nocifs (tartre lié à une mauvaise hygiène dentaire, taches de nicotine dues au tabac) peuvent modifier l'aspect. Les diverses **thérapeutiques** ont pour but d'agir sur la forme et la teinte des dents, leur position et leur environnement. **Elles ont pour but :**

- De redonner leur fonction aux dents et leur aspect naturel
- De modifier si nécessaire l'aspect du sourire initialement disgracieux.

5. Importance des soins dentaires

La santé bucco-dentaire est étroitement liée à l'état de santé général et au bien-être. La capacité de mâcher et d'avaler est essentielle pour obtenir les substances nutritives dont nous avons besoin pour demeurer en bonne santé. Hormis l'impact sur le statut alimentaire, une santé dentaire insuffisante peut aussi affecter le discours et donc, la confiance en soi.

Une hygiène buccale inadéquate entraîne de lésions carieuses, des maladies parodontales (affections des gencives et de l'os de soutien des dents), des abcès et diverses infections buccales qui, à leur tour, causent d'autres infections à distance comme des pneumonies d'aspiration, des bactériémies et des endocardites bactériennes, particulièrement chez les personnes dont la santé est compromise.

Par une mauvaise santé dentaire, l'état général de santé d'une personne est à risque de se dégrader davantage en raison des conséquences qu'elle entraîne : malnutrition, troubles gastro-intestinaux, débalancement du diabète, affaiblissement immunologique, etc. Cette dégradation provoque une augmentation des dépenses en soins de santé avec répercussions financières pour le patient et pour l'État.⁶⁷

⁶⁷Bergeron A, (2015) « Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs », 'ordre des hygiénistes dentaires du Québec, P9-10

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Par ailleurs, les maladies dentaires imposent de lourds fardeaux financiers et sociaux, car les traiter est généralement coûteux. De plus, la douleur dentaire est synonyme d'absentéisme au travail et à l'école.⁶⁸

6. Les facteurs de risque

Parmi les facteurs de risque des affections bucco-dentaires figurent la mauvaise alimentation, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool. Ce sont aussi des facteurs de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques : pathologies cardio-vasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète – et les affections bucco dentaires sont souvent associées aux maladies chroniques. Une hygiène insuffisante de la bouche est aussi un facteur de risque.

Les facteurs étiologiques impliqués dans le risque de développer des caries sont bien connus. La carie met en jeu des processus chimique de destruction de l'email dans lesquels interviennent des bactéries, des sucres et le milieu buccal (la salive et la dent). Bien que les bactéries présentées sur les dents soient la cause directe des caries, et que le rôle de saccharose dans l'activité métabolique des bactéries ait été clairement établi, la carie est considérée comme une affection multifactorielle. C'est l'interaction d'un grand nombre de facteur génétiques, microbiologique, environnementaux, sociodémographique, comportementaux, et personnels qui détermine si un individu sera touché et comment il le sera (OMS 1992).⁶⁹

7. Prévention des maladies bucco-dentaires

Afin d'éviter l'apparition et le développement de la carie bucco-dentaire, il est nécessaires de prendre en considération des points suivants :

- Le Démarrage des soins dentaires précocement et le brossage des dents de bébé avec une pâte dentifrice au fluor dès que les premières dents de lait apparaissent. IL est

⁶⁸ Idem p 5.

⁶⁹ Lombrail P, (2000) : « .Accès aux soins », in FassinD,Leclerc A, Grandjean H,Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM , p 267-280

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

nécessaire de ne pas habituer les enfants, avant de s'endormir, de boire du lait, du jus de fruits ou une boisson sucrée au biberon. Ces liquides sucrés se maintiennent longtemps à la surface des dents et peuvent conduire à la « carie dentaire du biberon ».

- Le brossage des dents au minimum deux fois par jour avec une pâte dentifrice fluorée. et si possible, le nettoyage des dents avec du fil dentaire ou un cure-dent une fois par jour. Il ne faut pas manger le soir une fois vous être brossé les dents, car le flux salivaire diminue pendant le sommeil.
- Rendre visite au dentiste environ tous les 6 mois pour un contrôle. Et le consulter avant de recourir à des produits esthétiques (par exemple, des agents blanchissants), qui peuvent détériorer les dents.
- Il faut pas ni grignoter et ne ni boire à tout bout de champ. Il faut laisser du temps entre les repas à la salive pour neutraliser l'acidité et réparer les dents.
- Les personnes à haut risque d'abrasion et d'érosion dentaire devraient prendre des précautions particulières **telles que** :
 - réduire la fréquence et le contact avec des aliments et des boissons acides
 - éviter de se brosser les dents immédiatement après avoir consommé des aliments et des boissons acides, des agrumes et des jus de fruits. Ce laps de temps permet à la reminéralisations d'avoir lieu.
 - les bains de bouche au fluor et les chewing-gums sans sucre sont utiles pour contrer l'acidité d'un repas et stimuler la reminéralisation.
- Les chewing-gums sans sucre sont les « amis » des dents, ils augmentent le flux salivaire et favorisent l'élimination des débris alimentaires de la bouche.⁷⁰

Les maladies bucco-dentaires, telles que la carie et les parodontopathies comptent parmi les plus fréquentes chez l'homme et l'on peut se demander pourquoi une telle situation est tolérée depuis si longtemps par la population, la profession et les politiques. Les caries, comme les parodontopathies, peuvent être aujourd'hui prévenues et contrôlées à un degré élevé. Des études récentes montrent que la présence d'infections buccales chroniques comme les maladies parodontales peut jouer un rôle essentiel dans le développement de maladies humaines

⁷⁰ Ibid. p 10

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

systémiques graves telles que certaines affections cardio-vasculaires. Par conséquent, des dents et un parodonte sains sont, non seulement attractives d'un point de vue esthétique, mais également hautement souhaitables d'un point de vue médical ou économique.

Les coûts associés à la conservation et au remplacement des dents, incluant une prévention inefficace, peuvent *in fine* être importants. Les aspects économiques de la santé doivent donc être jugés en évaluant le rapport coût/bénéfice des mesures préventives individuelles et collectives. Le seul traitement des symptômes se traduisant par la réalisation de cavités ou le remplacement d'obturations ne correspond pas à une approche moderne de la médecine dentaire.⁷¹

8. Revue de la littérature sur les inégalités d'état de sante dentaires

L'état de santé bucco-dentaire suit un gradient social. Les personnes les plus favorisées socialement ont un meilleur état de santé. Les inégalités sociales de santé orale sont présentées dès l'enfance⁷², ainsi, selon Azogui et Alii, (1996).les enfants soigné appartiennent plus souvent à des familles qui bénéficient d'une mutuelle.⁷³

Les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé par l'effet des déterminants psychosociaux intermédiaires comme la capacité d'adaptation, la richesse du réseau familial et social construit autour de l'individu. De même, l'environnement de vie des personnes joue un rôle dans la construction de ces inégalités. Ainsi, les comportements favorables à la santé orale dépendent de la capacité des individus à s'approprier les savoirs nécessaires à la mise en œuvre de « bonnes » pratiques. Un certain nombre de besoins en soins ne sont pas suivis de recours du fait de difficultés financières.

⁷¹Lasfargues J.-J, (2001) « dentisterie préventive et santé buccale :op.cit.P12

⁷²Document téléchargé depuis www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr

⁷³ Catherine D.-P, Bourgeois D, (2000). « La santé bucco-dentaire », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, les inégalités sociales de santé. Ed la découverte/INSERM, P267-280.

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

Le recours aux soins dentaires dépend des caractéristiques sociales : les personnes non diplômées, au chômage, au foyer, avec un faible revenu et précaires ont eu moins recours au chirurgien-dentiste. Les patients sont confrontés à des restes à charge importants sur les soins de prothèses dentaires. Leurs montants sont de nature à créer des obstacles financiers dans l'accès aux soins. De même, le type de visite (préventive ou curative) renvoie aux modalités d'utilisation des soins dentaires.

Ce sont les personnes appartenant aux catégories sociales les plus favorisées qui consultent régulièrement un chirurgien-dentiste et qui présentent le meilleur état dentaire. Par exemple d'après une enquête réalisée en France (2008 IRDES) chez les adultes, ils ont notés une proportion plus importante de personnes ayant au moins une dent absente non remplacée (60% vs 44.6%) et une mauvaise perception de sa santé bucco-dentaire (48.4% vs 33.2%) dans les catégories sociales les plus modestes.⁷⁴

Cela contribue à créer une spirale négative : ce sont les personnes ayant le moins bon état de santé bucco-dentaire qui recourent le moins au dentiste du fait de traitements plus complexes et onéreux et de restes à charge importants⁷⁵. Par exemple en France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne 16.5% de la population parmi lesquels les soins dentaires et l'optique constituent la plus grande partie (IRDES). De plus le renoncement aux soins dentaires est fortement associé au faible montant des remboursements (traitements parodontaux, prothèses).

Les inégalités d'accès secondaire renvoient à la difficulté de comprendre comment fonctionne le système de soins. Elles sont dépendantes des compétences à s'orienter dans le système. Ainsi, 73.4% des personnes interrogées dans l'enquête santé protection sociale de l'IRDES en 2008, ont déclaré un recours au dentiste au cours des vingt-quatre derniers mois.⁷⁶

⁷⁴Document téléchargé depuis www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr

⁷⁵Idem P1

⁷⁶Ibid

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

La persistance d'inégalité de santé selon la classe sociale faite penser à de moindres changements comportementaux dans certaines catégories sociale. Ces différents comportementales pourraient provenir d'une perception différente des besoins bucco-dentaires, de difficulté d'accès à la prévention, d'une diffusion incomplète des connaissances sur les méthodes de prévention des caries et des paradontopathies ou d'une moins bonne acceptation de ces traitements.⁷⁷

La prévalence des affections bucco-dentaires varie selon la région géographique, la disponibilité des services de santé pertinents et leur accessibilité. Les déterminants sociaux sont aussi très prononcés.

La prévalence augmente dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et, dans tous les pays, la charge de morbidité des affections bucco-dentaires est nettement plus élevée parmi les groupes de population démunis et défavorisés.⁷⁸

CONCLUSION

Les inégalités sociales et spatiales sont retrouvées partout dans le monde même dans le système de santé des pays développées, elles représentent un problème majeur de santé publique, ces inégalités font référence à un objectifs de justice qui n'est pas atteint.

L'expression « accès aux soins » est polysémique et désigne comme un concept dont les indicateurs signent les inégalités d'accès aux soins, mesures qu'il faudra mobiliser et réformer en fonction de l'intérêt général. L'intérêt étant d'améliorer la santé de la population.

Nous distinguerons, à la suite de certains auteurs anglo-saxons, « l'accès primaire », c'est-à-dire l'entrée dans le système de soins, de « l'accès secondaire », correspondant à la manière structurellement déterminée dont se déroulent les soins après un premier contact.

⁷⁷ Idem. P267-280.

⁷⁸ OMS « santé bucco-dentaire », (avril 2012), www.who.int

CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL.

La santé bucco-dentaire est étroitement liée à l'état de santé général et au bien-être. Par une mauvaise santé dentaire, l'état général de santé d'une personne est à risque de se dégrader davantage en raison des conséquences qu'elle entraîne : malnutrition, troubles gastro-intestinaux, débalancement du diabète, affaiblissement immunologique, etc. Cette dégradation provoque une augmentation des dépenses en soins de santé avec répercussions financières pour le patient et pour l'État.

CHAPITRE II

DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRE DANS LA WILAYA DE BEJAIA

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Introduction

Le chirurgien-dentiste joue un rôle important dans la réalisation des programmes de santé, à côté d'autres professionnels de santé. Leur présence en quantité et en qualité suffisante est nécessaire.

La mauvaise répartition des professionnels de santé ainsi que la mauvaise répartition des chirurgiens-dentistes entraînent sans doute des inégalités spatiales de santé.

Ce chapitre a pour objectif d'accéder de la répartition au financement des soins dentaires dans la wilaya de Bejaïa. A cet effet, il sera subdivisé en trois sections. La première a pour but de présenter la répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la de Bejaia. La deuxième section est consacrée pour l'analyse du financement des soins bucco-dentaires, et la troisième section traite l'état des lieux de la santé bucco-dentaire des enfants dans la commune de Bejaia.

I. LA REPARTITION TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BAJAIA

Après une brève présentation de la Wilaya de Bejaïa, nous proposerons une analyse de la répartition de l'offre de soins buccodentaires dans cette dernière.

1. Présentation de la wilaya de Bejaia

La wilaya de Bejaïa est une wilaya côtière du Centre Est du pays. S'ouvrant sur la mer Méditerranée avec une façade maritime de plus de 100 Km, son territoire s'étend sur une superficie de 322 348 ha, marqué par la prépondérance des reliefs montagneux (60%) coupé par la vallée de la Soummam et les plaines situées près du littoral.

La wilaya de Bejaia est créée lors du découpage administratif de 19741. Elle était organisée en 5 daïras et 28 communes ; son organisation a été modifiée en 19842 instituant 19 Daïras et 52 communes. Elle a des limites administratives avec **Cinq (05) Wilayas** :

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

- Tizi-Ouzou et Bouira à l'Ouest ;
- Jijel à l'Est ;
- Sétif et Bordj Bou Arreridj au Sud.

A la fin de l'année 2017, la population totale de la wilaya de Bejaïa a atteint **972050** habitants.

2. Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes

Le nombre total de chirurgiens-dentistes s'élève à 313 en 2017 alors qu'il était de l'ordre 249 en 2008 soit une évolution de 79.55% en neuf ans.

2.1. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé

Le tableau 01 et la figure 01 montrent l'évolution des chirurgiens-dentistes privés de la wilaya de Bejaia pour la période de 2001-2017. Nous avons remarqué que chaque année il y a une légère augmentation de nombre de chirurgiens-dentistes. En effet, le nombre de chirurgiens-dentistes privés a augmenté de 149 en 2001 à 236 en 2017, soit une augmentation de 36.86%.(Cf. Tableau 1 et figure 1)

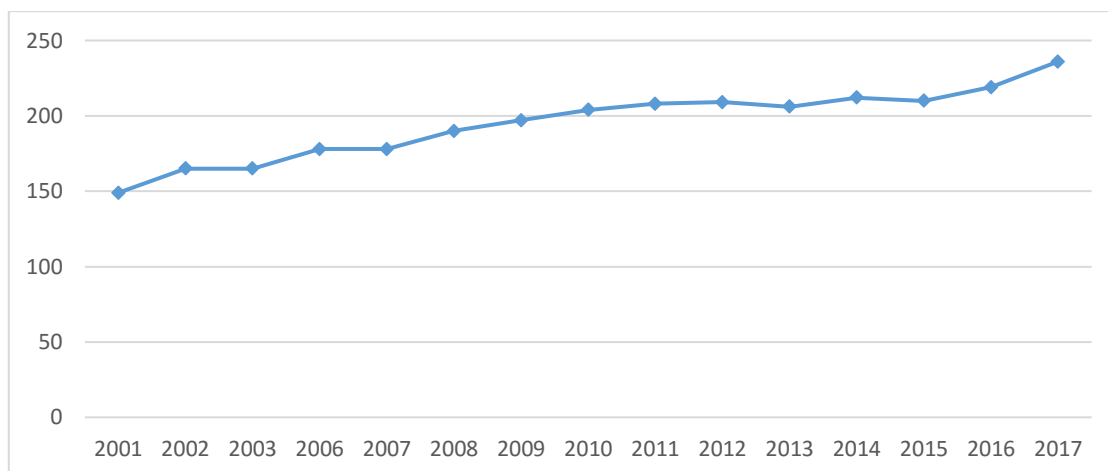
Tableau 01 : L'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé entre de 2001 à 2017.

ANNEE	2001	2002	2003	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CD	149	165	165	178	178	190	197	204	208	209	206	212	210	219	236

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de la wilaya de Bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 01 : L'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes (CD) dans le secteur privé de la wilaya de Bejaia de 2001 à 2017.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau 01.

2.2. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public

Le tableau 02 et la figure 02 montrent l'évolution des chirurgiens-dentistes publics de la wilaya de Bejaia pour la période de 2008 à 2017. Nous avons remarqué que chaque année il y a une légère augmentation de nombre de chirurgiens-dentistes. En effet le nombre de chirurgiens-dentistes publics a augmenté de 59 à 77 entre 2008 et 2017 soit une augmentation de 23.37%. (Cf. Tableau 2 et figure 2)

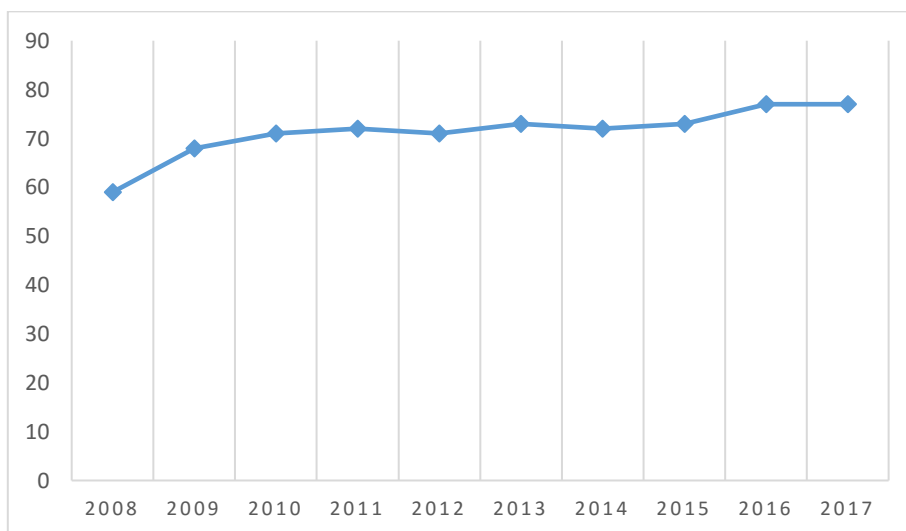
Tableau 02 : L'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public entre 2008 et 2017.

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CD	59	68	71	72	71	73	72	73	77	77

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH de la wilaya de Bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 02 : L'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes (CD) dans le secteur public de la wilaya de Bejaia entre 2008 et 2017.



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau 02.

3. La répartition des chirurgiens-dentistes par secteur

Dans la wilaya de Bejaia le nombre de chirurgiens-dentistes qui exercent dans le secteur privé est plus de trois fois que ceux exercent dans le secteur public. En effet, le nombre de ces derniers en 2017 est de 236 dans le secteur privé alors qu'il n'était que de 77 dans le secteur public. (Cf. Tableau 3 et figure 3).

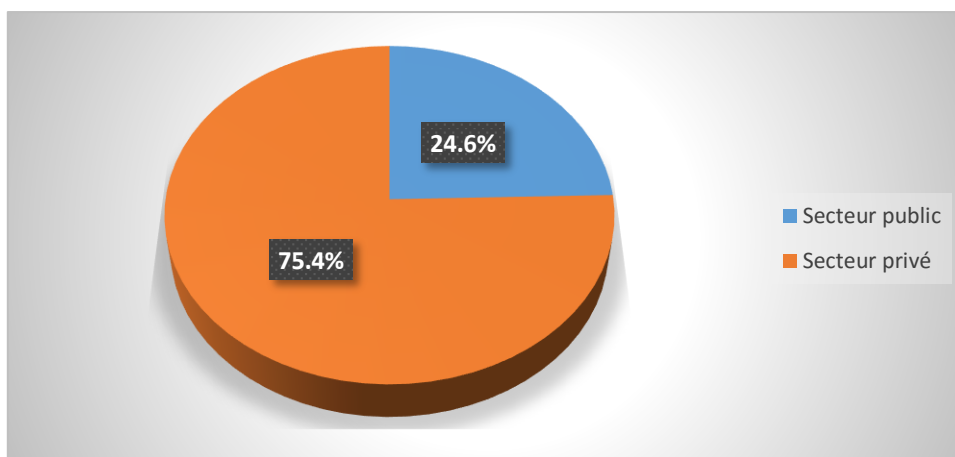
CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Tableau 03 : Répartition des chirurgiens-dentistes par secteur en 2017

Secteurs	Effectifs	%
Secteur public	77	24.60
Secteur privé	236	75.40
Total	313	100

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la DSPRH de la wilaya de Bejaia.

Figure 03 : la répartition du chirurgien-dentiste par secteur à Bejaia en 2017



Source : Réalisé par nos soins à partir des données du tableau 03.

3.1. La répartition des chirurgiens-dentistes privés par commune

En 2017, la wilaya de Bejaia dispose 236 chirurgiens-dentistes répartis sur 52 communes soit un ratio de 4 chirurgiens-dentistes par commune.

La répartition des chirurgiens-dentistes privés est inégale sur le territoire de la wilaya de Bejaia. En effet, La commune de Bejaia détient presque la moitié des chirurgiens-dentistes, avec un taux de 44.07%, (Cf. tableau de l'annexe 01 et tableau 04)

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Nous remarquons que dans le tableau de l'annexe 01 montre qu'il y a des communes sans chirurgiens-dentistes entre 2008 et 2017, ce qui explique que la répartition des chirurgiens-dentistes privés est inégale sur le territoire de la wilaya de Bejaia¹.

Tableau 04 : Répartition des chirurgiens-dentistes privés au niveau de la wilaya de Bejaia par commune en 2017.

Commune	Nombre d'habitants	Nombre de CD	Habitants /CD
BEJAIA	189596	104	1823
LOUD-AL-GHIR	20611	01	20611
TICHY	17625	04	4406
TALA-HAMZA	12433	-	-
BOUKHLIFA	9331	-	-
AOKAS	17026	04	4256
TIZI-N'BERBER	13450	02	6725
AKBOU	56753	18	3152
IGHRAM	13189	-	-
CHELLATA	10409	-	-
TAMOKRA	4275	-	-
TAZMALT	30778	10	3077
B.MLIKECH	9054	-	-
BOUDJELLIL	12237	-	-
OUZELGUENE	24197	07	3456
IGHIL-ALI	10147	01	10147
AIT-R'ZINE	15510	02	7755

¹ Voir tableau d'annexe 01 qui retrace l'évolution du nombre de chirurgien dentistes entre 2008 et 2017.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

SEDDOUK	21900	05	4380
AMALOU	9160	-	-
BOUHAMZA	9719	-	-
M'CISNA	8455	-	-
BENI-MAOUCHE	14296	02	7148
SIDI-AICH	14674	13	1128
LEFLEY	6854	-	-
TINEBDAR	6199	-	-
TIFRA	8949	-	-
SIDI-AYAD	5766	-	-
CHEMINI	16270	02	8135
SOUK-OUFELLA	9513	02	4756
TIBANE	5398	01	5398
ADEKAR	13919	03	4939
BENIKSILA	4668	-	-
T.IGHIL	7085	-	-
AKFADOU	7831	01	7831
TIMEZRIT	27540	03	9180
F.ILMATEN	12599	01	12599
AMIZOUR	40009	08	5001
BENI-DJELLIL	8304	-	-
FERAOUNE	16497	02	8248
SEMAOUNE	14513	01	14513

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

EL-KSEUR	31781	12	2648
TOUDJA	10469	-	-
BARBACHA	17998	04	4499
KENDIRA	5711	-	-
KHERRATA	37360	09	4151
DRAA-EL-GAID	31121	-	-
DARGUINA	15072	03	5024
AIT-SMAIL	12544	01	12544
TASKARIOUT	17197	01	17197
SOUK-EL-TENINE	14961	07	2137
MELBOU	12131	02	6065
TAMRIDJT	8964	-	-
TOTAL	972050	236	212929

Source : Réalisé par nos soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH et DPSB de la wilaya de Bejaia.

Pour la densité médicale des chirurgiens-dentistes privés, le ratio le plus important revient à la commune de OUED-GHIR avec un chirurgien-dentiste privé pour 20611 habitants, le deuxième est celui de la commune TASKARIOUT avec un chirurgien-dentiste privé pour 17197 habitants, SAMAOUNE avec un chirurgien-dentiste privé pour 14513 habitants, et après ILMATEN avec un chirurgien-dentiste privé pour 12599 habitants. Pour ces communes, leurs ratios moins importants que celui de la wilaya. (Cf. tableau 04).

Cependant, une concentration importante est que ces ratios montrent vraiment qu'il y a beaucoup de commune qui souffrent de manque des dentistes spécialistes privés dans leurs territoires. La population de ces commune non seulement elle parcourt une distance importante, mais elle se retrouve aussi généralement devant des files d'attente) importantes. Donc, la

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

wilaya de Bejaïa souffre d'insuffisance en termes de médecin spécialistes et la plupart d'entre eux s'installent autour des principaux EPH.

3.2. La répartition des chirurgiens-dentistes publics par daïra

En 2017, la wilaya de Bejaïa compte 77 fauteuils dentaires au secteur public. Soit une augmentation de 5,19 %.

Tableau 05 : Répartition des fauteuils dentaires au secteur public par EPSP (2013-2017)

Etablissements	Années				
	2013	2014	2015	2016	2017
Les EPSP BEJAIA	10	10	10	13	13
Les EPSP AOKAS	10	08	10	08	08
Les EPSP ADEKAR	08	08	08	09	09
Les EPSP TAZMALT	09	10	10	10	10
Les EPSP SEDDOUK	08	08	08	08	08
Les EPSP EL- KSEUR	09	09	09	09	09
Les EPSP SIDI- AICH	09	09	09	09	09
Les EPSP KHERRATA	10	10	10	11	11
TOTAL	73	72	73	77	77

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la DSPRH de la wilaya de Bejaïa.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Le tableau 05 montre la répartition des fauteuils dentaires dans les EPSP (Les EPSP de chaque secteur) de la wilaya de Bejaïa². Nous remarquons que Durant les années 2013, 2015 le nombre de fauteuils n'a pas changé à l'exception de l'année 2014 où il y a une baisse d'un fauteuil puis il reprend son seuil en 2016 avec une augmentation de 5.19%.

Nous remarquons que les EPSP de Bejaia détiennent un nombre élevé des fauteuils dentaires par rapport aux autres EPSP avec un ratio de 16%. L'EPSP de KHERRATA vient en deuxième position avec un taux de 14%. Et l'EPSP de TAZMALT occupe la troisième position avec un taux 12.98%. Suivi par les EPSP EL-KSEUR, SIDI-AICH et ADEKAR avec 11.68%, à la dernière place les EPSP de SEDDOUK et AOKAS avec 10.38% de la totalité des fauteuils dentaires de la wilaya.

II. LE FINANCEMENT DES SOINS BUCCO –DENTAIRES

Dans ce qui suit, nous allons présenter les ressources de financement de la couverture sociale de santé en Algérie et le financement des soins bucco-dentaires au niveau de la sécurité sociale.

1. Le financement de la sante en Algérie

La couverture des dépenses de santé est assurée par : L'Etat, la Sécurité sociale, les ménages, les mutuelles et les compagnies d'assurances privés.

1.1. L'Etat

Les dépenses budgétaires de l'Etat concernent les budgets de fonctionnement et d'équipement répartis annuellement par le MSPRH sur les structures publiques de soins. D'autres dépenses sont effectuées par d'autres institutions et associations possédant leurs propres structures sanitaires (ministères, collectivités locales, mutuelles, mouvements associatifs et institutions internationales).

² Voir le tableau d'annexe 02 qui retrace l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes par commune entre 2008 et 2017.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

1.2. La sécurité sociale

Les dépenses de la sécurité sociales qui ont trait à la santé couvrent un large éventail de prestations au profil des assurés sociaux. La sécurité sociale à travers une dotation globale versés à l'Etat dont le montant est fixé annuellement par la loi de finance qui intégré dans les recettes publique contribue aux budgets des structures publiques de soins.

1.3. Les ménages

Concernant les dépenses des ménages lorsqu'ils sont pris en charge dans le secteur public. Les assurés sociaux compte tenu de la gratuité des soins dans le secteur public s'acquittent uniquement du ticket modérateur sur le médicament vendu en officine quel que soit le prescripteur.

1.4. Les mutuelles et les compagnies d'assurances privées

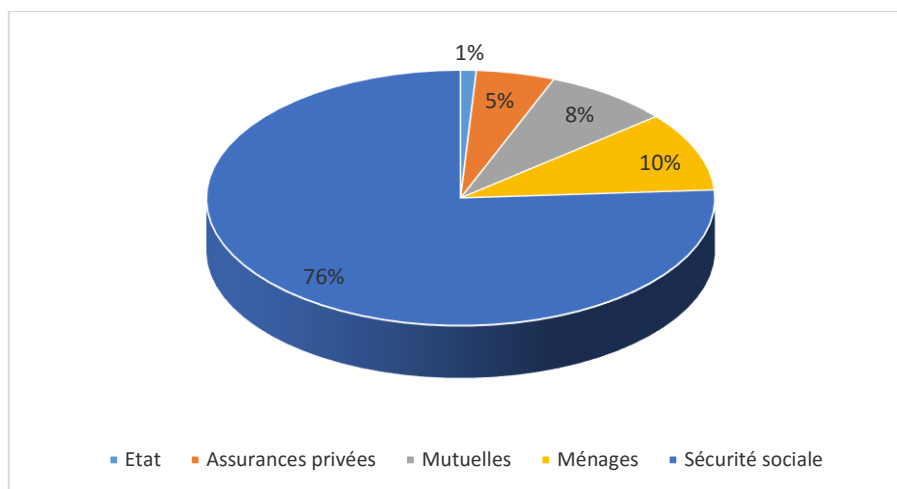
Les mutuelles et les compagnies d'assurance privés intervient aussi dans la pris en charge des dépenses de soin des ménages occasionnées dans le privés.³

Donc la part des acteurs de financement du système de soins en Algérie est présentée dans la figure 04.

³ ZEHNATI A, (2014), « analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie », Thèse de doctorat en science économique, Université de Bejaia et de l'Université de Bourgogne (France). P61-62

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 04 : La part des acteurs de financement du système de soins en Algérie



2. Le financement des soins bucco-dentaires au niveau de la sécurité sociale

2.1. Taux de remboursement des soins bucco-dentaire au niveau de la Caisse National des Assurances Sociales (CNAS)

Le remboursement des soins par la Caisse Nationale des assurances sociales s'effectue avec la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de 1987.

• Lettre clé :

Selon le type de l'acte, les lettres-clés utilisées par les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ainsi que leur valeur unitaire sont présents dans le tableau 06 suivant. (Arrêté (interministériel du 07.07.1987)

Tableau 06 : lettres-clés utilisées par les médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ainsi que leur valeur unitaire

CATEGORIE DE L'ACTE	LETTRE-CLE	VALEUR
• Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie	P.C	11DA
• Actes de chirurgie et des spécialités	K	11DA

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

• Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste spécialisé	DS	11DA
• Actes pratiqués par le chirurgien-dentiste	D	9,50DA
• Actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin ou le chirurgien-dentiste	R	12,50DA
• Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme et la technicienne en soins obstétricaux	SF/	10,50DA
• Actes pratiqués par le kinésithérapeute	AMM	10,50DA
• Actes pratiqués par l'infirmier ou le technicien en soins infirmiers	AM/	10,50DA
• Actes d'analyse médicale	B	2DA
• Actes de prélèvement pour analyses médicales effectuées par un praticien non médecin	KB	11 DA

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la CNAS de Bejaia.

• Coefficient :

Le coefficient qui permet de déterminer la valeur de l'acte est indiqué pour chaque acte par la nomenclature générale des actes professionnels.

• Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de soins non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notation comportant la lettre-clé prévue selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute et immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Exemples :

- Injection intraveineuse par un médecin : **K 2**
- Injection intraveineuse par un infirmier : **AM/2**

Dans certains cas le contrôle médical doit être sollicité pour la confirmation du coefficient de l'acte.

2.2. Tarif des consultations et des visites chez les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux

Le tableau 07 expose les tarifs des consultations et des visites chez les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux. Le remboursement d'une consultation ordinaire d'un médecin généraliste pour le patient est de 50DA alors qu'il paye sa consultation en moyen entre 700 DA et 1000 DA. Ces remboursements sont insignifiants et ne représentent plus le tarif réel.

Tableau 07 : Tarif des consultations et visites effectuées par les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux

NATURE DE L'ACTE	LETTRE-CLE	VALEUR
• Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredi.	C	50 DA
• Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredi.	CJF	65 DA
• Consultation de nuit effectuée au cabinet.	CN	65 DA
• Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis.	V	75 DA
• Visite de jours effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis.	VJF	100 DA

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

<ul style="list-style-type: none"> • Visite de nuit effectuée au domicile du malade. 	VN	100 DA
---	----	--------

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la CNAS de Bejaia.

Pour ce qui concerne le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie⁴, le tableau 08 résume le tarif des consultations.

Le tarif de remboursement d'une Consultation chez un médecin spécialiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis est de **100 DA**. (Cf. Tableau 08). Ce tarif de remboursement est très minime et ne tient plus de la réalité du marché car le patient paye sa consultation en moyen chez un spécialiste de 1200 DA à 2000 DA.

Tableau 08 : Tarif des consultations et visites chez le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie.

NATURE DE L'ACTE	LETTRE-CLE	VALEUR
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis. 	CS	100 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis. 	CSJF	125 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de nuit effectuée au cabinet. 	CSN	125 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis. 	VS	150 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jour effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis. 	VSJF	175 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de nuit effectuée au domicile du malade. 	VSN	175 DA

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la CNAS de Bejaia.

⁴ Voir l'annexe 03 qui retrace le tarif des consultations et visites effectuées au médecin spécialiste en psychiatrie

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Pour ce qui concerne le chirurgien-dentiste le tarif de remboursement est dérisoire très, il varie entre **40 DA** et **64 DA** respectivement pour consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredi et Visite de nuit effectuée au domicile du malade.

Tableau 09 : Tarif des consultations et visites effectuées par le chirurgien-dentiste

NATURE DE L'ACTE	LETTRE-CLE	VALEUR
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis. 	CD	40 A
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis. 	CDJF	48 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de nuit effectuée au cabinet. 	CDN	48 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis. 	VD	48 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jours effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis. 	VDJF	56 DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de nuit effectuée au domicile du malade. 	VDN	64 DA

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de la CNAS de Bejaia.

2.3. Frais de soins et prothèses dentaires

Les soins et prothèses dentaires sont remboursables dans les conditions prévues à la nomenclature générale des actes professionnels qui indique le coefficient correspondant à chaque acte. **Ils peuvent être pratiqués :**

- Soit, par un chirurgien - dentiste spécialisé (lettre -clé D.S)
- Soit, par un chirurgien - dentiste (lettre - clé D)

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Les soins dentaires sont remboursables sans formalité spéciale. Toutefois, les extractions multiples au-dessus de 05 dents sont soumises à la formalité de l'entente préalable.

Les prothèses et couronnes dentaires sont également et dans tous les cas soumises à la formalité de l'entente préalable ; l'accord de l'agence doit être donné par écrit avant l'exécution des travaux.

Ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'agence de wilaya que les appareils fonctionnels, thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice de certaines fonctions.

• Appareillage et prothèse :

La couverture des frais d'appareillage comporte le remboursement des frais d'acquisition, d'installation, de réparation et de renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie, et ce, dans les conditions techniques prévues par la réglementation ; elle comporte également, le remboursement des systèmes d'attache et autres accessoires nécessaires au fonctionnement des appareils.

Les frais d'appareillage ou de prothèse de grande importance ne sont pris en charge que si l'agence de wilaya en a accepté préalablement la prise en charge au vu d'un devis estimatif présenté par l'assuré.

L'appareillage ou prothèse de grande importance s'entend de tout appareil ou prothèse dont le prix est supérieur à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale **(actuellement 1200 DA circulaire SDP/AS - AT/n°93/03 du 24 avril 1993)**.

L'assuré ne peut avoir qu'un seul appareil par handicap ; toutefois, certains mutilés ont droit après avis du médecin - conseil, à un appareil provisoire en attendant l'obtention de l'appareil définitif.

Le renouvellement de l'appareil n'est accordé que si celui-ci est hors d'usage et reconnu irréparable ou si des modifications interviennent dans l'état du malade.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

3. Les tarifs des soins bucco-dentaires dans le secteur privé

Dans ce point, il sera question de présenter les tarifs des différents soins bucco-dentaires dans le secteur privé.

3.1. Le tarif d'une consultation et le tarif de chaque type d'extraction

Le tarif moyen pour une consultation de chirurgien-dentiste est **de 500 DA**. Pour l'extraction dentaire le tarif varie entre **800 DA** et plus de **1200 DA**. (Cf. Tableau 10).

Tableau 10 : Tarif de chaque type d'extraction dentaire dans le secteur privé

Type d'extraction dentaire	Tarif
Bloc antérieur	800 DA
Molaire prémolaire	1000 DA
Molaire bas	1000 DA
Dents de sagesse	1200 DA et plus

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès d'un chirurgien-dentiste privé de Bejaia.

3.2. Le tarif de Détartrage

Concernant, le Détartrage et blanchiment leur tarif est de l'ordre respectivement de 1000 DA /séance et 10000 DA/séance (appareil ultra-violet).

3.3. Tarif des soins dentaires

Les soins dentaires sont classés en trois types sont Amalgame d'argent, Composite (résine), et Composite céramique. (CF. Tableau 11).

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Tableau 11 : Tarif de chaque type des soins dentaires dans le secteur privé

Les frais de soins Dentaires types de soins	de premier degré	deuxième degré	troisième degré
Amalgame d'argent	1400 DA	2800 DA	3800 DA
Composite (résine)	1600 DA	3200 DA	4400 DA
Composite céramique	1800 DA	3500 DA	4800 DA

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès d'un chirurgien-dentiste privé de Bejaia.

3.4. Le tarif d'ortho-dentofaciale (ODF)

Concernant Le tarif d'ODF AVC + verin et fixe est de l'ordre respectivement de 15000 DA et 35000 DA par maxillaire.

3.5. Le tarif des Prothèses

Deux prothèses sont distinguées prothèses fixes et prothèses amovible ou adjoint. Le tarif de chaque type est détaillé dans le tableau 12.

Tableau 12 : Tarif des prothèses dentaires dans le secteur privé

Type de prothèse	Soins	Tarifs
Prothèse Fixe	Résine	4000 DA/ dent
	Mixte	4500 DA/ dent
	composite	10 000 DA/dent
	céramique	15 000 DA
	Céramo-céramique	20 000 DA
	zercom	30 000 DA
Prothèse adjoint (amovible)	Résine 2-3 dents	à 8000 DA
	Résine 3-5 dents	9000 DA
	Résine plus de 5 dents	12 000 DA
	Dents céramique	45 000 DA

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès d'un chirurgien-dentiste privé de Bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

3.6. Le tarif de l'implant dentaire

Concernant le tarif de l'implant est de l'ordre de **100000 DA/ élément** alors que Stellite⁵ est à **20000 DA/ Plaque**.

Nous remarquons que ces tarifs de prothèses sont très coûteux pour le patient alors qu'elles ne sont pas remboursables par la sécurité sociale. En effet, l'appareillage ou prothèse de grande importance qui sont fixé depuis 1993 à 1200 DA, ne sont pas remboursable.

3.7. Le tarif de la chirurgie bucco-dentaire

Concernant le tarif de la chirurgie bucco-dentaire moyen pour la Fremactomie et Gingivectomie est respectivement de l'ordre de **6000 DA** et **8000 DA**, alors qu'ils ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

III. ETAT DES LIEUX DE LA SANTE BUCCODENTAIRE DES ENFANTS DE LA WILAYA DE BEJAIA

1. Le milieu scolaire

Le milieu scolaire peut jouer un rôle considérable sur la détermination des comportements de santé et sur l'état de santé des jeunes et futurs adultes en raison de la longueur du cursus scolaire des enfants, du faits que l'enfant soit à un stade important de son développement personnel, et en raison de l'opportunité fournie par le milieux scolaire de mettre en œuvre un ensemble d'approches pédagogiques de la présence d'une équipe éducative entraînée.

En Algérie, Face à l'impossibilité de satisfaire la demande en soins bucco-dentaires sans cesse croissante et qui ne sont pas accessible à tous les enfants en raison notamment du coût élevé de l'odontologie restauratrice, le programme de santé scolaire a été enrichi par un sous-programme de santé bucco-dentaire par le circulaire interministérielle du 07 mai 2001 relative

⁵ Stellite : est une prothèse amovible partielle pouvant être proposées à un patient auquel il manque plusieurs dents sur l'une de ses mâchoires.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

au programme nationale de santé bucco-dentaire en milieu scolaire. Ce programme est axé essentiellement sur⁶ :

- ✓ l'éducation sanitaire avec notamment l'apprentissage de brossage dentaire dans les établissements scolaires.
- ✓ Une consultation de prévention pour un dépistage précoce qui doit se faire dans un cabinet dentaire ou à défaut dans un local adéquate désigne à cet effet.
- ✓ Le traitement conservateur des caries du 1^{er} degré (amélopathies) et des caries du second degré (dentinopathies). Les autres stades de caries doivent être pris en charge dans les cabinets de santé publique autres que désigné pour ce programme.

Dans cette section nous allons présenter un état des lieux de la santé buco dentaire des enfants scolarisés de la wilaya de Bejaia.

2. Effectifs scolarisés cibles et globales par an

Le tableau 12 et la figure 03 présentent des effectifs scolarisés cibles et globales par ans des unités de dépistage scolaire (UDS) de Bejaia, O. Ghir, T. Hamza, Toudja.entre 2007 et 2015.

Tableau 13 : Des effectifs scolarisés cibles et globales par an de 2007 à 2015.

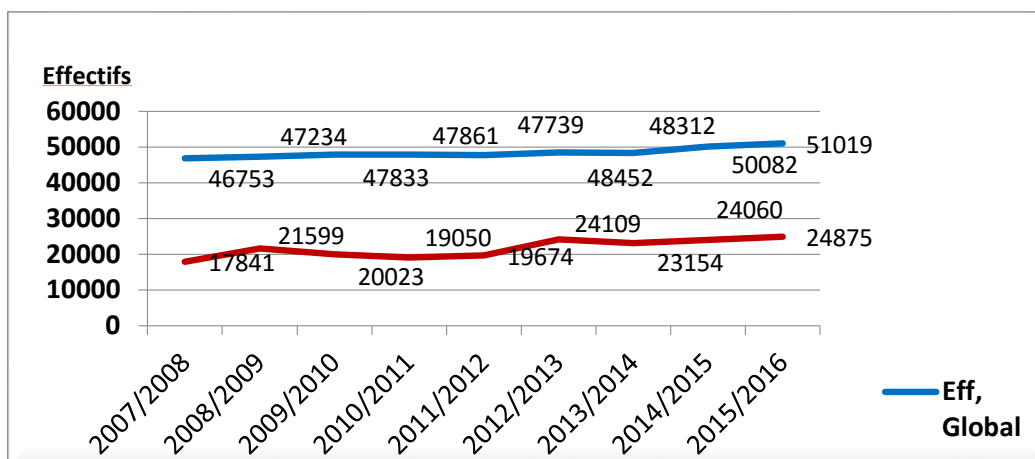
Ans UDS	07/08		08/09		09/10		10/11		11/12		13/14		14/15		15/16	
	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G	C	G
Bejaia	14980	39409	18233	39974	15126	40495	15935	40580	16560	40475	20508	41331	20342	42757	20999	43482
O.Ghir	1468	3801	1804	3916	1842	4096	1782	4100	1791	4205	2058	4150	2130	4384	2227	4450
T.Hamza	748	1883	867	1825	851	1779	789	1712	790	1724	895	1753	965	1741	979	1825
Toudja	645	1660	695	1519	616	1463	544	1469	533	1335	648	1218	623	1200	670	1262
Total EPSP	17841	46753	21599	47234	20023	47833	19050	47861	19674	47739	24109	48452	24060	50082	24875	51019

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia.

⁶ KAHINA B, (2012) « essai d'analyse de la stratégie de protection sanitaire en milieu scolaire en Algérie : cas des unités de dépistage et de suivi de la commune de Bejaia. », mémoire de magister en économie de la santé et développement durable', université de Bejaia. P95

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 05 : Total des effectifs scolarisés cible et global / an



Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillies auprès de tableau 13.

Nous remarquons d'après le tableau 13 et la figure 05 que :

- les effectifs cible et global sont importants mais demeurent stationnaires dans l'ensemble.
- L'effectif global par UDS est toujours au-dessus 4000 élèves.
- Les UDS ne sont pas normalisées d'où la nécessité de créer d'autres UDS.

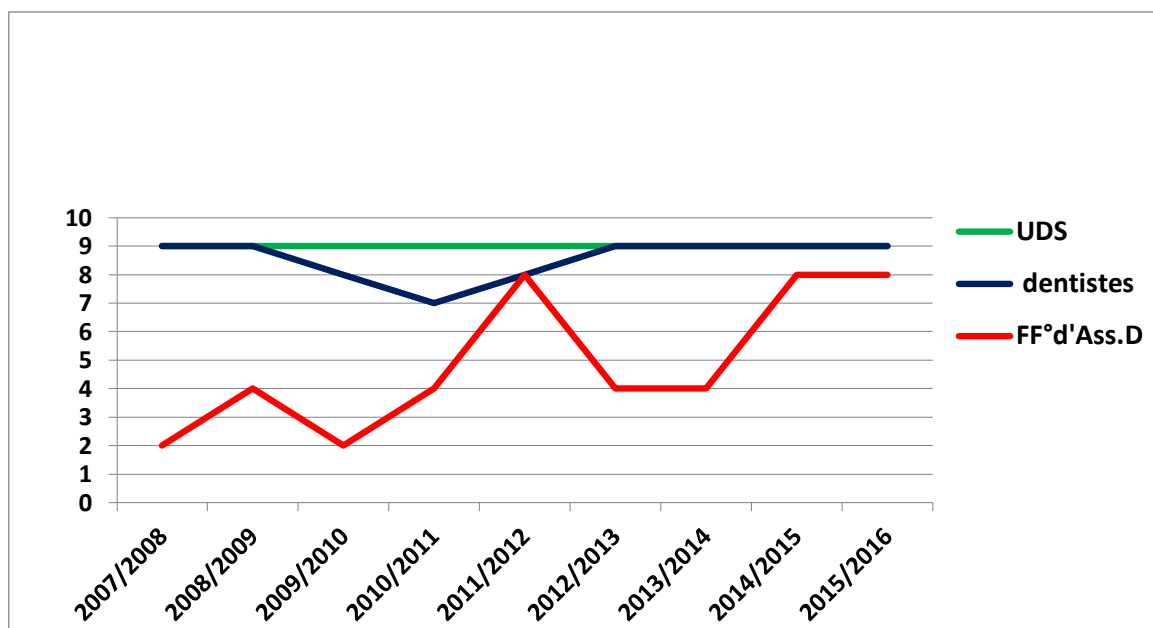
Tableau 14 : Nombre d'UDS et du personnel de santé bucco-dentaire de l'EPSP entre 2007 et 2015

Année	07/08		08/09		09/10		10/11		11/12		12/13		13/14		14/15		15/16	
	Ch	AD	Ch	AD	Ch	AD	Ch	AD	Ch	AD	Ch.d	AD	Ch.d	AD	Ch.d	AD	Ch.d	AD
EPSP	.d		.d		.d		.d		.d									
Ibn Sina	01	/	01	/	01	/	01	/	01	01	01	/	01	/	01	01	01	01
Naceria	01	/	01	/	01	/	01	01	01	01	01	/	01	/	01	01	01	01
Hamadia	01	/	01	/	01	/	01	/	01	01	01	/	01	/	01	01	01	01
Base7	01	/	01	/	01	/	01	/	01	01	01	/	01	/	01	/	01	/
Ihaddaden	01	/	01	/	01	/	01	01	01	01	01	/	01	/	01	01	01	01
Technicum	01	/	01	01	01	/	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
O.Ghir	01	01	01	01	01	01	/	/	/	/	01	01	01	01	01	01	01	01
T.Hamza	/	/	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Toudja	01	01	01	01	/	/	/	/	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
Total	09	02	09	04	08	02	07	04	08	08	09	04	09	04	09	08	09	08

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillies auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 06 : Nombre d'UDS et du personnel de santé bucco-dentaire de l'EPSP.



Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillies auprès de tableau 14.

Le tableau 14 et la figure 06 montre que le nombre d'UDS est stationnaire dans l'ensemble. Ce qui concerne les chirurgiens-dentistes et les assistants dentaires il y a une fluctuation entre 2008 et 2013, après cette année on remarque que tous les EPSP ont un dentiste et presque aussi des assistants dentaires dans leurs établissements.

Majoritairement, le personnel (assistants dentaires) exerçant dans les UDS est constitué de jeunes pré-employées Contractuelles.⁷

3. UDS Dotées de fauteuils dentaires et dates de leur mise en marche

D'après le tableau 15, Les fauteuils dentaires du Technicum, d'Ibn Sina et de Naceria sont opérationnels. Cependant, de nombreuses pannes surgissent fréquemment au cours de l'année scolaire d'autant plus que les réparations ne sont pas effectuées rapidement, ce qui perturbe le bon déroulement de la prise en charge des enfants scolarisés.

⁷ Dr GANI Nadia, chirurgien-dentiste coordinatrice à l'EPSP d'Ihedadden bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

A ce jour, ils n'ont pas pu acquérir que trois fauteuils dentaires (octroyés par la Wilaya) et ce, depuis 10 ans.⁸

Tableau 15 : UDS Dotées de fauteuils dentaires et dates de leur mise en marche

UDS	Dates d'installation des FD	Dates de mise en marche
Ibn Sina	Fin 2009	2011
Nacéria	Fin 2009	2013
Technicum	Fin 2004	2007

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia.

4. Evaluation par an des activités en santé bucco-dentaire

Dans ce qui suit, nous allons présenter les activités en santé bucco-dentaire des UDS.

4.1. Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES)

Les taux de dépistage et d'éducation sanitaire sont identiques. Ils restent stationnaires malgré les contraintes rencontrées : périodes de grève des personnels de l'éducation et de la santé, absence des élèves lors des examens et des intempéries. (Cf. tableau 15).

Tableau 16 : Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES)

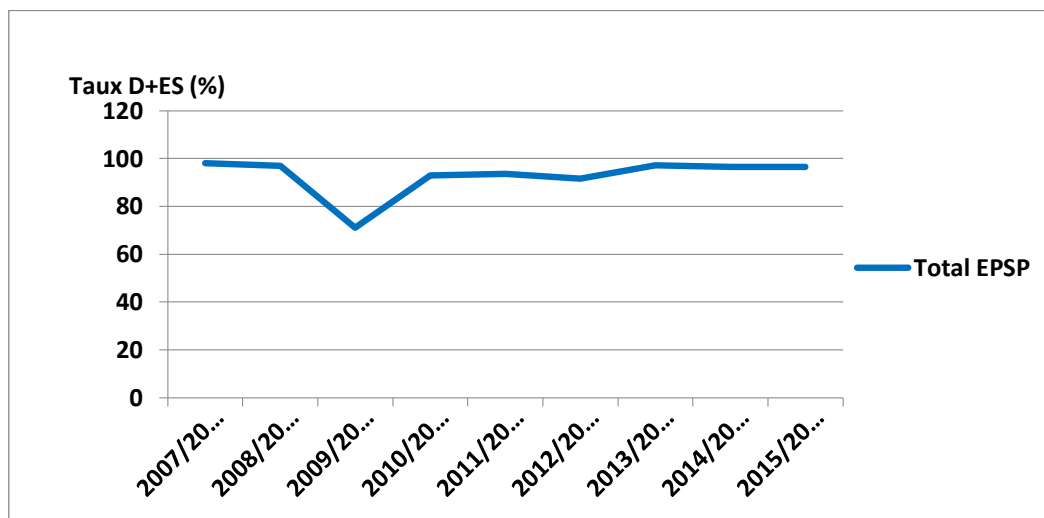
Taux de D+ES	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	98.04	96.92	71	92.86	93.70	91.66	97.11	96.41	96.53

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia.

⁸ Dr GANI N, chirurgien-dentiste coordinatrice à l'EPSP d'Ihedadden bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 07 : Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES)



Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de tableau 16.

4.2. Prévalence Carieuse et Prévalence Gingivale

D'après le tableau 17 et la figure 07, nous remarquons les éléments suivants :

- La Prévalence carieuse a augmenté en 2011/2012 par l'intégration des PS dans l'effectif cible à dépister
- Les prévalences carieuses et gingivales régressent.
- On peut noter dans l'ensemble un signe d'amélioration de la santé orale chez cette frange de population.

Tableau 17 : Prévalence Carieuse (PC) et Prévalence Gingivale (PG)

Années/Taux	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
PC/ PG	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Prévalence carieuse	53.76	56.20	52.33	55.77	58.09	54.12	50.56	47.31	30.77

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Prévalence gingivale	11.61	9.57	8.84	6.43	5.53	4.45	3.33	2.29	2.02
---------------------------------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia

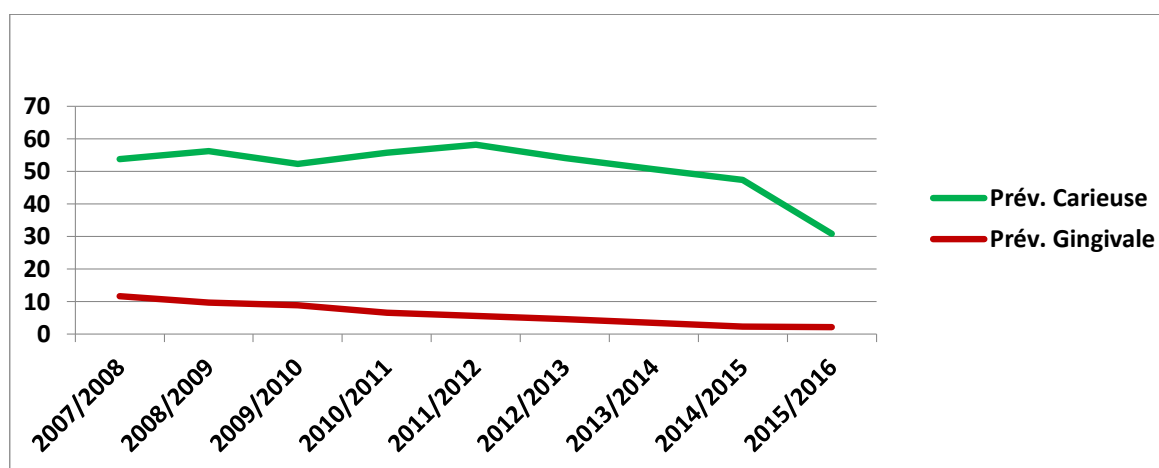
La prévalence carieuse est calculée par la formule suivante :

$$PC = \frac{\text{Nombre total d'élèves ayant au moins 1 carie}}{\text{Nombre total d'élèves cibles examinés}} * 100$$

La prévalence gingivale est calculée par la formule suivante :

$$PG = \frac{\text{Nombre total d'élèves orientés pour gingivite (=«b» dans canevas de P.E.C)}}{\text{Nombre total d'élèves cibles examinés (=«c» dans canevas du taux d'activité)}} * 100$$

Figure 08 : Prévalence Carieuse et Prévalence Gingivale



Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de tableau 17.

4.3. Evaluation de la prise en charge (taux de suivi sur FD)

En santé bucco-dentaire (SBD), on parle d'élèves pris en charge, tous les enfants ayant fini leurs suivis dentaires pour aboutir à une cavité buccale saine. Ce taux est en nette

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

progression. Il indique une amélioration des prestations de service et une réussite dans la pratique dentaire au niveau des UDS. (Cf. tableau 18 et figure 8).

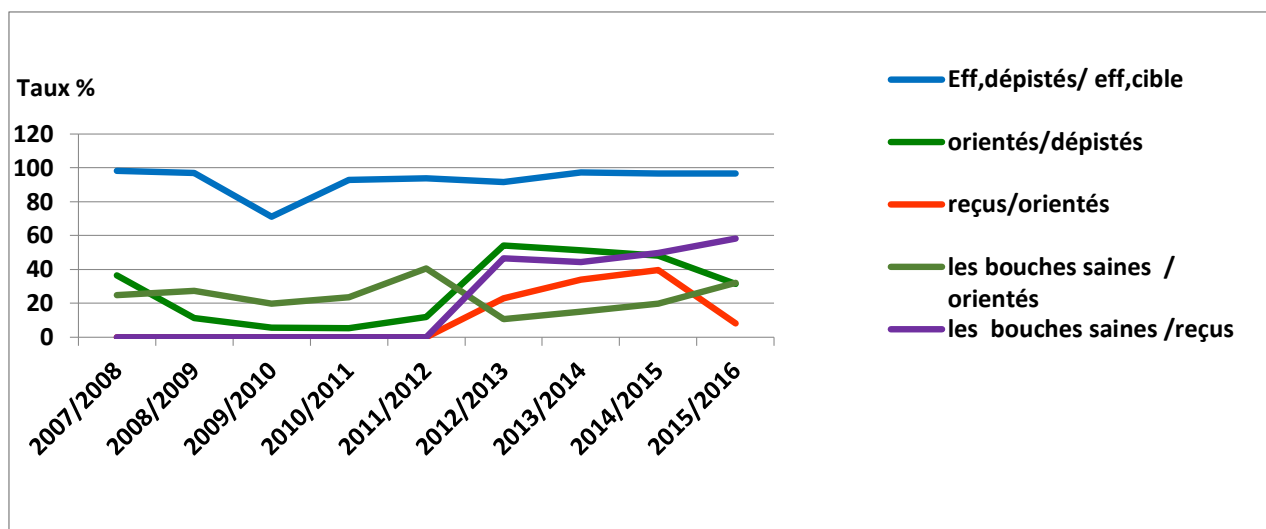
Tableau 18 : Evaluation des élèves pris en charge en SBD : « bouches saines » par AN entre 2007 et 2015.

Taux \ Ans	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13	13/14	14/15	15/16
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
EFF,Dépistés/ Eff, cible	98.04	96.92	71	92.86	93.7	91.66	97.11	96.41	96.53
Eff,Orienté/ Eff,Dépistés	36.31	11.29	5.44	5.3	11.75	54.12	51.17	48.01	31.3
Eff,Recu au CD/Eff,Orienté	*	*	*	*	*	22.99	33.87	39.6	8.13
Bouches saines/Eff,Orient	24.72	27.41	19.76	23.42	40.47	10.66	14.88	19.67	32.05
Bouches saines/Eff,Recu	*	*	*	*	*	46.38	44.25	49.67	58.14

Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillis auprès de l'EPSP Iheddaden de Bejaia.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Figure 09 : Evaluation des élèves pris en charge en SBD : « bouches saines » par AN



Source : Réalisé par nos soins d'après les données recueillies auprès de tableau 18.

Notant que :

- Les enfants reçus au cabinet dentaire ne sont comptabilisés qu'une seule fois durant toute l'année.
- Si les taux de prise en charge (bouche saine) sont faibles, c'est par ce qu'ils sont demandés en fonction des effectifs orientés et non en fonction des effectifs reçus.
- La prise en charge est effectuée par les dentistes de santé scolaire à raison de 3 demies journées/semaine.
- Les consultations représentent les enfants ayant des abcès, des problèmes d'ODF ou orientés pour prise en charge spécialisée ...,
- Les soins de 1^{er} et second degré sont les seuls à être effectués, (Effectif de soins à réaliser trop important pour un effectif du personnel soignant insuffisant).
- Le détartrage –polissage ne sont pas souvent pratiqués par manque de produits et matériels adéquats.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

- Bien que l'alvations dentaire soit considérée comme un échec thérapeutique, elle reste malheureusement l'activité la plus pratique, en santé bucco-dentaire de manière générale.

5. Les besoins et les perspectives des unités de dépistages de santé scolaire de la wilaya de Bejaia

5.1. Les besoins des UDS

Les besoins des unités de dépistages de santé scolaire de la wilaya de Bejaia peuvent être divisés en besoins en matière de ressources humaines et en matière d'Infrastructures et d'équipements.

❖ Ressources humaines

Les besoins en matière de ressources humaines sont les suivants :

- Créer de nouvelles UDS et recruter des personnels médicaux et paramédicaux qui feront fonction d'assistants dentaires en attendant d'élaborer une formation diplômant pour ces derniers.
- Renforcer les UDS en chirurgiens-dentistes surtout dans la prise en charge sur FD.
- Les chirurgiens-dentistes des structures sanitaires doivent évaluer la prise en charge des enfants scolarisés reçus à leur niveau selon les canevas fournis par le ministère de la santé pour le programme de santé bucco-dentaire.
- Créer un centre de référence spécialisée en dentaire (Paro, ODF,...).
- Former des assistants dentaires et les permaniser dans leur poste

5.2. Infrastructures et équipements

- Transférer les UDS de la périphérie dans des établissements
- Doter toutes les UDS de fauteuils dentaires et d'autoclaves
- Doter toutes les UDS de l'outil informatique et former le personnel dans ce domaine.
- Fournir aux enfants des kits de brossage en usant de l'intersectorialité

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

- Assurer la disponibilité des produits consommables pour soins, détartrages, polissages...
- Assurer la maintenance des fauteuils dentaires des UDS implantées dans les établissements scolaires.

5.3. Les perspectives des UDS

Les perspectives des UDS sont :

- Atteindre 100 % de dépistage.
- Prioriser l'éducation sanitaire en milieu scolaire chez les plus jeunes (PS et 1^{er} palier du primaire)
- Atteindre 50 % de prise en charge totale (bouche saine /effectif d'élèves orientés)
- Réduire les effectifs à 4000 élèves pour chaque UDS
- Améliorer la qualité des prestations
- Inciter les chefs d'établissement à créer et à maintenir les clubs de santé à tous les niveaux (primaires, moyens et secondaires).

Le programme national de santé bucco-dentaire en milieu scolaire est souvent confronté à des problèmes d'inter-sectorialité.

CONCLUSION

Au terme de ce chapitre, un constat s'impose la répartition des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé et publique sur la wilaya du Bejaia est assez inégale. Nous observons que y a des inégalités sur la répartition des chirurgiens-dentistes dans les deux secteurs privé et publique, que dans la wilaya de Bejaia le nombre de chirurgiens-dentistes qui exercent dans le secteur privé est plus de trois fois que ceux exercent dans le secteur publique.

Aussi que, la répartition des chirurgiens-dentistes privés dans la wilaya de Bejaia est inégale car la plupart s'installent autour des principaux EPH, et les autres commune souffrent de manque des dentistes privés dans leurs territoire.

CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRES DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Le remboursement des soins par la Caisse Nationale des Assurances Sociales s'effectue avec la nomenclature des actes médicaux et paramédicaux de 1987, et que les montant remboursé pour les soins dentaire par la CNAS sont très loin de leur montant réel.

La santé scolaire joue un rôle très importants dans la vie des enfante, et que l'enfant soit à un stade important de son développement personnel, et en raison de l'opportunité fournie par le milieu scolaire de mettre en œuvre un ensemble d'approches pédagogiques de la présence d'une équipe éducative entraînée.

CHAPITRE III

**ETUDE EXPLORATOIRE SUR
L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-
DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.**

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Introduction

La revue de littérature que nous avons effectuée au chapitre théorique nous a permis de constater la persistance séculaire du phénomène des inégalités sociales d'accès aux soins bucco-dentaires. Ainsi, les écarts d'état de santé entre les différentes catégories sociales ont fait l'objet de plusieurs études empiriques qui ont démontré la persistance de ce fléau.

En Algérie, il y a aucune étude à notre connaissance qui a étudié l'accessibilité de soins bucco-dentaire. A cet effet, notre travail se focalise sur l'étude des inégalités d'accès à ces soins dans la commune de Bejaia.

L'analyse de ces inégalités se fonde sur l'étude de leurs déterminants (revenu, catégorie Socioprofessionnel, lieu de résidence, l'éloignement géographique, niveau d'instruction, ...).

Ce chapitre sera consacré exclusivement à notre étude empirique. Il est composé de deux sections. La première fera l'objet de présenter la méthodologie et le déroulement de l'enquête. La deuxième tentera d'analyser les différents résultats obtenus à travers de notre enquête.

I. PRESENTATION DE L'ENQUETE

Dans cette section, il sera question de la présentation et la conception de notre enquête, dans le but d'étudier l'accessibilité financière aux soins bucco-dentaire dans la commune de Bejaia, nous avons mené notre questionnaire d'enquêtes, auprès de la population de la commune de Bejaia.

La conception du questionnaire a été réalisée après une étude de la littérature et la consultation de plusieurs questionnaires d'enquêtes nationales et internationales.

1. L'objectif de l'enquête

L'enquête a pour objectif de tenter d'étudier les déterminants des inégalités d'accès et de recours aux soins bucco-dentaires à travers les éléments suivants :

- Le taux du renoncement aux soins dentaires.
- Les raisons du renoncement aux soins dentaires.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

- Le taux du recours ou la fréquentation d'un chirurgien-dentiste.
- La fréquentation de la structure publique versus privée.
- La prévention des soins bucco-dentaires.

2. L'échantillon et la méthode de l'enquête

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux habitants de la commune de Bejaia. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 150 personnes. Les individus sont sélectionnés au hasard parmi les habitants de la commune de Bejaia

La plus part de la collecte d'information a été accomplie par nous-même. Nous avons choisi d'utilisé la méthode d'entretien direct avec le sujet afin de tirer le maximum d'informations des enquête, leur bien expliquer les questions, éviter toute ambiguïté dans les réponses et minimiser la perte de questionnaires.

3. Le déroulement de l'enquête

Le temps consacré à l'enquête était d'environ deux mois et demi, qui s'est étalé entre le mois de mars jusqu'au mois de mai. Notre questionnaire d'enquête comprend 37 questions. En fonction du besoin, notre questionnaire est décomposé en 4 grands axes, à savoir :

➤ Situation socioprofessionnelle de l'enquête

L'objectif est de dégager le profil personnel de chaque interrogée (âge, sexe, revenu, etc...), qui nous servira notamment au croisement de variables et à l'évaluation de la représentativité de l'échantillon.

➤ Renoncement aux soins bucco-dentaires

C'est un indicateur d'inégalités d'accès aux soins, obtenu directement à partir de la réponse aux deux questions suivantes :

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

«Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer à certains soins bucco-dentaires».

« Si oui, pour quel type de soins et pour quelles raisons ? »

Le taux de renoncement aux soins nous permettra de déterminer les obstacles ou les causes qui freinent l'accès et le recours aux soins bucco dentaires. De plus, il nous permettra de déceler les soins dentaires qui ne sont pas accessible financièrement aux patients.

➤ **Consommation, fréquentation et recours aux soins dentaires**

La fréquentation et la consommation des soins dentaires sont étudié à travers la réponse aux deux questions suivantes :

« Au cours des 12 derniers mois, avez –vous consulté un chirurgien-dentiste ? »

« Si oui quels sont les soins prescrits par le dentiste, quels soins effectués, combien de séances, combien ça coûte et quelle est la structure de soins fréquentée ? »

Cet axe nous permettra de déterminer les déterminants du recours aux soins bucco-dentaires ainsi que les facteurs influençant le choix de structure de soins publique ou privée.

Par ailleurs, afin d'étudier le degré de sensibilisation des patients en terme de prévention des soins buccodentaires, la question suivante est posée :

Au cours de douze dernier mois, êtes-vous allé chez le dentiste à titre préventif ?

➤ **Assurance, remboursement et état de santé**

Dans cet axe il s'agit de vérifier l'influence de la couverture sociale sur l'accessibilité aux soins dentaires ; Plus concrètement, nous allons essayer de vérifier si la sécurité sociale a réussi à éliminer l'ensemble des obstacles d'ordre économique à l'accès aux soins dentaires.

1.4. Dépouillement

Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 20. Nous avons d'abord procédé à la saisie des données contenues dans les questionnaires. Ensuite, nous avons procédé au traitement de ces données, que nous avons par la suite présentées sous forme de tableaux et graphes.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Pour mettre en évidence les informations fournies par l'étude, nous avons utilisé deux formes de tableaux dans le dépouillement, à savoir la méthode de tri vectoriel (tri plat) puis la méthode de tri matriciel (tri croisé).

1.5. Les difficultés rencontrées

Nous avons rencontré plusieurs difficultés dans la réalisation de notre travail dont les principales sont :

- ✓ un manque flagrant d'ouvrages, articles, de données et de littérature, concernant notre thème en Algérie.
- ✓ le manque de temps a rendu difficile le traitement des données.
- ✓ Prendre beaucoup de temps pour maîtriser le logiciel SPSS.

Certaines personnes ont refusé de participer dans notre enquête et de répondre aux questionnaires.

II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans cette section, nous avons pour ambition de tenter d'étudier les différents résultats de l'enquête. Ceci va nous permettre en définitif d'apporter quelques réponses aux questions soulevées dans notre problématique. Nous avons ainsi procédé à l'analyse des données obtenues après traitement du questionnaire d'enquête à l'aide du logiciel SPSS version 20. De ce fait, nous allons d'abord présenter l'échantillon final analysé.

1. caractéristiques générales de l'échantillon

L'objectif ici se limite à la présentation des informations sur les principales variables caractérisant notre échantillon d'enquête.

Le tableau 19 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtés selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le nombre de personnes et l'Etat civil. Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la plus représentée est celle des [20-30ans] avec une proportion de 48.7 %. Pour le genre, 52 % de nos enquêtés sont des femmes contre 48 % pour les hommes.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 53.3 %. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : sans instruction : 1.3 %, primaire : 11.3 %, moyen : 16.7% et secondaire : 17.3%

Notre échantillon est donc assez représentatif, nous avons essayé de toucher toutes les niveaux d'instruction et aussi bien les tranches d'âge, et les deux sexes féminins et masculins.

Tableau 19 : Profil personnel des interrogés

Caractéristiques		Effectif	%
Age	[20-30[	73	48,7
	[30-40[	38	25,3
	[40-50[	23	15,3
	[50-60[	11	7,3
	plus de 60	5	3,3
	Total	150	100
Sexe	Féminin	78	52
	Masculin	72	48
	Total	150	100
Niveau d'instruction	sans instruction	2	1,3
	primaire	17	11,3
	moyen	25	16,7
	Secondaire	26	17,3
	universitaire	80	53,3
	Total	150	100
Etat civil	marié(e)	74	49,3
	divorcé(e)	1	0,7
	veuve	1	0,7
	célibataire	74	49,3
	Total	150	100
Nombre de personnes	[0-4[	18	12,0
	[4-8[	109	72,7
	[8-12[	17	11,3
	plus de 12	6	4,0
	Total	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

2. Présentation et analyse des résultats

Nous tenterons ici croiser un certain nombre de questions dans le but d'identifier l'existence de corrélations.

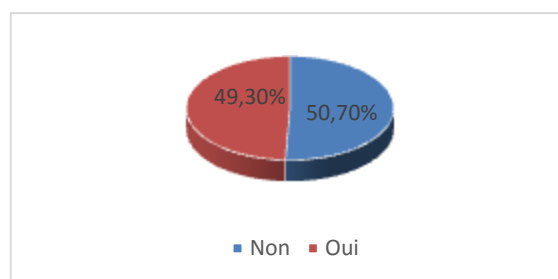
2.1. Le renoncement aux soins dentaires selon la structure sociale

Comme premier axe d'analyse, nous avons choisi le statut de renoncement des enquêtés aux soins, pour avoir les raisons est les types de renoncement.

Tableau 20 : Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins dentaires

Renoncement	Effectifs	Pourcentage %
Non	76	50.7%
Oui	74	49.3%
total	150	100%

figure 10 : Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

D'après le tableau 20, nous remarquons que près de la moitié des enquêtés ont renoncé aux soins bucco-dentaires d'où l'existence des inégalités d'accès aux soins.

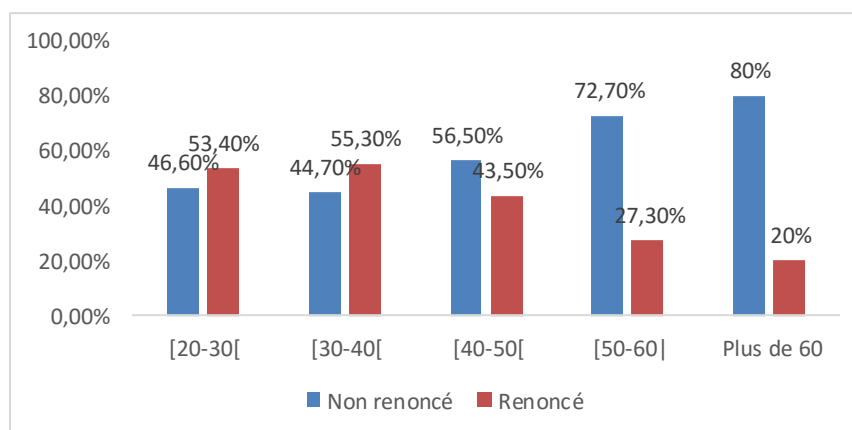
Tableau 21 : Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement Age	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[20-30[	34	46.6	39	53.4	73	48.67
[30-40[	17	44.7	21	55.3	38	25.33
[40-50[	13	56.5	10	43.5	23	15.33
[50-60[	8	72.7	3	27.3	11	7.33
Plus de 60	4	80	1	20	5	3.33
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure11 : Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 21.

Le tableau 21 et la figure 11, montre que la tranche d'âge [30-40[, détient la première place au renoncement aux soins dentaires avec plus de 55. % suivi par la tranche [20-40 [, avec 53.4%, la tranche [40-50[, avec 43.5 % et la tranche [50-60[, avec 27.3 %. La tranche de 60 ans et plus est la tranche qui renoncent moins aux soins buccodentaires avec 20 %. Nous pouvons expliquer ce taux par l'importance qu'elle donne cette catégorie, qui représente majoritairement des retraités, leur santé. De plus, ces retraités portent généralement un appareil fixe ou amovible. Par ailleurs, ils disposent majoritairement d'un revenu mensuelle qui leurs assure une accessibilité financière aux différents soins.

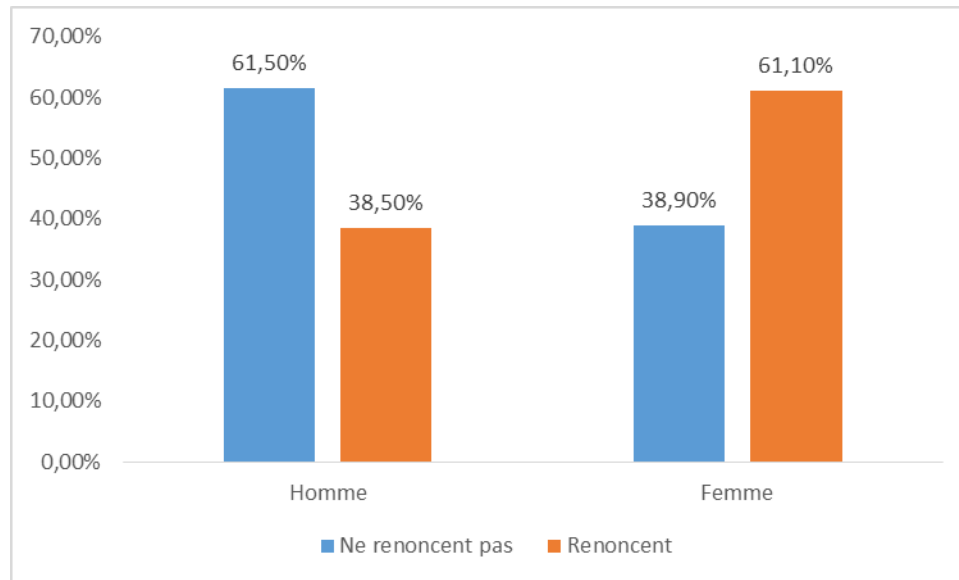
Tableau 22 : Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement Sexe	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Homme	48	61.5	30	38.5	78	52
Femme	28	38.9	44	61.1	72	48
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 12 : Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 22.

D'après le tableau 22 et le graphe 12, nous remarquons que le renoncement chez le sexe féminin est plus élevé avec 61.1 % que le renoncement chez le sexe masculin, avec 38.5 %.

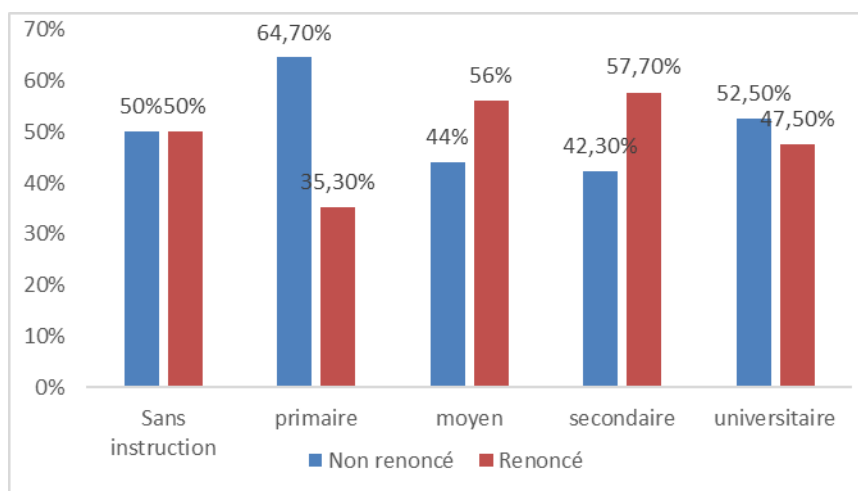
Tableau 23 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement / Niveau d'instruction	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Sans instruction	1	50	1	50	2	1.33
Primaire	11	64.7	6	35.3	17	11.33
Moyen	11	44	14	56	25	16.67
Secondaire	11	42.3	15	57.7	26	17.33
Universitaire	42	52.5	38	47.5	80	53.33
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 13 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 23.

Nous remarquons d'après le tableau 23 et la figure 13, que le renoncement aux soins dentaires pour le niveau d'instruction secondaire est plus élevé que pour les autres niveaux d'instruction avec 57.7 %. Suivi par le niveau moyen avec 56 %, sans instruction avec 50%, universitaire avec 47.5 %, et à la fin le niveau primaire avec 35.3%. Donc, le renoncement aux soins dentaires n'est pas corrélé avec le niveau d'instruction.

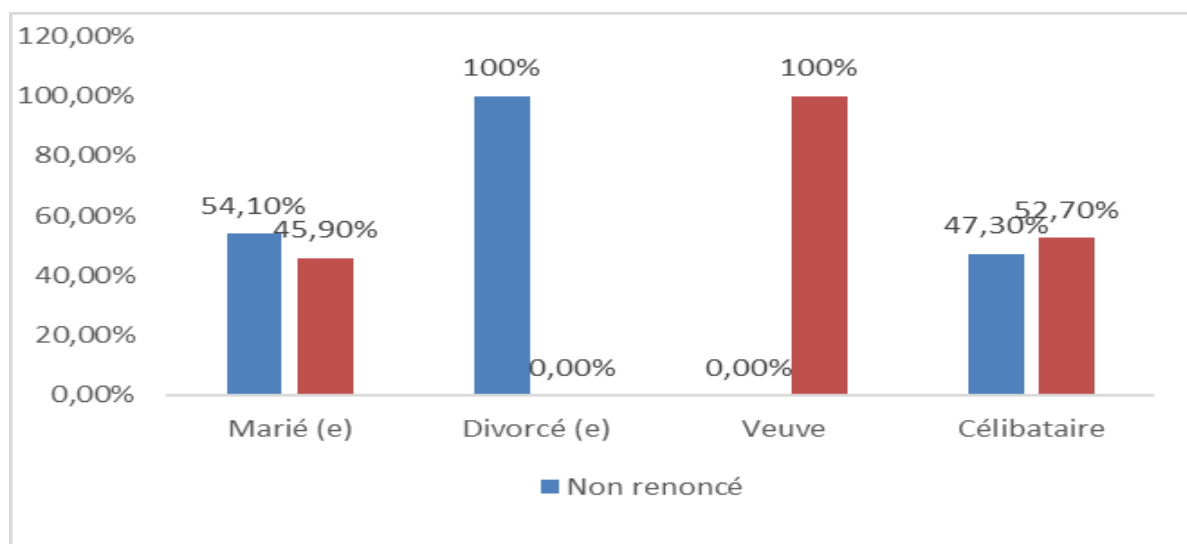
Tableau 24 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement / Etat civil	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Marié (e)	40	54.1	34	45.9	74	49.33
Divorcé (e)	1	100	0	0.00	1	0.67
Veuve	0	0.00	1	100	1	0.67
Célibataire	35	47.3	39	52.7	74	49.33
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 14 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 24.

D'après les résultats du tableau 24, nous constatons que, les enquêtés divorcés et les veufs n'ont pas renoncé aux soins dentaires. Les enquêtés célibataires renoncent plus aux soins que les enquêtés mariés avec respectivement 52.7% contre 45.9%. Cela peut être expliqué du non présentatif de l'échantillon pour ces catégories. Nous avons enquêté seulement une personne veuve et une autre célibataire.

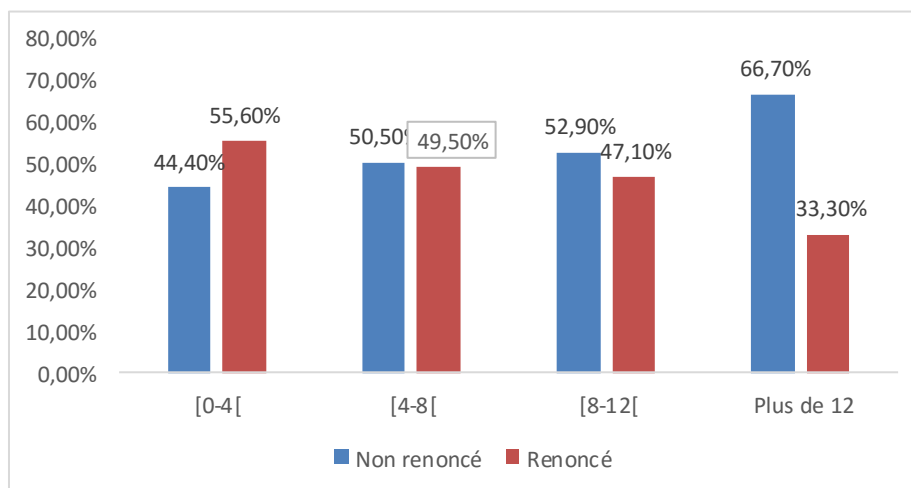
Tableau 25 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le foyer et le renoncement aux soins dentaires

Renon N/perso	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[0-4[	8	44.4	10	55.6	18	12
[4-8[	55	50.5	54	49.5	109	72.67
[8-12[	9	52.9	8	47.1	17	11.33
Plus de 12	4	66.7	2	33.3	6	4
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 15 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes de la commune de Bejaia et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 25.

Paradoxalement, le renoncement aux soins dentaires diminue avec l'augmentation de nombre de personnes dans le ménage, comme il est indiqué dans la figure 15, montre que la tranche [0-4[est plus élevée avec 55.6 % par rapport aux autres tranches, [4-8[avec 49.5 %, [8-12[avec 47.1 %, et plus de 12 personnes avec 33.3 %. L'explication que nous pouvons avancer est que les enquêtés ne sont pas tous des chefs de ménages. Il s'agit d'une enquête individuelle.

2.2. Le renoncement aux soins dentaires et la situation financière des ménages

D'après le tableau 26 et la figure 16, nous remarquons que les personnes qui n'exercent pas une profession renoncent plus que les personnes qui ont une profession. Comme le montre le tableau que les enquêtés qui n'exercent pas une activité détient la première place, les femmes au foyer avec 67.9%, les étudiants avec 54%, les chômeurs avec 42.9%, et suivi par les enquêtés qui ont une profession sont respectivement : les employés avec 40.5%, les retraités et les enquêtés qui ont une profession libérale avec 40%, et les cadres avec un taux nul.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

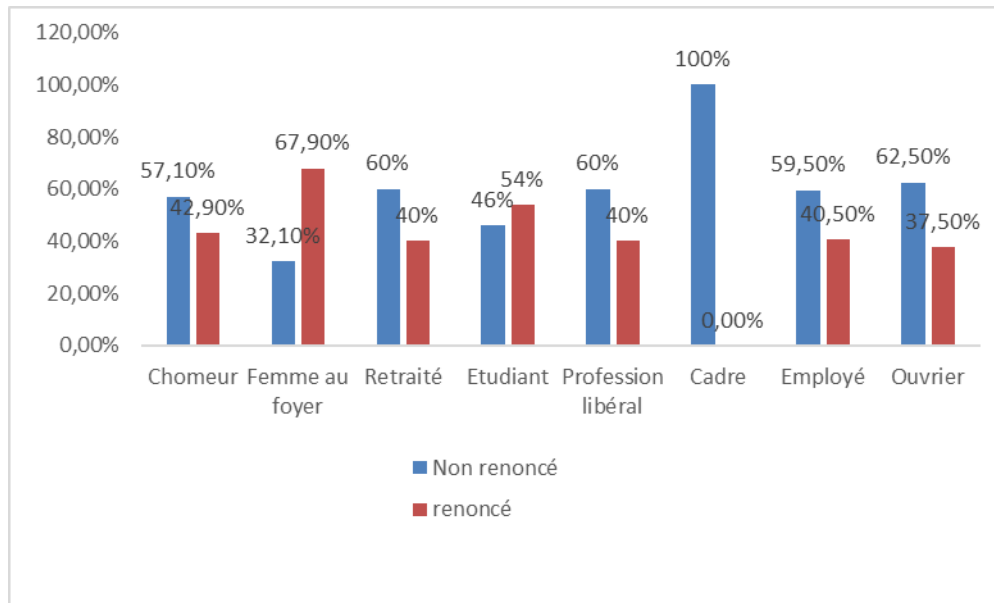
Donc le renoncement aux soins dentaires est corrélé avec la profession d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins

Tableau 26 : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement La prof	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
chômeur	8	57.10	6	42.90	14	9.33
Femme au foyer	9	32.10	19	67.90	28	18.67
Retraité	3	60	2	40	5	3.33
Etudiant (e)	23	46	27	54	50	33.33
Profession libérale	3	60	2	40	5	3.33
Cadre	3	100	0	0.00	3	2
Employé	22	59.50	15	40.50	37	24.67
ouvrier	5	62.50	3	37.50	8	5.33
total	76	50.70	74	49.30	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 16 : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 26.

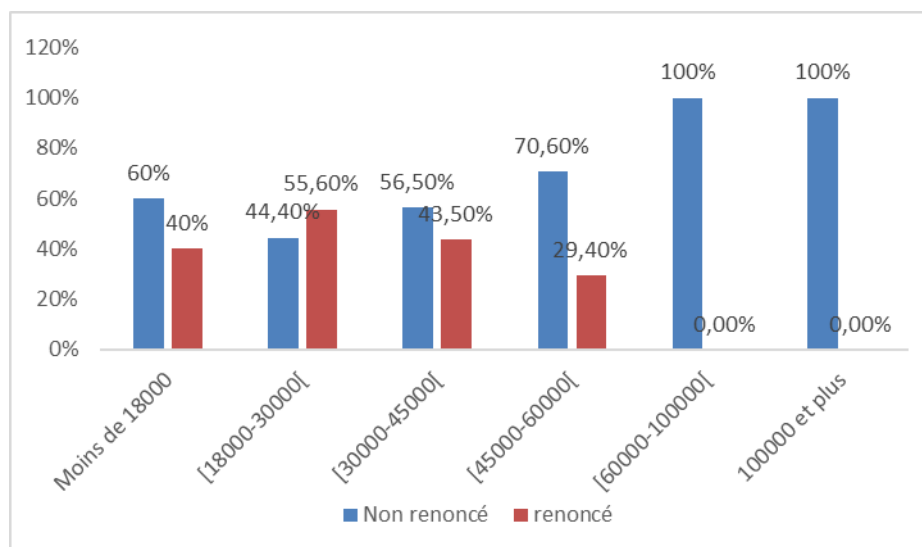
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 27 : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires

Revenu \ Renoncement	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 18000	3	60	2	40	5	8.47
[18000-30000[	4	44.4	5	55.6	9	15.25
[30000-45000[	13	56.5	10	43.5	23	38.98
[45000-60000[	12	70.6	5	29.4	17	28.81
[60000-100000[	4	100	0	0	4	6.78
100000 et plus	1	100	0	0	1	1.69
Total	37	62.7	22	37.3	59	100

Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 17 : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 27.

D'après les résultats de notre enquête, nous remarquons que plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins bucco-dentaires diminue à l'exception de la catégorie de personnes qui touchent moins de 18000 DA. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins dentaires, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. Ainsi, les personnes qui ont un revenu 60000 DA et plus n'ont pas renoncé à ces soins. De ce fait, le renoncement aux soins bucco-dentaires est corrélé avec le revenu d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins de santé.

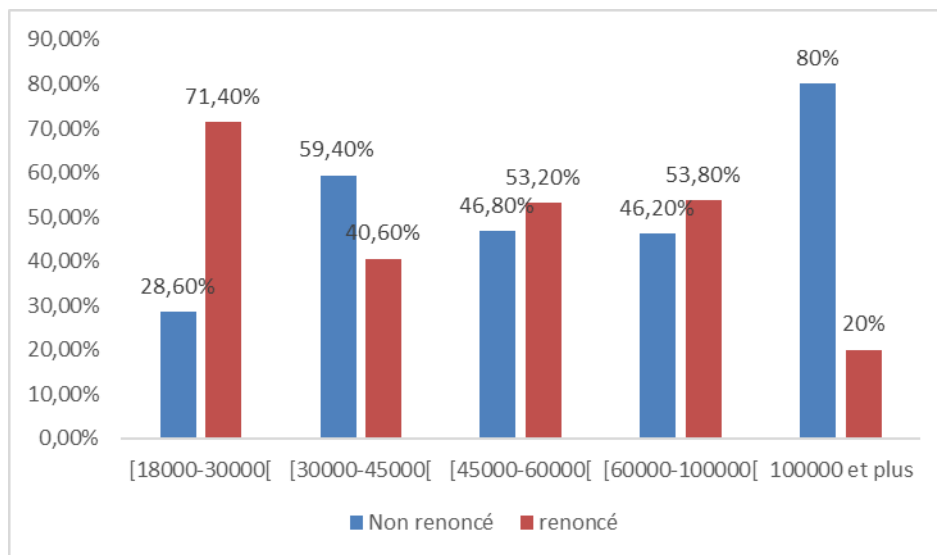
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 28 : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins dentaires

Revenu G \ Renoncement	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
[18000-30000[	2	28.6	5	71.4	7	4.67
[30000-45000[	19	59.4	13	40.6	32	21.33
[45000-60000[	29	46.8	33	53.2	62	41.33
[60000-100000[	18	46.2	21	53.8	39	26
100000 et plus	8	80	2	20	10	6.67
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 18 : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins dentaires.



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 28.

Les enquêtés qui ont un revenu globale faible renonce plus que les autres tranches de revenu, et les tranches qui ont un revenu élevé, le taux de renoncement est très faible, et le pourcentage des autre tranche est comme suit [30000-45000[avec 40.6%, [45000-60000[avec 53.2% et la tranche [60000-100000[avec 53.8%.

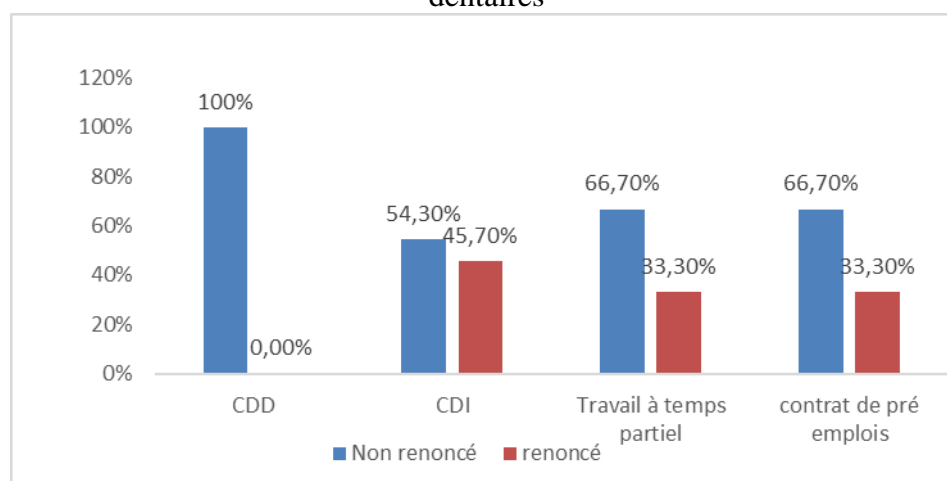
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 29 : Distribution des enquêtés selon le contrat du travail et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement Contrat	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CDD	5	100	0	0.00	5	9.62
CDI	19	54.3	16	45.7	35	67.3
Travail à temps partiel	6	66.7	3	33.3	9	17.3
Contrat de pré emplois	2	66.7	1	33.3	3	5.77
Total	32	61.5	20	35.5	52	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 19 : Distribution des enquêtés selon le contrat du travail et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 29.

Nous remarquons d'après le tableau 29 et la figure 19, que les personnes qui travaillent avec un contrat à durée déterminée (CDD) n'ont pas renoncé aux soins dentaires contrairement aux autres types de contrat. CDI, travail à temps partiel et contrat de pré emplois ont un pourcentage de renoncement qui sont respectivement 45.7 %, 33.3 % et 33.3 %. Donc le type du contrat n'a pas vraiment une influence sur le renoncement aux soins dentaire des enquêtés.

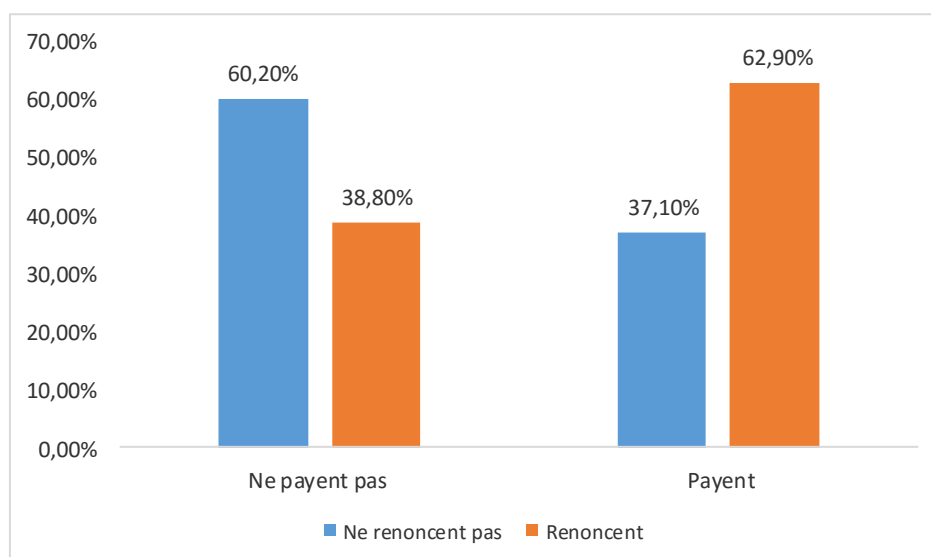
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 30 : Distribution des enquêtés selon le loyer et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement Loyer	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ne payent pas	53	60.2	35	39.8	88	58.67
Payent	23	37.1	39	62.9	62	41.33
total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 20 : Distribution des enquêtés selon le loyer et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 30.

Nous remarquons d'après le tableau 30 et la figure 20, le taux de renoncement aux soins dentaires des personnes qui payent un loyer est presque le double de ceux qui ne payent pas, avec respectivement 62.9 % et 38.8%..

Les enquêtés qui payent un loyer trouve des difficultés pour faire recours à un dentiste pour des raisons financières

Tableau 31 : Distribution des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires

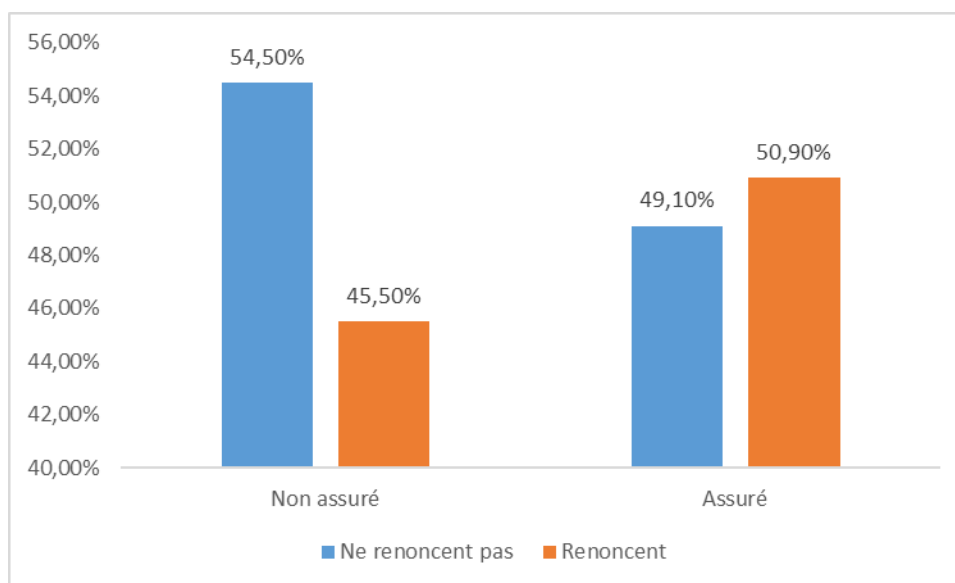
Renon Assurance	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non assuré	24	54.5	20	45.5	44	29.33
Assuré	52	49.1	54	50.9	106	70.7

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Total	76	50.7	74	49.3	150	100
-------	----	------	----	------	-----	-----

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 21 : Distribution des enquêtés selon l'assurance et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 31.

Nous remarquons que les enquêtés ayant une couverture d'assurance renoncent le plus aux soins dentaires par rapport à ceux qui n'ont pas de couverture. En effet, les enquêtés assurés ont un taux de renoncement de 50.9 %, alors que les non assurés ont un taux de 45.5 % (Cf. Tableau 31 et figure 21). Nous pouvons expliquer ce taux de renoncement par le remboursement dérisoire de la sécurité sociale. Le statut assuré n'offre pratiquement aucun avantage au terme d'accès aux soins dentaires.

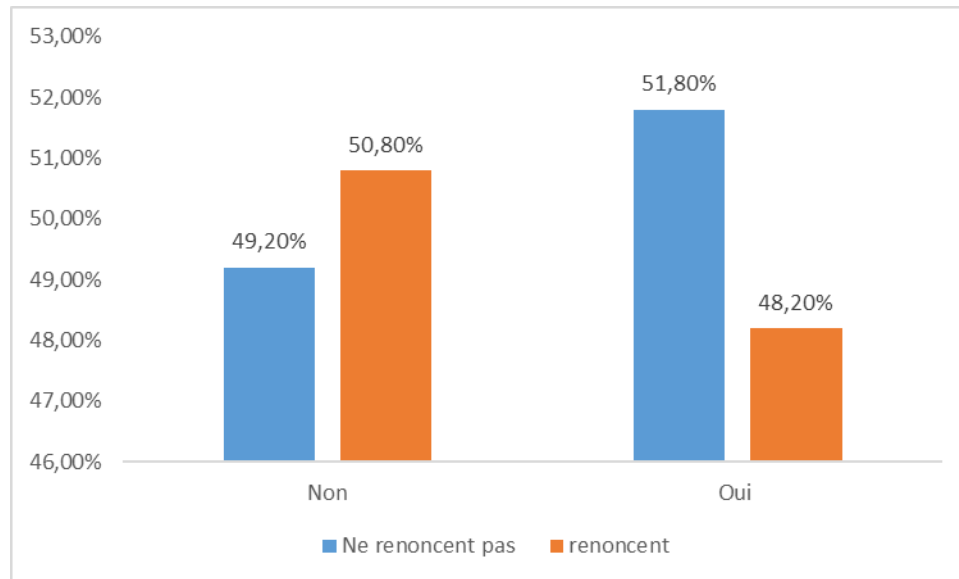
Tableau 32 : Distribution des enquêtés selon la carte CHIFA et le renoncement aux Soins dentaires

C/Chifa \ Renoncement	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	32	49.2	33	50.8	65	43.33
Oui	44	51.8	41	48.2	85	56.67
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 22 : Distribution des enquêtés selon la carte CHIFA et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 32.

De ce fait, la carte CHIFA n'a pas également une influence sur l'accès aux soins dentaires. Ainsi, le taux de renoncement des enquêtés qui n'ont pas de la carte CHIFA est plus élevé avec 50.8 %, contre 48.2 % pour ceux qui possèdent de la carte CHIFA. (Cf. Tableau 32).

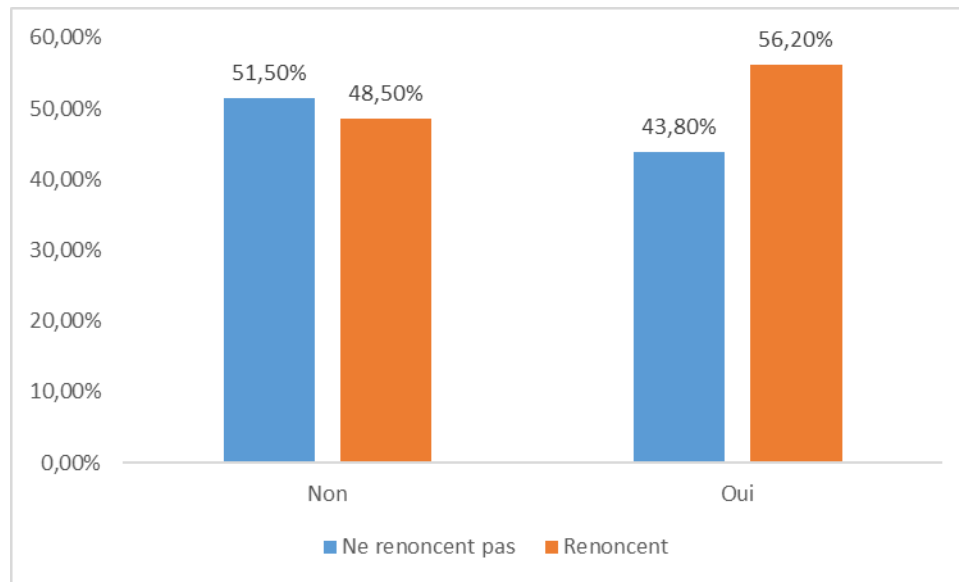
Tableau 33 : Distribution des enquêtés selon disposition d'appareil et prothèses dentaires et le renoncement aux soins dentaires

Renon Prothèse	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	69	51.5	65	48.5	134	89.33
Oui	7	43.8	9	56.2	16	10.67
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 23 : Distribution des enquêtés selon appareil et prothèse dentaire et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 33.

D'après notre enquête, nous constatons que les enquêtés qui ont d'appareil et prothèse dentaire renoncent aux soins dentaire avec un taux de 56.2 % plus que les enquêtés qui n'ont pas d'appareils et prothèses dentaires avec un taux de 48.5 %.

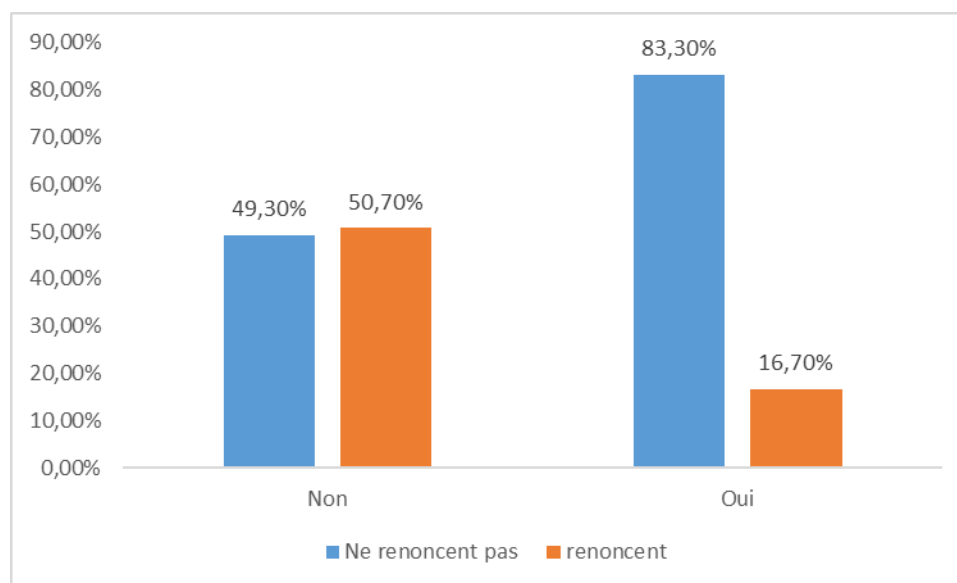
Tableau 34 : Distribution des enquêtés selon les dents intactes et le renoncement aux soins dentaires

Renoncement D/intactes	Ne renoncent pas		renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	71	49.3	73	50.7	144	96
Oui	5	83.3	1	16.7	6	4
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 24 : Distribution des enquêtés selon les dents intactes et le renoncement aux soins dentaires à refaire vérifier



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 34.

La figure 24 montre que le taux de renoncement pour les enquêtés n'ayant pas des dents intactes est trois fois plus élevé que ceux ayant des dents intacts, avec respectivement 50.7 % et 16,7%. Cela est logique car les personnes en bonne santé n'ont pas ressenti le besoin de faire recours aux dentistes.

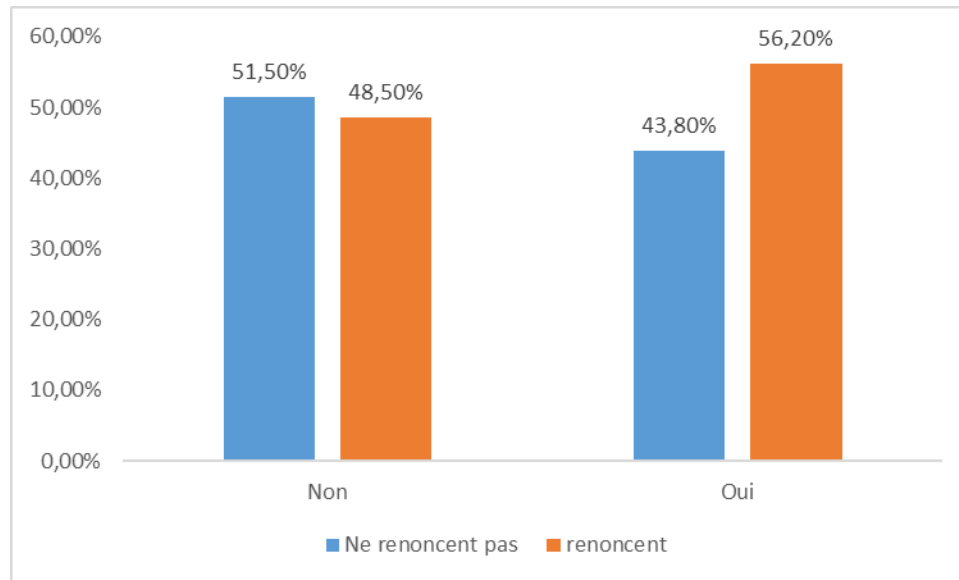
Tableau 35 : Distribution des enquêtés selon la perte des dents et le renoncement aux soins dentaires

Perte \ Renoncement	Ne renoncent pas		Renoncent		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Non	69	51.5	65	48.5	134	89.33
Oui	7	43.8	9	56.2	16	10.67
Total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 25 : Distribution des enquêtés selon la perte des dents et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 35

Nous remarquons d'après le tableau 35, que le taux de renoncement aux soins dentaires est plus important chez les enquêtés ayant perdu leurs dents avec 56.2 %, que ceux n'ayant pas perdu leurs dents avec 48.5 %. Donc, les personnes en mauvais état de santé dentaire ont besoin beaucoup plus de consulter un dentiste.

Tableau 36 : Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins dentaires

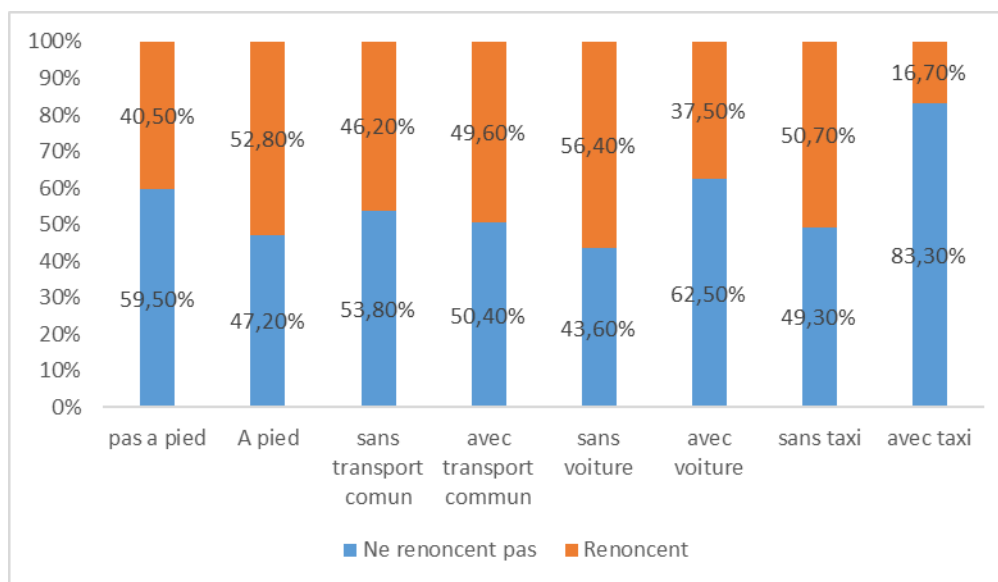
Renoncement		Ne renoncent pas		Renoncent		Total		
		Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Moyen déplacement		Non	25	59.5	17	40.5	42	28
		Oui	51	47.2	57	52.8	108	72
		Total	76	50.7	74	49.3	150	100
Transport	Non	7	53.8	6	46.2	13	8.67	

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

commun	Oui	69	50.4	68	49.6	137	91.33
	Total	76	50.7	74	49.3	150	100
Voiture	Non	41	43.6	53	56.4	94	62.67
	Oui	35	62.5	21	37.5	56	37.33
	Total	76	50.7	74	49.3	150	100
Taxi	Non	71	49.3	73	50.7	144	96
	Oui	5	83.3	1	16.7	6	4
	total	76	50.7	74	49.3	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 26 : Distribution des enquêtés selon les moyens de déplacement et le renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 36.

D'après les résultats du tableau 36, nous remarquons que les enquêtés qui déplacent à pied pour leurs soins renoncent plus que les autres enquêtés qui utilisent d'autres moyens de déplacement avec 52.8 %, suivi par le déplacement avec transports en commun avec 49.6%,

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

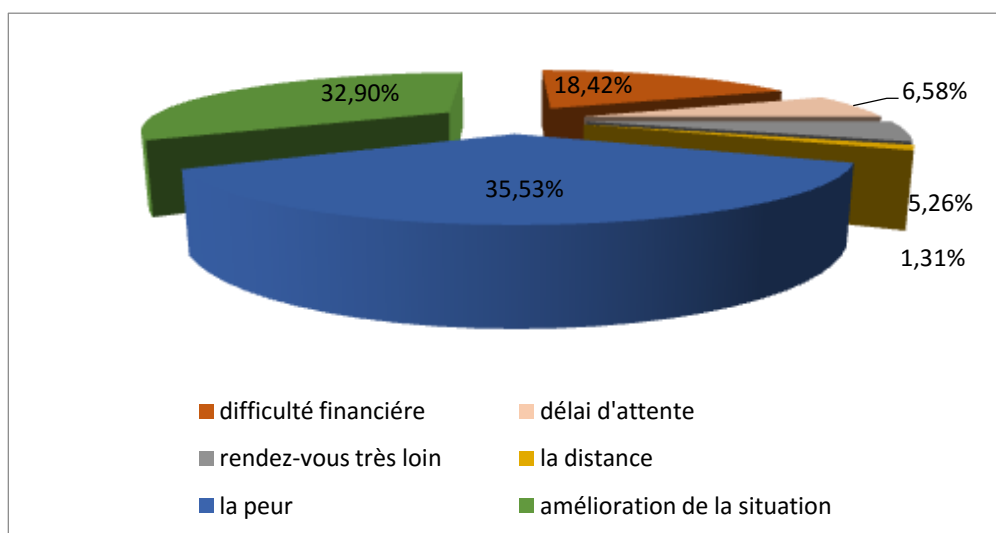
puis le déplacement avec voiture avec 37.5%, et le déplacement avec taxi avec un taux de 16.7%.

Tableau 37 : Distribution des enquêtés selon les raisons du renoncement aux soins dentaires.

Raisons	Difficulté /Financière		Délai D'attente		Rendez-vous très loin		La distance		La peur		Amélioration de la situation		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Extraction	1	3,33	1	3,33	1	3,33	0	0	15	50	12	40	30	39.47
Implant dentaire	3	50%	1	16.67	0	0	0	0	2	33,33	0	0	6	7.89
Bridge	2	66,67	0	0	33,33	25	0	0	0	0	0	0	3	3.95
Prothèse	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2.63
Soins	4	13,33	1	3,33	2	6,67	1	3,33	9	30	13	43,33	30	39.47
ODF	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3.95
Détartrage	0	0	1	50	0	0	0	0	1	50	0	0	2	2.63
Total	14	18.42	5	6.58	4	5.26	1	1.31	27	35.53	25	32.9	76	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 27 : Distribution des enquêtés selon les raisons de renoncement aux soins dentaires

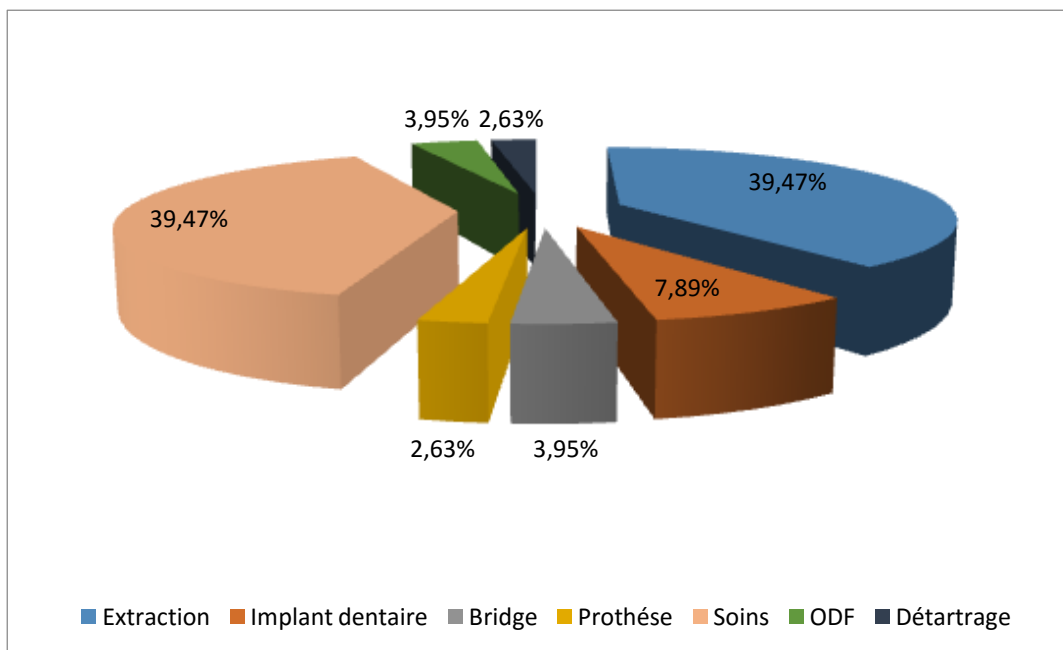


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 37.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

D'après la figure 37, nous remarquons que la première raison de renoncement aux soins dentaires c'est la peur de médecin dentiste avec 35.53%, suivi par l'amélioration de la situation d'elle-même avec 32.90% et les autres raisons sont respectivement, la difficulté financière avec 18.42%, le délai d'attente avec 6.58%, le rendez-vous très loin avec 5.26% et la distance avec un taux de 1.31%.

Figure 28 : Distribution des enquêtés selon les types de soins et de renoncement aux soins dentaires

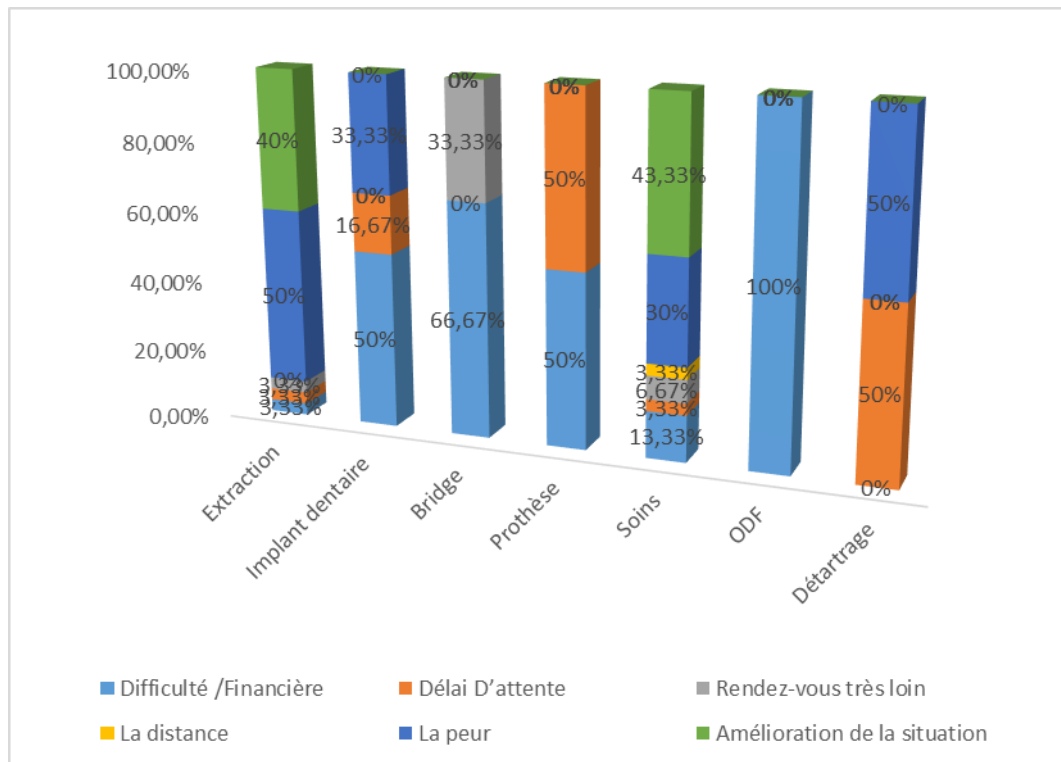


Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 37.

La figure 28 montre que les enquêtés renoncent beaucoup plus pour l'extraction et les soins dentaires avec un même pourcentage de 39.47%, par contre le taux des autres types de soins dentaires ont un faible taux de renoncement respectivement avec 7.89% pour l'implant dentaire, le Bridge et ODF avec un même taux de 3.95%, et 2.63% pour les prothèses et le détartrage.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 29 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 37.

Comme le montre le tableau 37 que le renoncement est plus élevé pour l'extraction et les soins avec 39.7% est faible ou autre types de soins.

La première raison qui empêche les enquêtés a renoncer pour l'extraction c'est la peur de dentiste suivi par l'amélioration de leur situation d'elle-même avec respectivement (50%, 40%)

Pour l'implant dentaire, le Bridge, les prothèses dentaires, l'ODF, la principale cause de renoncement revient à la difficulté financière avec respectivement (50 %, 66.67%, 50% et 100%).

Pour les soins c'est l'amélioration de leur situation d'elle-même avec 43.33% suivi par la peur de médecin dentiste avec 30%, par contre le détartrage la raison de renoncement c'est

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

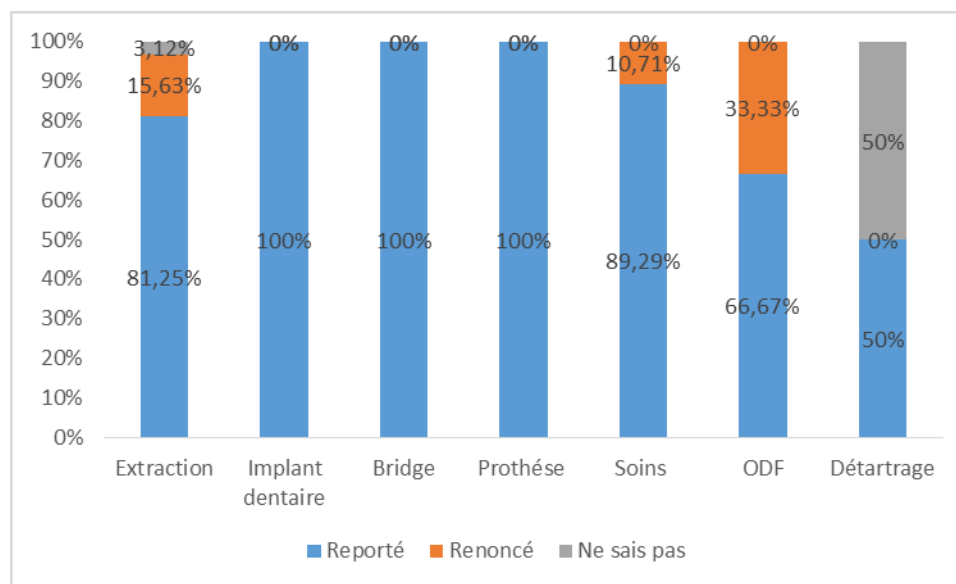
la peur de médecin dentiste et le délai d'attente avec un taux de 50% pour chaqu'un. Donc les raisons du renoncement sont différentes d'un type de soins à un autre.

Tableau 38 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires

Soins Type	Extraction		Implant dentaire		Bridge		Prothèse		Soins		ODF		Détartrage		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Reporté	26	81.25	06	100	03	100	02	100	25	89.29	02	66.67	01	50	65	85.53
Renoncé	05	15.63	00	0.00	00	0.00	00	0.00	03	10.71	01	33.33	00	0.00	09	11.84
Ne sais pas	01	3.12	00	0.00	00	0.00	00	0.00	00	0.00	00	0.00	01	50	02	2.63
Total	32	42.11	06	7.90	03	3.95	02	2.63	28	36.84	03	3.95	02	2.63	76	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

Figure 30 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 38.

La répartition des enquêtés selon le type de soins et le type du renoncement montre que les enquêtés ont reporté totalement leurs soins pour l'implant, bridge et prothèses dentaires. Pour l'extraction, soins dentaires, ODF et détartrage, les enquêtés les ont reporté avec des taux respectivement de 81,25%, 89,29%, 67% et 50%.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

2.3. Le recours aux soins dentaires

Dans cette axe nous allons essayer d'étudier la fréquentation et la consommation des soins dentaires par les enquêtés ainsi les raisons qui les poussent à choisir entre les structures privées et publiques.

Tableau 39 : Distribution des enquêtés

selon la Consultation d'un Chirurgien-dentiste.

Les enquêtés	Effectifs	%
N'ayant consulté	43	28,7
ayant consulté	107	71,3
Total	150	100,0

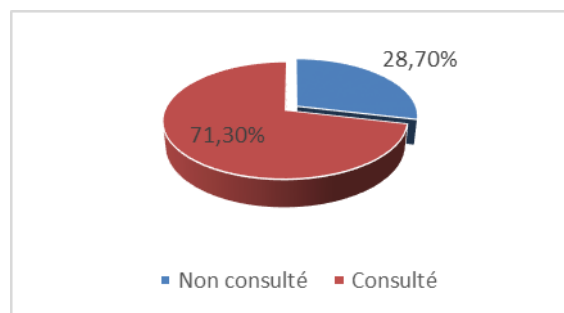
Source : Réalisé par nos soins à partir

des résultats de notre enquête

figure 31 : Distribution des

enquêtées selon le recours aux soins dentaires

(Consultation d'un chirurgien-Dentiste).



Source : Réalisé par nos soins à partir

des résultats de tableau 39.

D'après le tableau et la figure 32, 71,3 % des enquêtés ont consulté un chirurgien-dentiste alors que 28,7% n'ont pas consulté au cours des douze derniers mois.

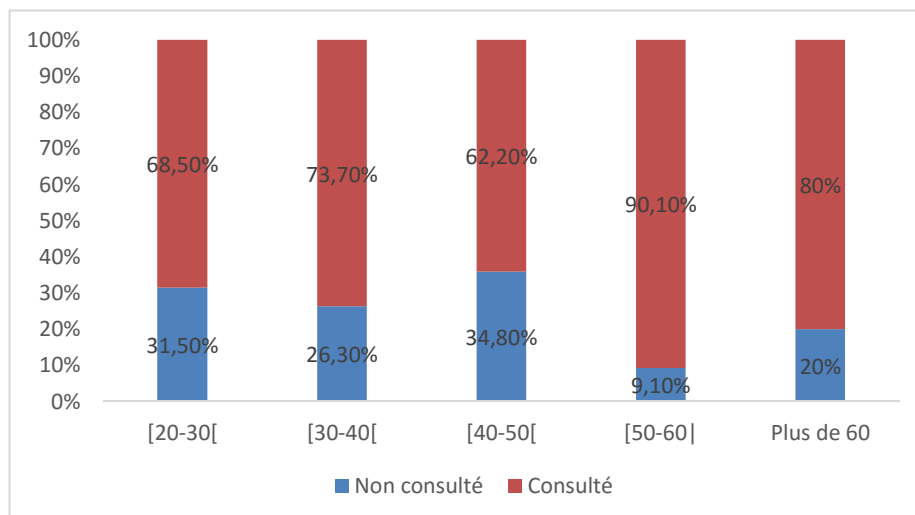
Tableau 40 : Distribution des enquêtés selon l'Age et le recours aux soins dentaires

Age \ Consultation	[20-30[		[30-40[		[40-50[		[50-60[		Plus de 60		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
N'ayant pas consulté	23	31.5	10	26.3	08	34.8	01	9.1	01	20	43	28.67
Ayant Consulté	50	68.5	28	73.7	15	65.2	10	90.9	04	80	107	71.33
Total	73	48.67	38	25.33	23	15.33	11	7.33	05	3.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 32 : Distribution des enquêtés selon l'Age et le recours aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 40.

La répartition des enquêtés ayant consulté un chirurgien-dentiste selon l'âge montre que le taux de fréquentation est plus élevé pour les tranches d'âge de [50-60[et 60 ans et plus avec respectivement 90.1% et 80%. Pour les autres tranches d'âge à savoir [20-30[, [30-40[et [40-50[, le taux de fréquentation est respectivement de 68,50%, 73,70 % et 62, 20% (Cf. Tableau 40 et figure 32).

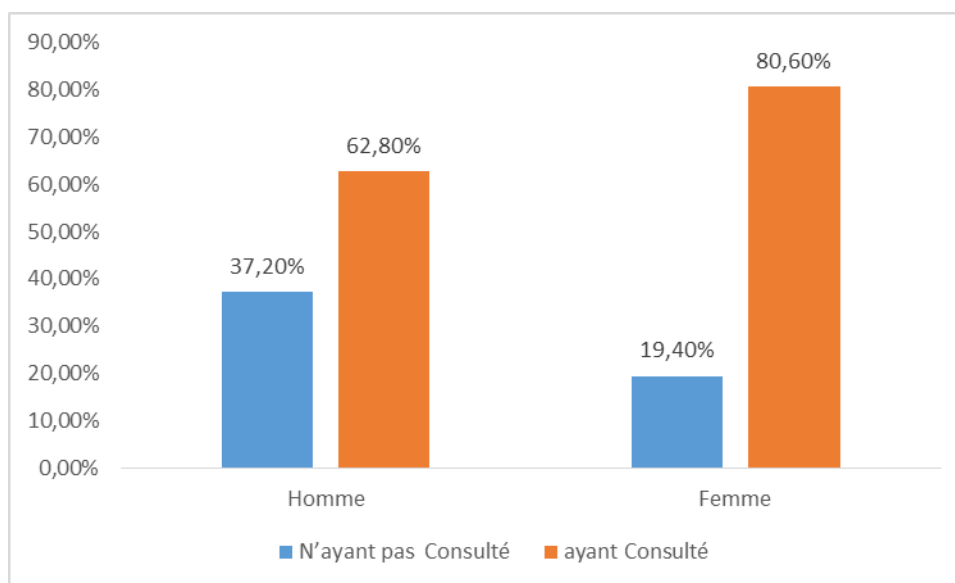
Tableau 41 : Distribution des enquêtés selon Le sexe et le recours aux soins dentaires

Sexe \ Consultation	Homme		Femme		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
N'ayant pas Consulté	29	37.2	14	19.4	43	28.67
ayant Consulté	49	62.8	58	80.6	107	71.33
Total	78	52	72	48	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 33 : Distribution des enquêtés selon sexe et le recours aux soins dentaires refaire la figure pour les hommes 62,8% ayant consulté 37,2 n'ont pas consulté



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 41.

Le recours aux soins dentaires chez le sexe féminin est très élevé avec un taux de 80.6%, alors ce taux est de 62,8% pour le sexe masculin. (Cf. tableau 41 et figure 33). Donc, les femmes font beaucoup plus attention à leur état de santé dentaire.

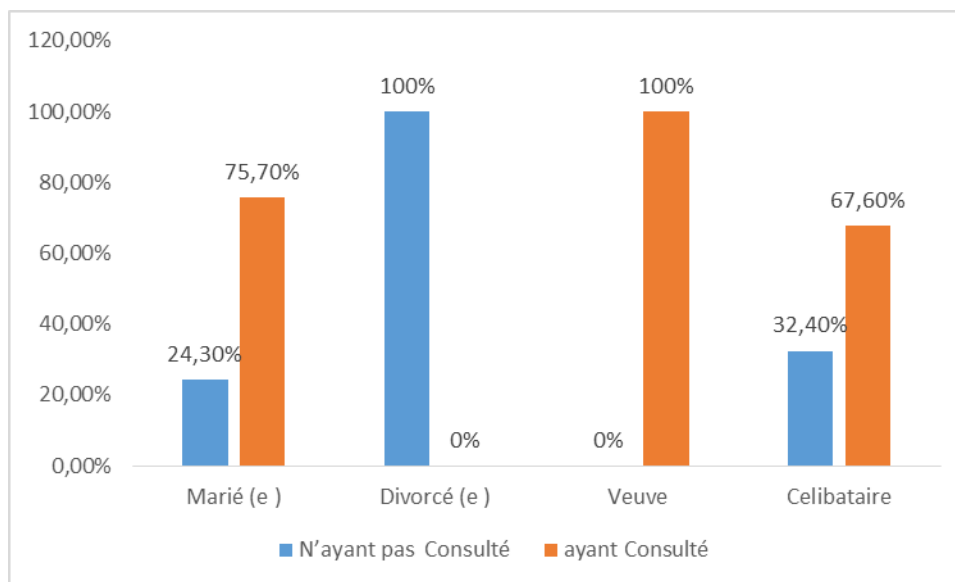
Tableau 42 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le recours aux soins dentaires

E/civil Consultation	Marié (e)		Divorcé (e)		Veuve		Célibataire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
N'ayant pas consulté	18	24.3	01	100	00	0.00	24	32.4	43	28.67
Ayant Consulté	56	75.7	00	0.00	01	100	50	67.6	107	71.33
Total	74	49.33	01	0.67	01	0.67	74	49.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 34 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le recours aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 42.

Comme le montre la figure 35 que, le recours aux soins dentaire chez les veuves et de 100%, suivi par les enquêtés marié (e) avec 75.7%, après les célibataires avec 67.6%, sauf les enquêtés divorcé ils n'ont pas fait de recours aux soins dentaire. Donc l'état civil n'influence pas sur le recours aux soins. De plus, il y a un biais dans l'échantillon, nous avons seulement un enquêté divorcé et veuve.

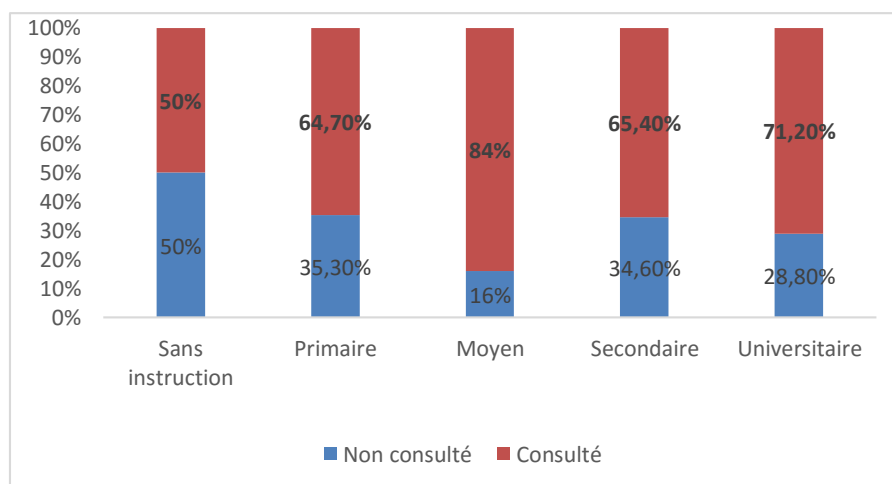
Tableau 43 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le recours aux soins dentaires

Niveau Consultation	Sans instruction		Primaire		Moyen		Secondaire		Universitaire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
N'ayant pas consulté	01	50	06	35.3	04	16	09	34.6	23	28.8	43	28.67
Ayant Consulté	01	50	11	64.7	21	84	17	65.4	57	71.2	107	71.33
Total	01	0.67	17	11.33	25	16.67	26	17.33	80	53.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 35 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le recours aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 43.

Le tableau 43 indique que, le recours aux soins dentaires est comparable pour tous les niveaux d'instruction. Ainsi, le pourcentage des enquêtés ayant consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze dernier mois est de 64,70%, 84%, 65,40%, 71,20% et 50% respectivement pour le niveau primaire, moyen, secondaire, universitaire et sans instruction. , Donc le niveau d'instruction n'est pas corrélé avec le recours aux soins dentaires.

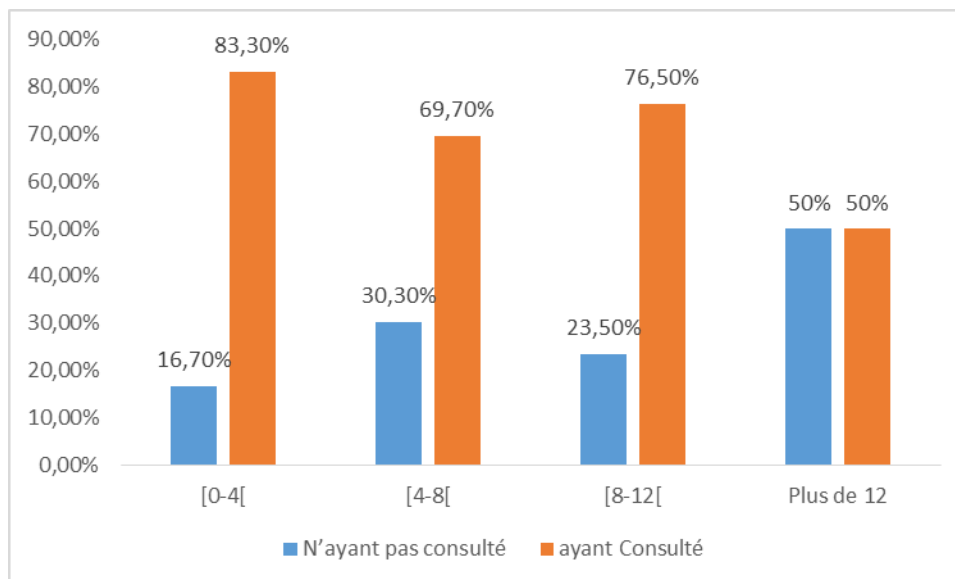
Tableau 44 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le ménage et le recours aux soins dentaires

N/personnes \ Consultation	[0-4[		[4-8[		[8-12[		Plus de 12		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
N'ayant pas consulté	03	16.7	33	30.3	04	23.5	03	50	43	28.67
ayant Consulté	15	83.3	76	69.7	13	76.5	03	50	107	71.33
Total	18	12	109	72.67	17	11.33	06	4	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 36 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes dans le ménage et le recours aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 44.

Le recours aux soins dentaire des enquêtés dont le ménage est composé de moins de quatre personnes est très élevé par rapport aux autres ménages, avec 83.3% ; suivi par la tranche [8-12[avec 76.5%, [4-8[avec 76.5% et plus de 12 personne avec 50%. (Cf. Tableau 44 et figure 36) Donc le nombre de personne dans le foyer influence plus au moins sur le recours aux soins dentaires.

Tableau 45 : Distribution des enquêtés selon revenu de l'enquêté et le recours aux soins dentaires

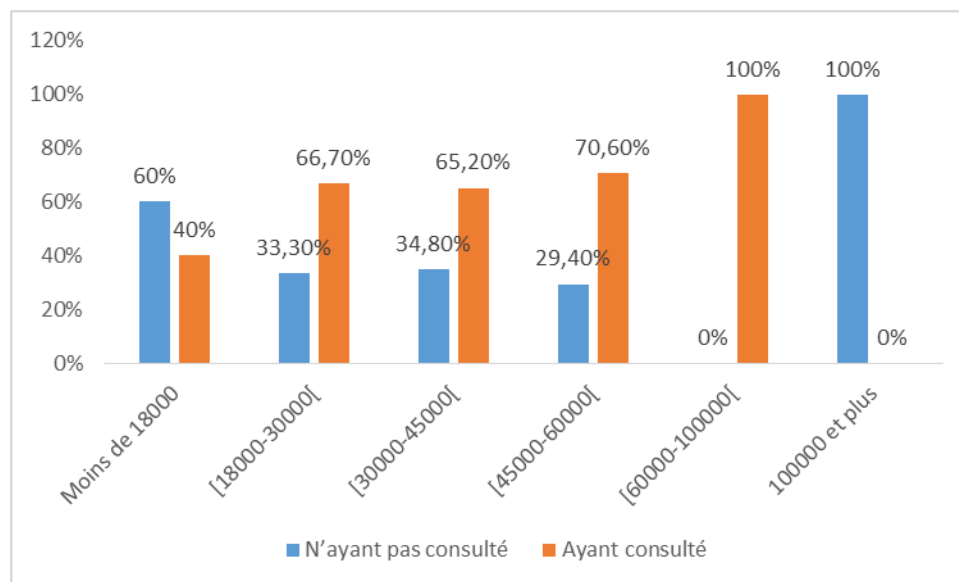
Revenu	Moins de 18000		[18000-30000[		[30000-45000[		[45000-60000[		[60000-100000[		100000 et plus		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Consultation														
N'ayant pas consulté	3	60	3	33.3	8	34.8	5	29.4	0	0	1	100	20	33.9

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Ayant consulté	2	40	6	66.7	15	65.2	12	70.6	4	100	0	0	39	66.1
Total	5	8.47	9	15.25	23	38.98	17	28.81	4	6.78	1	1.69	59	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

Figure 37 : Distribution des enquêtés selon revenu de l'enquêté et le recours aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 45.

Le taux de recours aux soins dentaires augmente avec l'augmentation de revenu des enquêtés comme le montre la figure 37 que les enquêtés qui ont un revenu moins de 18000da consultent moins le médecin dentiste avec 40%, suivi par les autres tranches respectivement, la tranche de [18000-30000[avec 66.70%, la tranche [30000-45000[avec 65.20 %, la tranche [45000-60000[avec 70.60%.

Donc le revenu influence sur le recours aux soins. De plus, il y a un biais dans l'échantillon, nous avons seulement un enquêté dans les tranches [60000-100000[et plus de 100000 DA.

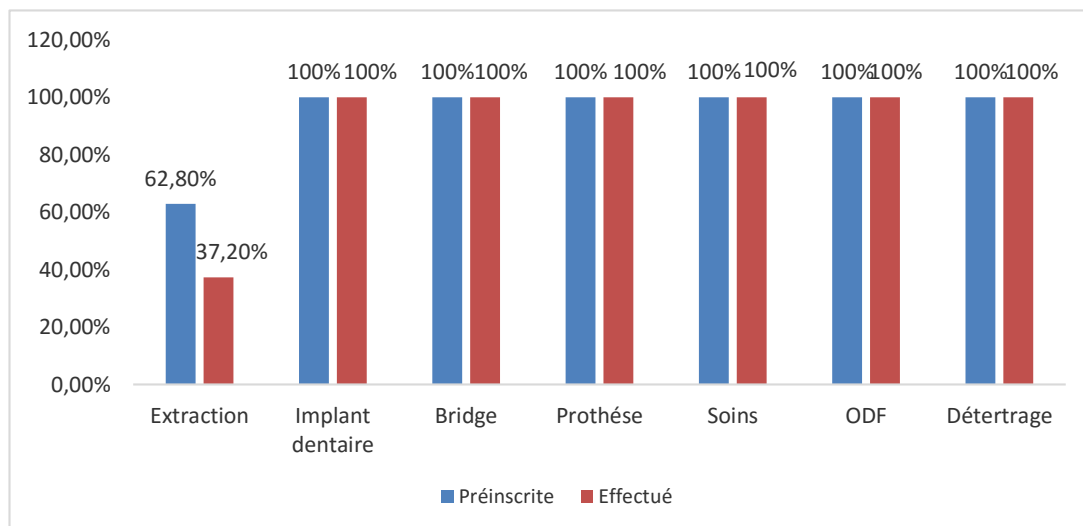
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 46 : Distribution des enquêtés selon le type de soins dentaires prescrits et le type de soins effectués

	Extraction		Implant dentaire		Bridge		prothèses		soins		ODF		Détartrage	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Préinscrit e	43	62.8	2	100	9	100	1	100	49	100	1	100	2	100
Effectué	16	37.2	2	100	9	100	1	100	49	100	1	100	2	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

Figure 38 : Distribution des enquêtés selon le type de soins prescrit et le type de soins effectué



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 46.

Nous constatons d'après le tableau 48 et la figure 38 que les soins préinscrits sont des soins effectués pour tous les types de soins dentaires sauf avec l'extraction ou il y'a 62.8% des préinscrite et 37.2% des soins effectuée.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

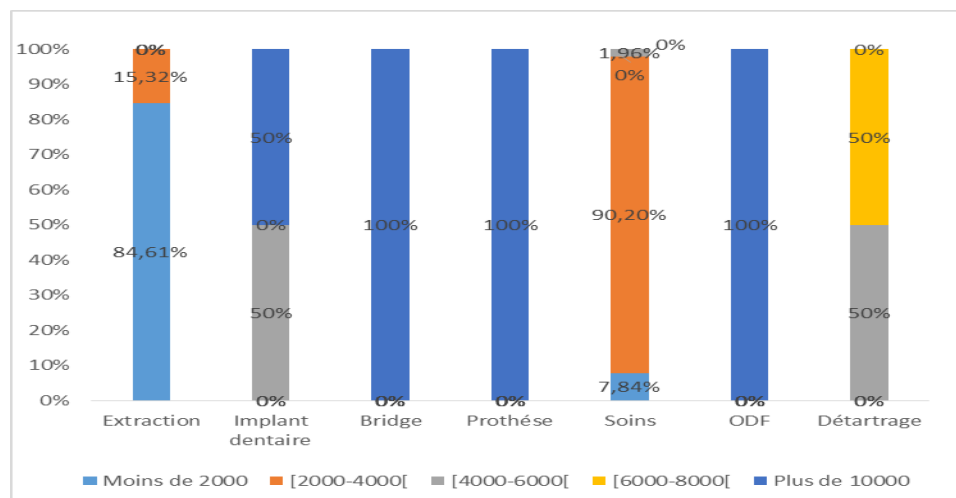
Tableau 47 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectués et le coût aux soins dentaires

	Extraction		Implant dentaire		Bridge		prothèse		soins		ODF		Détartrage		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	Eff	%
Moins de 2000	11	84.61	0	0	0	0	0	0	4	7.84	0	0	0	0	15	18.99
[2000-4000[	2	15.32	0	0	0	0	0	0	46	90.20	0	0	0	0	48	60.76
[4000-6000[	0	0	1	50	0	0	0	0	1	1.96	0	0	1	50	3	3.8
[6000-8000[	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0	0	1	50	1	1.27
Plus de 10000	0	0	1	50	9	100	1	100	0	0.00	1	100	0	0	12	15.19
Total	13	16.5	2	2.5	9	11.4	1	1.3	51	64.6	1	1.3	2	2.5	79	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

Le tableau et la figure montre la distribution des enquêtés selon le type de soins effectué et leur couts. A cet effet, nous avons pris seulement ceux qui ont fait recours aux privé car dans le public les patients payent seulement 50 DA.

Figure 39 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectués et le coût aux soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 47.

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Le tableau 49 et la figure 39 montre que le coût de chaque soins varié d'un type à un autre. Les soins les plus chères sont le Bridge, les prothèses et ODF (plus de 10000 DA) suivi par le détartrage et l'implant dentaire entre la tranche [4000-8000[, puis les soins entre [2000-4000[, et la moins chère c'est l'extraction son coût est moins de 2000 DA. Ce qui explique que les patients renoncement à l'implant, prothèses pour une grande part pour des raisons financières.

▪ **Le recours au secteur public ou privé**

D'après le tableau 50 et la figure 40, plus de 73% des enquêtés ont fait recours secteur public contre 26,85% qui ont choisi le secteur privé. Concernant les types de soins, la totalité de enquêtés ont choisi la structure privé pour leurs soins dentaires notamment l'implant, prothèses Bridge et ODF. Ainsi, le pourcentage des enquêtés qui ont fait recours au secteur public sont 58,1% et 22,72% respectivement pour l'extraction et les soins.

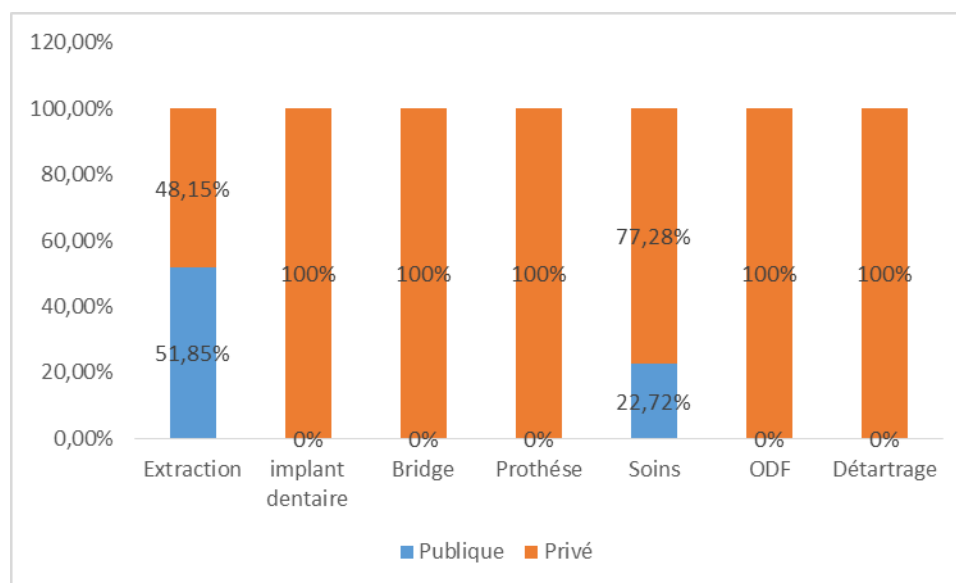
Tableau 48 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectuées et la structure de soins dentaires fréquenté

Soins Structure	Extraction		Implant dentaire		Bridge		Prothèses		Soins		ODF		Détartrage		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Publique	14	51.85	00	0.00	00	0.00	00	0	15	22.72	00	0.00	00	0.00	29	26.85
Privé	13	48.15	02	100	09	100	01	100	51	77.28	01	100	02	100	79	73.15
Total	27	25	02	1.85	09	8.33	01	0.93	66	61.1	01	0.93	02	1.85	108	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 40 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectués et la structure de soins dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 48.

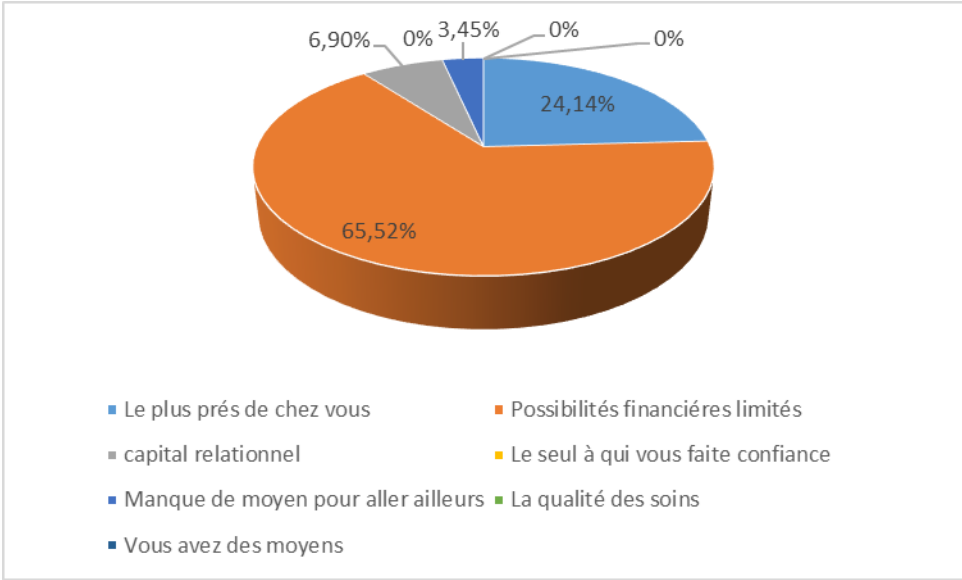
Tableau 49 : Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure de soins dentaires

	Publique		Privé		Total	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%
le plus près de chez vous	7	24.14	8	10.13	15	13.89
Possibilités financières limités	19	65.52	0	0	19	17.59
Capital relationnel	2	6.90	1	1.26	3	2.78
Le seul à qui vous faites confiance	0	0	18	22.78	18	16.67
Manque de moyen pour aller ailleurs	1	3.45	0	0	1	0.93
La qualité des soins	0	0	48	60.76	48	44.44
Vous avez des moyens	0	0	4	5.06	4	3.7
Total	29	26.9	79	73.1	108	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

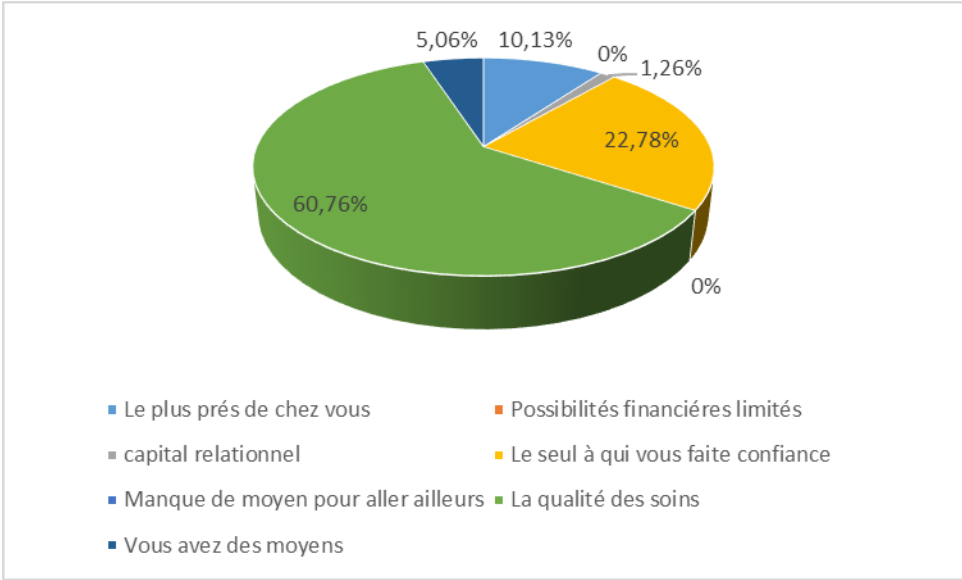
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 41 : Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure publique



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 49.

Figure 42 : Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure publique



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 49.

D'après les résultats du tableau 51 et les figures 41,42, nous constatons que la principale raison qui pousse les enquêtés à choisir la structure publique c'est la possibilité financière limités avec un taux de 65.52%, par contre la raison de choisir le structure privé c'est la qualité de soins avec 60.76%.

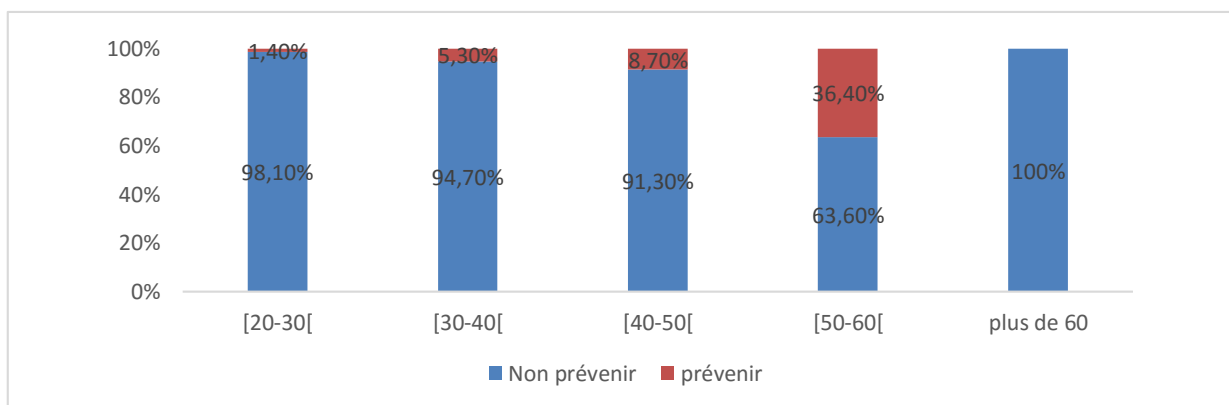
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 50 : Distribution des enquêtés selon l'âge et la prévention des soins bucco-dentaires

prévention	[20-30[		[30-40[		[40-50[		[50-60[		Plus de 60		Total	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Non	72	98.6	36	94.7	21	91.3	7	63.6	5	100	141	94
OUI	1	1.4	2	5.3	2	8.7	4	36.4	0	0	9	6
Total	73	48.67	38	25.33	23	15.33	11	7.33	5	3.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

Figure 43 : Distribution des enquêtés selon l'âge et la prévention des soins bucco-dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 50.

La figure 42 montre que la répartition des enquêtés selon le recours aux soins dentaires à titre préventif par tranche d'âge. Seulement 6% des enquêtés ont consulté un chirurgien-dentiste à titre préventif au cours des douze derniers mois. Ce taux est très minime. Donc, les personnes ne donnent pas l'importance à la prévention des soins dentaires. Ainsi, Le recours à la prévention des soins dentaires est insignifiant pour toutes les tranches d'âge à l'exception de la tranche d'âge entre 50 ans et 60 ans où le pourcentage est de 36,40%.

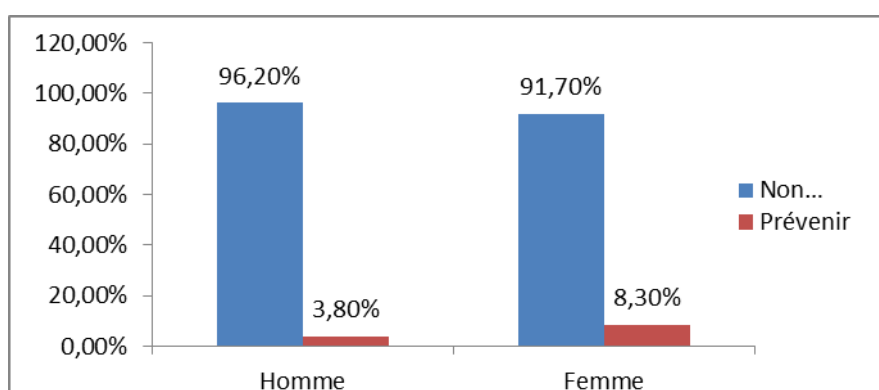
CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Tableau 51 : Distribution des enquêtés selon le sexe et la prévention des soins bucco-dentaires

Sexe prévention	Homme		Femme		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Non r	75	96.2	66	91.7	141	94
Oui	03	3.8	06	8.3	09	06
Total	78	52	72	48	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 44 : Distribution des enquêtés selon le sexe et la prévention des soins bucco-dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 51.

Les résultats du tableau 51 et la figure 43 nous indiquent que les femmes ont fait recours à la prévention des soins dentaires plus que les hommes avec respectivement 8,30% et 3,80%

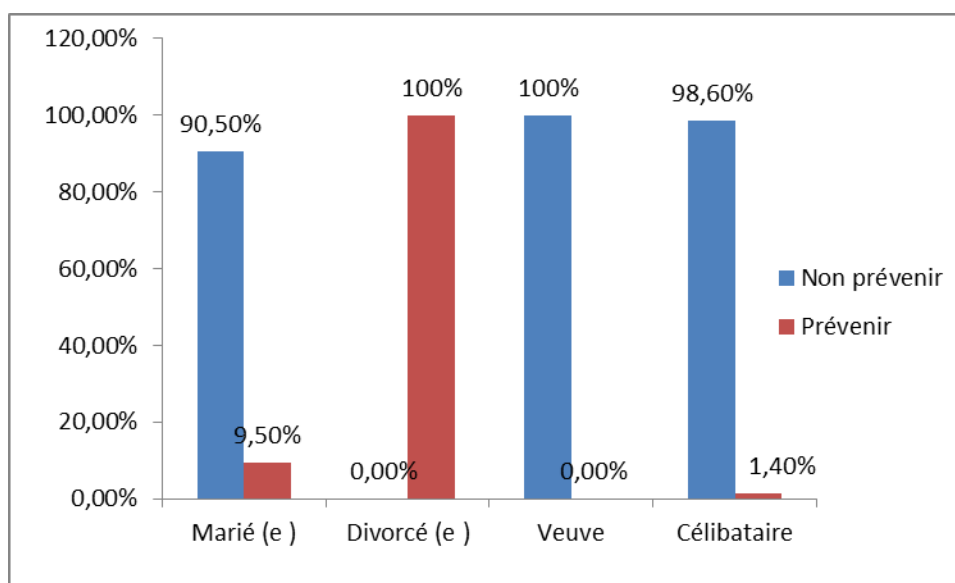
Tableau 52 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et la prévention des soins bucco-dentaires

E/civil Prévention	Marié (e)		Divorcé (e)		Veuve		Célibataire		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Non	67	90.5	0	0	01	100	73	98.6	141	94
Oui	07	9.5	01	100	00	0	01	1.4	09	6
Total	74	49.33	01	0.67	01	0.67	74	49.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 45 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et la prévention des soins bucco-dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 52.

La figure 44 nous montre que l'état civil des enquêtés n'influence pas le recours aux soins dentaire à titre préventif. Ainsi, le pourcentage des personnes célibataires et mariés ayant fait recours à la prévention est respectivement de l'ordre de 9,5% et 1,40%. Pour les enquêtés célibataires et veufs, nous n'allons pas les prendre en considération à cause d'un biais dans l'échantillon.

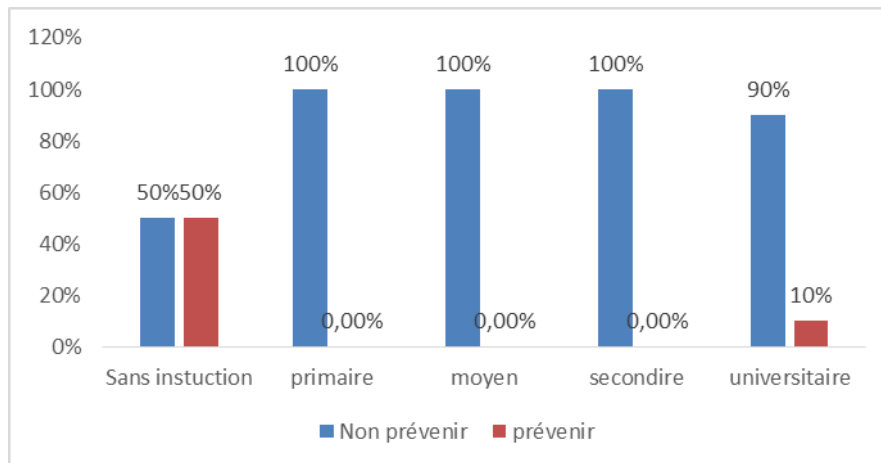
Tableau 53 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et la prévention des soins bucco-dentaires

	Sans instruction		Primaire		Moyen		Secondaire		Universitaire		Total	
	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%	EFF	%
Non	1	50	17	100	25	100	26	100	72	90	141	94
oui	1	50	0	0.00	0	0.00	0	0.00	8	10	9	6
Total	2	1.33	17	11.33	25	16.67	26	17.33	80	53.33	150	100

Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

Figure 46 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et la prévention des soins bucco-dentaires



Source : Réalisé par nos soins à partir des résultats de tableau 53.

Le tableau 53 nous montre que le niveau d'instruction n'as pas également d'influence sur la prévention des soins dentaires. Nous constatons que la moitié des enquêté sans instruction ont fait recours à, la prévention des soins dentaires, suivi par les universitaires avec un taux de 10% et les autres niveaux le taux est nul.

CONCLUSION

Notre enquête a touché les habitants de la commune de Bejaia. A cet effet, nous avons rencontré beaucoup de difficultés et de contraintes pour réaliser cette enquête. Parmi les principales difficultés y a la difficulté à l'accès à l'information. Ainsi, certains enquêtées n'ont pas rempli le questionnaire et d'autres ont carrément refusé d'y répondre. Tous ces obstacles nous ont poussés à réduire la taille de notre échantillon.

A travers l'analyse des données de notre enquête, nous avons essentiellement tiré les résultats suivants :

CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LA COMMUNE DE BEJAIA.

- 49.3 % des enquêtés ont renoncé aux soins dentaires d'où la problématique d'accessibilité aux soins dentaires.
- 18,42 % des enquêtés renoncent aux soins buccodentaires pour des raisons financières d'où l'existence des inégalités sociales d'accès soins dentaires. La sécurité sociale n'a pas éliminé les obstacles d'ordre économiques d'accès aux soins dentaires.
- Plus le revenu des enquêtées augmente, plus elles ne renoncent pas aux soins de santé bucco-dentaires avec 62.7 % contre 37.3 %, ce qui explique l'influence du revenu sur le renoncement aux soins de la santé dentaires.
- La majorité des enquêtées ayant un niveau d'instruction primaire avec 64.7 % déclarent de ne pas renoncer aux soins de santé dentaires, contrairement aux enquêtées qui ont un niveau d'instruction moyen avec 42.3 %, ce qui confirme que le niveau d'instruction n'influence pas sur le renoncement ou non aux soins de santé dentaire.
- La couverture sociale n'a pas un impact sur l'accès aux soins dentaires dont la mesure ou les soins dentaires ne sont pas remboursables ou remboursable à titre dérisoire.
- Au cours des douze derniers mois, 71.3 % de nos enquêtés ont consulté un chirurgien-dentiste alors que 28.7 % n'ont pas consulté.
- La principale raison qui pousse les enquêtés à choisir la structure publique c'est la possibilité financière limités avec un taux de 65.52%, par contre la raison de choisir le structure privé c'est la qualité de soins avec 60.76%.
- Le recours à la prévention aux soins dentaires est très faible, seulement 6 % de nos enquêtés qui ont fait le recours à la prévention aux soins dentaires. Donc les personnes ne donnent pas l'importance à la prévention des soins dentaires.

Par conséquent, nous concluons qu'il y a aujourd'hui des disparités financières d'accès aux soins bucco-dentaires dans la commune de Bejaïa.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Les inégalités sociales et spatiales représentent un problème majeur de santé publique. Ces inégalités font référence à un objectif de justice qui n'est pas atteint. L'amélioration de l'état de santé de la population nécessite des politiques fiables, ainsi qu'une bonne régulation de la démographie médicale contribuera en grande partie à atténuer ces inégalités.

Dans notre travail, nous avons essayé de déterminer l'ampleur du phénomène des inégalités d'accès aux soins de santé bucco-dentaires à travers l'analyse de la répartition de l'offre de soins et le financement de ces soins. Ainsi, nous avons pu aboutir à quelques conclusions :

La wilaya de Bejaïa ne dispose en 2017 que 313 cabinets dentistes pour une population de 972050 habitants, ce qui nous donne un ratio d'un cabinet dentiste pour 3105 habitants. Ainsi, la wilaya de Bejaïa souffre de manque de cabinets de chirurgiens-dentistes dans le territoire, la population de cette wilaya doit parcourir une distance assez importante pour accéder à un chirurgien-dentiste. De plus, elle souffre aussi de grandes files d'attente qui sont vraiment importantes.

Par ailleurs, malgré l'augmentation du nombre des dentistes dans les deux secteurs public et privé, la wilaya de Bejaïa souffre face à la mauvaise répartition des médecins dentistes. En effet, les inégalités dans la répartition de l'offre de soins de santé persistent entre les communes de Bejaïa et sont remarquables, on trouve que la commune de Bejaïa détient presque la moitié des dentistes avec un taux de 44%, alors que dans les autres communes il n'y a pas de chirurgiens-dentistes.

Concernant le financement des soins bucco-dentaires, les critères de remboursement de la sécurité sociale datent des années 1980. Ainsi, cette dernière continue à ce jour de rembourser les soins dentaires avec une marge mise en place il y a une trentaine d'années. En effet, une dent soignée aujourd'hui à 500 dinars est remboursée à hauteur de 40 dinars. Pour les implants, bridges et couronnes, aucun remboursement n'est prévu, alors que la dépense est énorme pour le patient. Par conséquent, le patient supporte presque la totalité des dépenses d'où la problématique d'accessibilité financière aux soins bucco-dentaires.

CONCLUSION GENERALE

De ce fait, nous avons réalisé une enquête qui nous a permis de se rapprocher davantage des ménages de la commune de Bejaïa pour mieux cerner les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires. Nous avons ainsi obtenu les résultats essentiels suivants :

➤ 18,42 % des enquêtés renoncent aux soins buccodentaires pour des raisons financières d'où l'existence des inégalités sociales d'accès soins dentaires. La sécurité sociale n'a pas donc éliminé les obstacles d'ordre économiques d'accès aux soins dentaires.

➤ Plus le revenu augmente, plus la proportion du renoncement aux soins bucco-dentaires ne diminue. Donc les personnes les plus favorisées financièrement renoncent moins aux soins dentaires, contrairement aux personnes les moins favorisées financièrement. le renoncement aux soins dentaires est corrélé avec la profession d'où l'existence des inégalités sociales d'accès aux soins

➤ La majorité des enquêtées ayant un niveau d'instruction primaire avec 64.7 % déclarent de ne pas renoncer aux soins de santé dentaires, contrairement aux enquêtées qui ont un niveau d'instruction moyen avec 42.3 %, ce qui confirme que le niveau d'instruction n'influence pas sur le renoncement ou non aux soins de santé dentaire.

➤ La couverture sociale n'a pas un impact sur l'accès aux soins dentaires dont la mesure ou les soins dentaires ne sont pas remboursables ou remboursable à titre dérisoire.

Le statut assuré n'offre pratiquement aucun avantage au terme d'accès aux soins dentaires.

➤ La principale raison qui pousse les enquêtés à choisir la structure publique c'est la possibilité financière limités avec un taux de 65.52%, par contre la raison de choisir le structure privé c'est la qualité de soins avec 60.76%.

➤ Le renoncement aux soins dentaires n'est pas corrélé avec le niveau d'instruction.

➤ le taux de renoncement aux soins dentaires des personnes qui payent un loyer est presque le double de ceux qui ne payent pas, avec respectivement 62.9 % et 38.8%.

➤ le taux de renoncement pour les enquêtés n'ayant pas des dents intactes est trois fois plus élevé que ceux ayant des dents intacts, avec respectivement 50.7 % et 16,7%.

CONCLUSION GENERALE

Cela est logique car les personnes en bonne santé n'ont pas ressenti le besoin de faire recours aux dentistes.

- Le recours à la prévention aux soins dentaires est très faible, seulement 6 % de nos enquêtés qui ont fait le recours à la prévention aux soins dentaires. Donc les personnes ne donnent pas l'importance à la prévention des soins dentaires.

En définitive, nous pouvons conclure que les soins dentaires ne sont pas accessibles financièrement à toute la population. Les patients éprouvent des difficultés pour accéder à ces soins.

Références

Bibliographiques

Référence bibliographiques

Ouvrage :

- ✓ Catherine D.-P, Bourgeois D, (2000). « La santé bucco-dentaire », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, les inégalités sociales de santé. Ed la découverte/INSERM,
- ✓ Lasfargues J.-J(2001), « dentisterie préventive et santé buccale : une vision et un défi pour le praticien », Editions SNPMD, PARIS
- ✓ Lombrail P., (2000) : « .Accès aux soins », in Fassin D, Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang Th, Les inégalités sociales de santé, Editions La découverte/INSERM
- ✓ Potvin L, Moquet M.-J.et Jones C. (2010) « *Réduire les inégalités sociales en santé.* » Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, édition Yves Géry

Thèses et Mémoires :

- ✓ BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), « Essai d'analyse des inégalités d'accès aux soins en Algérie : la problématique de l'accessibilité aux soins maternels. CAS DE LA WILAYA DE BEJAIA », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Université de Bejaia
- ✓ BESNIER M. (2008) : « Inégalités sociales de santé : quelles interventions pourraient réduire le gradient social de soins en médecine générale ? Analyse systématique de la littérature », Thèse de doctorat en médecine, université de PARIS DESCARTES
- ✓ BOUSSAID F, (2014), « la santé bucco-dentaire chez les patients schizophrènes », thèse de doctorat.
- ✓ CROUZEL.I, (2010), « la prise en compte de l'accessibilité spatiale dans la décision de santé publique : l'exemple de la médecine ambulatoire en auvergne et en Nord-Pas-de-Calais », Master PPASP

Référence bibliographiques

- ✓ JACQUET J, (2009), « santé bucco-dentaire : grossesse et prévention », mémoire de l'école sages-femmes de Metz, Université Henri Poincaré, Nancy I.
- ✓ Langlois P.-E, (2015) la qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale'. Mémoire infirmière, Montréal (Québec).

Rapports et Documents :

✓ Aday L. A, Andersen R.M. (1974): "A Framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol.9

✓ Aday L.-A, Andersen R.-M. (1974), "A Framework for the study of access to medical care", Health Services Research, vol.9

Bergeron A, (2015) « Analyse coûts-avantages de l'offre de services en soins buccodentaires préventifs », 'ordre des hygiénistes dentaires du Québec Penchansky

✓ BIHR A., FEFFBERKORN R. (2008), « Partie thématique : Les inégalités sociales de santé », ¿Interrogations ? Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, N°6, La santé au prisme des sciences sociales,

✓ BONNET. P, (2002), le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, dossier de DEA GEOS Université Paul Valéry Montpellier 3

✓ David B.-E..et Justine H. et Ties B. (2013), Couverture sanitaire universelle et accès universel.' OMS'. Genève, Suisse.

✓ Ecole nationale de la santé publique(ENSP) (2001), Module interprofessionnel de santé publique, « santé et territoire : réalité et utilité de l'approche géographique en santé. Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale. Rennes.

✓ HUSS.B, (2011) « l'ACCES AUX SOINS DENTAIRES DES PERSONNES DEMUNIES », Rhône France.

Référence bibliographiques

- ✓ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), (2011) « la santé de l'homme » Saint-Denis
- ✓ LEGROS.M, (2012), « Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. »
- ✓ Les définitions de l'OMS (important à lire).

- ✓ Liliane Leroy, (2008), Les déterminants de santé : quelles interprétations ? Quelles préventions ?, FPS, Bruxelles

- ✓ Lombrail P, (2010), Le rôle du système de soins dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, 20th IUHPE World Conference on Health, Promotion Geneva, Switzerland, Nantes.
- ✓ Lombrail P, (1981), « Atelier soins et prévention réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé », In Nutting et al. Medical Care
- ✓ Lombrail. P. et Pascal. J, (2005), « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », Les Tribunes de la santé

- ✓ Lurie, Health Services Research, 1997.

- ✓ Nutting et al. Medical Care, 1981

- ✓ OMS « santé bucco-dentaire », (avril 2012)

- ✓ OMS, (1978), ' Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, ALMA ATA Genève.
- ✓ Petersen P.-E. (2003), Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde.
- ✓ Picheral H. (2001), Dictionnaire raisonné de géographie de la santé.GEOS, Atelier Géographie de la santé.
- ✓ R, Thomas J.W., (1981)'The concept of access : définition and Relationship to consume Satisfaction'', Médical Care, vol.22, n°6,

Référence bibliographiques

- ✓ Renahy E.et Parizot I.et Vallée J. et Chauvin P, (2011), « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010.

- ✓ Safon.M.-O, Suhard.V,(2017), « la géographie de la santé », centre de documentation de l'irde .
- ✓ sociale-determinants.'comblent le fossé en une génération'. Commission des Déterminants sociaux de la Santé'

- ✓ Vincelet C. etAzogui L,-S. et Grémy I, (2008) « Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte », 'ORS' Ile-de-France

Sites Internet :

- ✓ <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00645136>
- ✓ <http://www.revue-interrogations.org>
- ✓ www.cairn.info.docelec.u-bordeaux.fr
- ✓ www.culture.gouv.fr
- ✓ www.irdes.fr
- ✓ www.sidiief.org
- ✓ www.who.int

ANNEXES

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE
GESTION

Sujet du mémoire :

Contribution à l'étude des inégalités d'accès aux soins dentaires en Algérie. Cas de la
commune de Bejaia.

- Cette enquête s'inscrit dans le cadre d'une **recherche universitaire**.
- L'enquête s'adresse aux ménages vivant de la wilaya de Bejaia.
- Les données recueillies contribueront à caractériser le **niveau** et les **déterminants** de l'**accessibilité des soins bucco-dentaires**.
- Les informations que vous rapporterez dans ce questionnaire seront totalement **confidentielles** et traitées de façon **anonyme** ; elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
- Nous vous prions de remplir ce questionnaire avec le plus d'**objectivité** possible, et ce afin de ne pas fausser les résultats de la recherche.

- Numéro du questionnaire :
- Commune de :
- Date de l'enquête :
- Nom de l'enquêteur :

I. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DE L'ENQUETE

1. Age :

2. Sexe :

- Féminin
- masculin

3. Etat civil :

- Marié (e)
- Divorcé (e)
- Veuve
- Célibataire

4. Avez-vous des enfants ?

- Oui Le nombre :
- Non

5. Combien de personnes vivent dans votre foyer ?personnes

6. Quel est votre lieu de résidence ?

Village :..... Commune :.....

7. Vous ou votre famille, payez-vous un loyer pour votre logement ?

- Oui
- Non

8. Dans le cas où vous êtes locataire ou si votre habitation est en cours d'acquisition, combien vous déboursez en moyenne chaque mois ? DA

9. Quel est votre niveau d'instruction ?

- Primaire
- Moyen
- Lycée
- Universitaire
- Sans instruction

9. Exercez-vous une profession ?

- Oui
- Non

10. Si non, êtes-vous :

- Chômeur
- Femme au foyer
- Retraité
- Etudiant

11. Si oui, dans quelle branche d'activité ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bâtiment et travaux publics (BTP) | <input type="checkbox"/> Industrie |
| <input type="checkbox"/> Agriculture | <input type="checkbox"/> Services |
| <input type="checkbox"/> Santé | <input type="checkbox"/> Commerce / artisanat |
| <input type="checkbox"/> Enseignement | <input type="checkbox"/> Autre : |

12. Est-ce dans le :

- Publique
- Privé

13. Etes-vous :

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chef d'entreprise (patron) | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Profession libéral | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| <input type="checkbox"/> Cadre | |

14. Type de contrat de travail :

- Contrat à durée déterminée (CDD)
- Contrat à durée indéterminée (CDI)
- Stagiaire
- Travail à temps partiel
- Contrat de pré emplois
- Autres :

15. veuillez situer la tranche de revenu auquel vous appartenez :

- Moins de 18000 DA
- 18000 DA – 30000 DA
- 30000 DA – 45000 DA
- 45000 DA – 60000 DA
- 60000 DA – 100000 DA
- 100000 DA et plus

16. Avez-vous une autre source de revenu ?

- Oui
- Non

17. avez-vous quelqu'un dans votre foyer qui exerce une activité rémunérée ?

- Oui
- Non

18. pouvez-vous indiquer le revenu global de l'ensemble de votre ménage ?

- Moins de 18000 DA
- 18000 DA – 30000 DA
- 30000 DA – 45000 DA
- 45000 DA – 60000 DA
- 60000 DA – 100000 DA
- 100000 DA et plus

19. Quelle est la distance entre votre lieu de résidence et ces structures de soins ?

La structure de soins	Distance
Cabinet de Médecin généraliste	
Cabinet de Médecin spécialiste	
Cabinet de Chirurgien-dentiste	
Salle de soins, Centre de santé, Polyclinique	
EPSP	
EPH	
CHU	

20. Quel est généralement le moyen que vous utilisez dans vos déplacements pour soigner ?

- A pied
- Transport commun
- Voiture
- Taxi
- Autres (précisez).....

II. RENONCEMENT AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES

21. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé, pour vous-même, à des soins bucco-dentaires dont vous aviez besoin ?

- Oui
- Non

22. Si oui, pour qui, pour quel type de soins et pour quelles raisons ?

Type de prestations	Pour quelles raisons ?						
	Difficultés financières	Délai D'attente	Rendez-vous trop loin	Difficulté liée à la distance	La peur de médecin dentiste	Attendre et voir si la situation s'améliore d'elle-même	Autres précisez ?
Extraction							
Implant dentaire							
Bridge							
Prothèse							
Soins							
ODF (Orthopédie dentofacial)							
Détartrage							
Autres, précisez ?							

23. avez-vous renoncé définitivement à ces soins ou l'avez-vous seulement reporté dans le temps ?

Types de soins	Renoncé	reporté	Ne sait pas encore

24. comment le problème de santé était jugé par vous ?

Types de soins	Le problème de santé était jugé comme :			
	Très grave	Assez grave	Pas du tout grave	Ne sais pas encore

III. CONSOMMATION, FREQUENTATION ET RECOURS AUX SOINS DENTAIRES

25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un chirurgien-dentiste ?

- Oui
 Non

26. Si oui, quels sont les soins prescrits par le dentiste, quels soins effectués, combien de séances, combien ça coute et quelle est la structure de soins fréquentée ?

Type de soins prescrits	Type de soins effectués	Nombre de fois que vous l'avez vu	Coût	Structure de soins	
				publique	privée

27. Si votre réponse est le publique, est ce que c'est :

- L'effet de proximité par rapport à votre résidence (le plus près de chez vous)
- Possibilités financières limitées
- Capital relationnel (vous connaissez le personnel)
- Le seul à qui vous faites confiance
- Manque de moyen pour aller ailleurs
- Autres :

28. Si votre réponse est le privé, est ce que c'est :

- L'effet de proximité par rapport à votre résidence (le plus près de chez vous)
- Le seul à qui vous faites confiance
- La qualité des soins
- Vous avez des moyens
- Autres :

29. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé chez le dentiste à titre préventif ? (c'est-à-dire sans avoir mal aux dents mais simplement pour vérifier votre état dentaire)

- Oui
- Non

IV. ASSURANCE, REMBOURSEMENT ET ETAT DE SANTE

30. Portez-vous un appareil dentaire ou une prothèse dentaire ?

- Oui
- Non

31. avez-vous toutes vos dents intactes, en bon état ?

- Oui
- Non

32. avez-vous perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

- Oui
- Non

33. bénéficiez-vous d'une assurance maladie ?

- Oui
- Non

34. Si oui, veuillez préciser le niveau et la nature de la couverture maladie ?.....

35. Dans le cas d'une couverture maladie à 100%, quelles sont les causes ?

- Maladie chroniques
- Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédés à une PI
- Titulaire d'une rente accident du travail ou maladie professionnelle
- Adulte handicapé
- Indigents
- Mutuelles
- Autres, précisez ?.....

36. avez-vous une carte CHIFA ?

- Oui
- Non

37. Si oui, la carte à puce CHIFA vous permet-elle un accès plus facile aux prestations couvertes par la sécurité sociale dans le cadre de l'assurance maladie pour les soins dentaires ?

- Oui
- Non

Nous vous remercions de votre participation à cette étude.

FERAOUNE	01	01	02	02	02	02	02	02	02	02
SEMAOUNE	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
EL-KSEUR	08	10	10	13	12	10	13	12	12	12
TOUDJA	01	01	01	01	01	-	-	-	-	-
BARBACHA	02	01	02	03	03	03	03	03	05	04
KENDIRA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KHERRATA	10	10	10	10	12	09	09	08	07	09
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DARGUINA	02	03	03	02	02	03	03	03	03	03
AIT-SMAIL	01	01	01	02	02	01	01	01	01	01
TASKARIOUT	02	02	02	02	02	01	01	01	01	01
SOUK-EL-TENINE	05	04	04	06	06	06	06	06	06	07
MELBOU	01	01	01	01	01	01	01	01	01	02
TAMRIDJT	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	190	197	204	208	209	206	212	210	219	236

Annexe 02 :

EPSP	Dénomination de la polyclinique	Daïra	Commune	Cabinet dentaire		
				Oui/Nbr. Fauteuils dentaires		
				F	N/F	T
BEJAIA	POLYCLINIQUE IHADDADEN	BEJAIA	BEJAIA	02	-	02
	POLYCLINIQUE SIDA AHMED	BEJAIA	BEJAIA	02	-	02
	POLYCLINIQUE OUED ACHELLAL	BEJAIA	BEJAIA	-	-	-
	POLYCLINIQUE OUED GHIR	BEJAIA	OUED GHIR	01	-	01
	POLYCLINIQUE TALA HAMZA	TICHY	TALA HAMZA	01	-	01
	POLYCLINIQUE TOUDJA	ELKSEUR	TOUDJA	01	-	01
	SALLE DE SOINS K25	BEJAIA	BEJAIA	01	-	01
	SALLE DE SOINS PK 17	BEJAIA	BEJAIA	01	-	01
	SALLE DE SOINS SIDI ALI LBHAR	BEJAIA	BEJAIA	01	-	01
SALLE DE SOINS IFRI	BEJAIA	BEJAIA	01	-	01	
TOTAL EPSP		-	-	11	-	11
EL KSEUR	POLYCLINIQUE EL-KSEUR	EL KSEUR	EL KSEUR	03	-	03
	POLYCLINIQUE BARBACHA	BARBACHA	BARBACHA	03	-	03
	POLYCLINIQUE FENAIA-ILMATEN	EL KSEUR	F.IL MATEN	02	-	02
	POLYCLINIQUE TIGHZERT	AMIZOUR	BENIDJELIL	01	-	01
	POLYCLINIQUE FERAOUN	AMIZOUR	FERAOUN	01	-	01
	POLYCLINIQUE SEMAOUN	AMIZOUR	SEMAOUN	01	-	01
	POLYCLINIQUE KENDIRA	BARBACHA	KENDIRA	01	-	01
	POLYCLINIQUE AMIZOUR	AMIZOUR	AMIZOUR	03	-	03
	SALLE DE SOINS BERCHICHE	EL KSEUR	EL KSEUR	01	-	01
	SALLE DE SOINS BOUBZI – TALA	EL KSEUR	F. IL MTATEN	01	-	01
	SALLE DE SOINS MERDJ OUAMENE	AMIZOUR	AMIZOUR	01	-	01
	SALLE DE SOINS KHELLIL	BARBACHA	BARBACHA	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	19	-	19
ADEKAR	POLYCLINIQUE ADEKAR	ADEKAR	ADEKAR	01	-	01
	POLYCLINIQUE KIRIA	ADEKAR	ADEKAR	01	-	01
	POLYCLINIQUE SILLAL	SIDI AICH	TIFRA	01	-	01
	POLYCLINIQUE DJBLA	ADEKAR	BENI KSILA	01	-	01
	SALLE DE SOINS TIZI AUGNI	ADEKAR	ADEKAR	01	-	01
	SALLE DE SOINS TAOURIRT	ADEKAR	TAOURIRT IGHIL	01	-	01
	SALLE DE SOINS BENI KSILA	ADEKAR	BENI KSILA	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	07	-	07
TAZMALT	POLYCLINIQUE AKBOU	AKBOU	AKBOU	02	-	02
	POLYCLINIQUE CHELLATA		CHELLATA	01	-	01
	POLYCLINIQUE TAZMALT	TAZMALT	TAZMALT	01	-	01
	POLYCLINIQUE BENI-MELIKECHE		BENI-MELIKECHE	01	-	01
	POLYCLINIQUE BOUDJELLIL		BOUDJELLIL	01	05	06
	POLYCLINIQUE IGHIL-ALI	IGHIL-ALI	IGHIL-ALI	01	-	01
	POLYCLINIQUE AIT R'ZINE		AIT R'ZINE	01	-	01
	SALLE DE SOINS BENI MANSOUR	TAZMALT	BOUDJELLIL	01	-	01
	SALLE DE SOINS IGHREM	AKBOU	IGHREM	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	10	05	15

EPSP	Dénomination de la polyclinique	Daïra	Commune	Cabinet dentaire		
				Oui/Nbr. Fauteuils dentaires		
				F	N/F	T
AOKAS	POLYCLINIQUE AOKAS	AOKAS	AOKAS	02	-	02
	POLYCLINIQUE TIZI N'BERBER	TIZI N'BERBER	TIZI N'BERBER	01	-	01
	POLYCLINIQUE TICHY	TICHY	TICHY	01	-	01
	POLYCLINIQUE SOUK EL TENINE	SOUK EL TENINE	SOUK EL TENINE	01	-	01
	POLYCLINIQUE MELBOU	MELBOU	MELBOU	01	-	01
	POLYCLINIQUE IMDANE	AOKAS	TIZI N'BERBER	01	-	01
	SALLE DE SOINS TAGUEMOUNT	TICHY	BOUKHLIFA	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	08	-	08
SEDDOUK	POLYCLINIQUE SEDDOUK	SEDDOUK	SEDDOUK	01	-	01
	POLYCLINIQUE OUZELLAGUEN	OUZELLAGUEN	OUZELLAGUEN	01	-	01
	POLYCLINIQUE BENI MAOUCHE	BENI MAOUCHE	BENI MAOUCHE	01	-	01
	POLYCLINIQUE BOUHAMZA	SEDDOUK	BOUHAMZA	01	-	01
	POLYCLINIQUE AMALOU	SEDDOUK	AMALOU	01	-	01
	POLYCLINIQUE TAMOKRA	AKBOU	TAMOKRA	01	-	01
	POLYCLINIQUE IMOULA	SEDDOUK	M' CISNA	01	-	01
	SALLE DE SOINS SIDI SAID	SEDDOUK	M' CISNA	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	08	-	08
SIDI AICH	POLYCLINIQUE SIDI AICH	SIDI-AICH	SIDI-AICH	01	-	01
	POLYCLINIQUE TINEBDAR	SIDI-AICH	TINEBDAR	01	-	01
	POLYCLINIQUE EL-FLAYE	SIDI-AICH	EL-FLAYE	01	-	01
	POLYCLINIQUE CHEMINI	CHEMINI	CHEMINI	01	-	01
	POLYCLINIQUE AKFADOU	CHEMINI	AKFADOU	01	-	01
	POLYCLINIQUE TIBANE	CHEMINI	TIBANE	01	-	01
	POLYCLINIQUE TIMEZRIT	TIMEZRIT	TIMEZRIT	01	-	01
	SALLE DE SOINS TILIOUACADI	CHEMINI	SOUK-OUFELLA	01	-	01
	SALLE DE SOINS EL-HAD	TIMEZRIT	TIMEZRIT	01	-	01
	SALLE DE SOINS IDERRAKENE	TIMEZRIT	TIMEZRIT	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	10	-	10
KHERRATA	POLYCLINIQUE KHERRATA	KHERRATA	KHERRATA	02	-	02
	POLYCLINIQUE MEROUAHA	KHERRATA	KHERRATA	01	-	01
	POLYCLINIQUE ADJIOUEN	KHERRATA	DRAA EL GAID	01	-	01
	POLYCLINIQUE BORDJ-MIRA	DARGUINA	TASKRIOUT	01	-	01
	POLYCLINIQUE TIZOUEL	DARGUINA	AIT SMAIL	01	-	01
	POLYCLINIQUE AMRIDJ	DARGUINA	DARGUINA	01	-	01
	POLYCLINIQUE TAMRICHT	S.EL TENINE	TAMRICHT	01	-	01
	SALLE DE SOINS DRA DRA	KHERRATA	D.EL GAID	01	-	01
	SALLE DE SOINS BERZAKH	KHERRATA	D.EL GAID	01	-	01
	SALLE DE SOINS SIDI BOUDJRI BOUHEROU	KHERRATA	D.EL GAID	01	-	01
TOTAL EPSP		-	-	11	-	11
TOTAL WILAYA		-	-	84	05	89

Annexe 03 : Tarif des consultations et visites effectuée par un médecin spécialiste en psychiatrie :

NATURE DE L'ACTE	LETTRE-CLE	VALEUR
Consultation de jour effectuée au cabinet en dehors des jours fériés et vendredis.	CPSY	125 DA
Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jours fériés et vendredis.	CPSY.JF	150 DA
Consultation de nuit effectuée au cabinet.	CPSY.N	150 DA
Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jours fériés et vendredis.	VPSY	175 DA
Visite de jours effectuée au domicile du malade pendant les jours fériés et vendredis.	VPSY.JF	200 DA
Visite de nuit effectuée au domicile du malade.	VPSY.N	200 DA

Annexe 04

Groupes d'ages	Masculin	Féminin	Total
0-4 Ans	36 335	34 366	70 702
5_9	33 701	31 787	65 487
10_14	42 123	40 158	82 281
15-19	52 333	50 416	102 749
20-24	61 055	57 378	118 433
25-29	55 826	51 018	106 843
30-34	44 809	41 232	86 041
35-39	36 462	34 508	70 970
40-44	30 203	29 118	59 320
45-49	24 049	22 769	46 819
50-54	20 947	19 740	40 687
55-59	18 505	17 200	35 706
60-64	10 570	11 220	21 790
65-69	9 184	10 346	19 530
70-74	7 788	9 214	17 002
75-79	6 229	7 154	13 383
80 ans et +	6 016	6 612	12 628
ND	731	946	1 677
Total	496 867	475 183	972 050

Annexe 05

Estimation de la population par sexe et calcul de la densité au 31/12/2017

COMMUNE	population au 31/12/ 2017	Masculin	Féminin	Superficie des communes (km2)	Densité de la population (Hab/Km2)
Seddouk	21900	11129	10771	54,42	402
M'cisna	8455	4270	4185	39,12	216
Amalou	9160	4683	4477	57,14	160
Bouhamza	9719	5056	4663	77,86	125
Total daïra	49234	25138	24096	228,54	215
Tazmalt	30778	15515	15263	34	905
B. Melikeche	9054	4552	4502	42,8	212
Boudjellil	12237	6204	6033	99,85	123
Total daïra	52070	26271	25798	176,65	295
Chemini	16270	8284	7987	39,04	417
Souk Oufela	9513	4960	4552	13,82	688
Tibane	5398	2724	2674	5,4	1000
Akfadou	7831	4029	3802	42,01	186
Total daïra	39012	19997	19015	100,27	389
Barbacha	17998	9120	8878	83,77	215
Kendira	5711	2870	2840	45,56	125
Total daïra	23708	11990	11718	129,33	183
Ouzellaguen	24197	12333	11864	61,4	394
Total daïra	24197	12333	11864	61,4	394
Sidi Aich	14674	7559	7116	7,7	1906
Tinebdhar	6199	3258	2941	16,61	373
Tifra	8949	4618	4331	38,84	230
Sidi Ayad	5766	3047	2719	9,06	636
El flaye	6854	3490	3364	9,48	723
Total daïra	42441	21971	20470	81,69	520
El kseur	31781	16417	15364	94,06	338
F. El Mathen	12599	6506	6093	45,21	279
Toudja	10469	5378	5091	167,13	63
Total daïra	54849	28301	26548	306,4	179
Kherrata	37360	19131	18229	97,69	382
Draa El kaid	31121	15933	15188	123,34	252
Total daïra	68481	35064	33417	221,03	310
Beni Maouche	14296	7262	7035	94,86	151
Total daïra	14296	7262	7035	94,86	151
Total Wilaya	972050	495457	476593	223,49 3	302

Annexe 6

Estimation de la population par sexe et calcul de la densité au 31/12/2017

COMMUNE	population au 31/12/2017	Masculin	Féminin	Superficie des communes (km2)	Densité de la population (Hab/Km2)
Bejaia	189596	96334	93262	120,22	1577
Oued Ghir	20611	10651	9961	46,32	442
Total daïra	210207	106984	103223	166,54	1253
Amizour	40009	20556	19453	109,36	363
Feraoun	16497	8359	8138	41,91	391
Semaoun	14513	7392	7121	33,98	424
Beni Djellil	8304	4205	4099	27,93	295
Total daïra	79323	40513	38810	213,18	370
Timezrit	27540	14382	13158	38,09	718
Total daïra	27540	14382	13158	38,09	718
Souk El tenine	14961	7740	7221	26,28	565
Melbou	12131	6113	6018	47,47	254
Tamridjet	8964	4517	4447	53,27	167
Total daïra	36056	18370	17686	127,02	282
Tichy	17625	8561	9064	56,66	309
Tala Hamza	12433	6456	5977	38,83	318
Boukhelifa	9331	4859	4472	116,38	80
Total daïra	39390	19876	19514	211,87	185
Ighil Ali	10147	5116	5031	195,37	52
Ait R'zine	15510	7866	7644	74,56	207
Total daïra	25657	12982	12675	269,93	94
Darguina	15072	7730	7342	82,53	181
Taskriout	17197	8732	8465	31,06	550
Ait SMail	12544	6416	6129	27,08	460
Total daïra	44813	22877	21936	140,67	316
Aokas	17026	8626	8400	27,87	607
Tizi N'berber	13450	6839	6612	52,76	253
Total daïra	30476	15465	15012	80,63	375
Adekar	13919	6985	6934	107,6	128
Taurirt Ighil	7085	3545	3540	71,34	99
Beni k'sila	4668	2377	2291	184,16	25
Total daïra	25672	12907	12766	363,1	70
Akbou	56753	28694	28059	52,18	1080
Chellata	10409	5277	5131	41,6	248
Tamokra	4275	2221	2055	68,4	62
Ighram	13189	6582	6607	50,11	261
Total daïra	84626	42774	41852	212,29	396

Annexe 7

Commune	Pop au 31/12/2017	Parc logement au 31/12/2016	Livraison 1 ^{er} Semestre 2017	Livraison 2 ^{eme} Semestre 2017	Total Livraison 2017	Parc logement au 31/12/2017	Logements Habités	TOL
Bejaia	189 596	49 244	119	776	895	50 139	33034	5,74
Oued Ghir	20 611	4 652	70	517	587	5 239	3452	5,97
Amizour	40 009	9 649	60	251	311	9 960	6562	6,10
Feraoun	16 497	4 930	94	106	200	5 130	3380	4,88
Semaoun	14 513	3 573	32	78	110	3 683	2427	5,98
Beni Djellil	8 304	3 339	98	122	220	3 559	2345	3,54
Timezrit	27 540	7 133	96	184	280	7 413	4884	5,64
Souk El tenine	14 961	4 727	12	83	95	4 822	3177	4,71
Melbou	12 131	3 872	15	35	50	3 922	2584	4,69
Tamridjet	8 964	2 468	17	63	80	2 548	1679	5,34
Tichy	17 625	6 343	47	25	72	6 415	4226	4,17
Tala Hamza	12 433	3 042	29	52	81	3 123	2058	6,04
Boukhelifa	9 331	3 991	49	61	110	4 101	2702	3,45
Ighil Ali	10 147	4 440	52	148	200	4 640	3057	3,32
Ait R'zine	15 510	5 063	217	263	480	5 543	3652	4,25
Darguina	15 072	4 536	66	54	120	4 656	3068	4,91
Taskriout	17 197	4 484	71	43	114	4 598	3029	5,68
Ait SMail	12 544	3 233	76	51	127	3 360	2214	5,67
Aokas	17 026	5 716	57	48	105	5 821	3835	4,44
Tizi N'berber	13 450	4 135	187	203	390	4 525	2981	4,51
Adekar	13 919	4 620	66	65	131	4 751	3130	4,45
Taourirt Ighil	7 085	2 430	22	44	66	2 496	1644	4,31
Beni k'sila	4 668	2 495	12	11	23	2 518	1659	2,81
Akbou	56 753	14 621	123	60	183	14 804	9753	5,82
Chellata	10 409	3 572	57	63	120	3 692	2432	4,28
Tamokra	4 275	2 184	27	31	58	2 242	1477	2,89
Ighram	13 189	4 704	121	159	280	4 984	3284	4,02
Seddouk	21 900	6 605	22	84	106	6 711	4421	4,95
M'cisna	8 455	2 739	51	129	180	2 919	1923	4,40
Amalou	9 160	2 752	23	62	85	2 837	1869	4,90
Bouhamza	9 719	3 933	49	102	151	4 084	2691	3,61
Tazmalt	30 778	6 916	138	149	287	7 203	4746	6,49
Beni Melikeche	9 054	2 902	58	102	160	3 062	2017	4,49
Boudjellil	12 237	3 808	81	69	150	3 958	2608	4,69
Chemini	16 270	6 322	92	108	200	6 522	4297	3,79
Souk Oufela	9 513	3 280	30	25	55	3 335	2197	4,33
Tibane	5 398	2 005	15	24	39	2 044	1347	4,01
Akfadou	7 831	3 246	34	52	86	3 332	2195	3,57
Barbacha	17 998	5 389	103	97	200	5 589	3682	4,89
Kendira	5 711	2 346	66	44	110	2 456	1618	3,53
Ouzellaguen	24 197	8 399	50	211	261	8 660	5706	4,24
Sidi Aich	14 674	4 001	4	93	97	4 098	2700	5,44
Tinebdhar	6 199	2 517	36	29	65	2 582	1701	3,64
Tifra	8 949	3 398	31	69	100	3 498	2305	3,88
Sidi Ayad	5 766	1 535	15	30	45	1 580	1041	5,54
El flaye	6 854	2 261	13	32	45	2 306	1519	4,51

El kseur	31 781	7 805	35	46	81	7 886	5196	6,12
F. El Mathen	12 599	3 615	37	43	80	3 695	2434	5,18
Toudja	10 469	4 232	95	61	156	4 388	2891	3,62
Kherrata	37 360	8 846	199	236	435	9 281	6115	6,11
Draa El Gaid	31 121	6 219	14	186	200	6 419	4229	7,36
Beni Maouche	14 296	4 899	53	77	130	5 029	3313	4,31
Total Wilaya	972 050	283 166	3 236	5 756	8 992	292 158	192 485	5,05

Etat des probables postes
au 31/05/2007

DATE	MEDICINS SPÉCIALISTES	MEDICINS GÉNÉRALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	LABORATOIRES D'ANALYSE	C.I.M
* BESAYA	06 78	42 44	51 8	03	02
- AOKAS	04 -	05 06	06 05	-	-
- TICHY	01 -	08 07	06 03	-	-
* AKROU	35 -	06 07	45 10	-	-
- BENI MANSOUR	-	03 -	01 -	-	-
- SENDOUK	-	09 -	05 -	-	-
- TAFMALI	-	08 -	05 06	-	-
- OUEZZEGHEN	05 -	05 -	04 -	-	-
- IGHILL ALI	-	05 -	02 -	-	-
* SIM - AICR	15 12	10 -	05 10	-	-
- CHEMMI	-	07 -	08 -	-	-
- TIMETAIT	-	04 -	02 -	-	-
- ADEKAR	-	04 -	02 -	-	-
* AMIROUR	02 -	15 16	07 -	-	-
- BOUT BACHA	-	05 -	02 -	-	-
- EL KSOUB	11 -	16 -	15 13	-	-
* KHERRATA	04 05	10 11	04 05	-	-
- S. E. T	03 -	08 10	05 06	-	-
- DRAGUWAY	-	07 -	07 05	-	-
TOTAL	168 166	176 181	144 149	03	02

EFFECTIFS DES PRATICIENS PRIVÉS AU 31/12/2002.

DÉPARTEMENTS	MÉDECINS SPÉCIALISTES	MÉDECINS GÉNÉRALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	LABORATOIRES D'ANNA - PATHOLOGIE	CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE	TOTAL
BEJAIA	90	38	58	02	03	191
ALGER	02	06	07	/	/	15
TICHI	01	07	04	/	/	12
ALGER	40	07	10	/	01	58
BENI-MAROUF	/	03	01	/	/	04
SEDDOUK	/	08	05	/	/	13
TINENIA	/	09	06	/	/	15
BOUZOUK	05	06	04	/	/	15
IGHLAL	/	05	02	/	/	07
SIDI-ALICH	10	12	10	/	/	32
CHEMINI	/	08	08	/	/	16
TINEZOUT	/	03	02	/	/	05
ADJERAR	/	01	02	/	/	03
AMITOUZ	03	16	09	/	/	28
BIRABADJA	/	06	02	/	/	08
EL-KHEUL	10	12	15	/	/	37
KHELOUFA	05	08	07	/	/	20
SOUL-EL-TENINE	03	07	08	/	/	18
DAJOUINA	/	07	05	/	/	12
	169	169	165	02	04	509

PERSONNEL MEDICAL ET PARA MEDICAL
DU SECTEUR PRIVE PAR COMMUNE ARRETE AU 31/12/2008

Secteurs	Commune	Médecins spécialistes	Médecins Généraliste	Chirurgiens Dentistes	Pharmaciens	Agents p. médical
BEJAIA	BEJAIA	92	34	82	54	28
	OUED-GHIR	-	01	02	03	-
	TICHY	01	05	04	02	01
	TALA HAMZA	-	01	-	02	-
	BOUKHLIFA	-	-	-	-	-
	AOKAS	02	07	04	04	03
	T.N'BERBER	-	01	02	01	-
TOTAL S.S		95	49	94	66	32
AKBOU	AKBOU	44	09	15	12	08
	IGHRAM	-	-	-	01	-
	CHELLATA	-	-	-	-	-
	TAMOKRA	-	-	-	-	-
	TAZMALT	-	07	06	07	02
	B.MELIKECHE	-	-	-	01	-
	BOUDJELLIL	-	-	-	01	-
	OUEZZELAGUEN	01	06	04	05	-
	IGHIL ALI	-	02	02	01	-
	AIT R'ZINE	-	02	02	02	-
	SEDDOUK	-	07	04	03	-
	AMALOU	-	02	-	01	-
	BOUHAMZA	-	-	-	01	-
	M'CISNA	-	-	-	-	-
	B.MAUCHE	-	-	01	01	-
TOTAL S.S		45	35	34	36	10
SIDI-AICH	SIDI-AICH	09	05	08	07	03
	LEFLAYE	-	-	-	-	-
	TINEBDAR	-	01	-	01	-
	TIFRA	-	-	-	01	-
	SIDI AYAD	-	02	-	-	-
	CHEMINI	-	01	04	02	-
	S.OUFELLA	-	01	02	02	-
	TIBANE	-	-	01	04	-
	ADEKAR	-	02	03	03	-
	BENI SILA	-	-	-	-	-
	T.IGHIL	-	-	-	-	-
	AKFADOU	-	-	-	01	-
	TIMEZRIT	-	02	02	02	-
	F.IL MATHEN	-	-	01	01	-
TOTAL S.S		09	14	21	19	03

PERSONNEL MEDICAL ET PARA MEDICAL
DU SECTEUR PRIVE PAR COMMUNE ARRETE AU 31/12/2009

Secteurs	Commune	Médecins spécialistes	Médecins Généraliste	Chirurgiens Dentistes	Agents p. médical
BEJAIA	BEJAIA	93	33	83	29
	OUED-GHIR	-	03	02	-
	TICHY	01	05	04	01
	TALA HAMZA	-	01	-	-
	BOUKHLIFA	-	-	-	-
	AOKAS	02	07	04	03
	T.N'BERBER	-	-	02	-
TOTAL S.S		96	49	95	33
AKBOU	AKBOU	45	09	14	08
	IGHRAM	-	-	-	-
	CHELLATA	-	-	-	-
	TAMOKRA	-	-	-	-
	TAZMALT	-	07	07	02
	B.MELIKECHE	-	-	-	-
	BOUDJELLIL	-	-	-	-
	OUZELLAGUEN	01	06	04	-
	IGHIL ALI	-	01	03	-
	AIT R'ZINE	-	02	02	-
	SEDDOUK	-	06	04	-
	AMALOU	-	03	01	-
	BOUHAMZA	-	01	-	-
	M'CISNA	-	-	-	-
B.MAUCHE	-	01	01	-	
TOTAL S.S		46	36	36	10
SIDI-AICH	SIDI-AICH	10	05	08	03
	LEFLAYE	-	-	-	-
	TINEBDAR	-	01	-	-
	TIFRA	-	-	-	-
	SIDI AYAD	-	02	-	-
	CHEMINI	-	02	02	-
	S.OUFELLA	-	01	02	-
	TIBANE	-	-	01	-
	ADEKAR	-	02	02	-
	BENI SILA	-	-	-	-
	T.IGHIL	-	-	-	-
	AKFADOU	-	01	02	-
	TIMEZRIT	-	02	02	-
	F.IL MATHEN	-	-	01	-
TOTAL S.S.		10	16	20	03

Annexe 12

**CABINETS MEDICAUX,DENTAIRE ET PARA-MEDICAUX DU SECTEUR PRIVE PAR
COMMUNE**

AU 31/12/2010

COMMUNE	MDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	AGENTS PARA- MEDICAUX
BEJAIA	98	30	86	32
OUED-GHIR	-	03	02	-
TICHY	01	05	04	01
TALA HAMZA	-	01	-	-
BOUKHLIFA				
AOKAS	03	07	04	04
T.N BERBER	-	-	02	-
AKBOU	46	11	16	10
IGHRAM				
CHELLATA				
TAMOKRA				
TAZMALT	-	07	11	02
B.MELIKECHE				
BOUDJELLIL				
OUZELAGUEN	01	06	03	-
IGHIL ALI	-	02	01	-
AIT R'ZINE	-	01	03	-
SEDDOUK	-	05	04	-
AMALOU	-	03	-	-
BOUHAMZA	-	01	-	-
M' CISNA				
B.MAOUCHE	-	01	01	-
SIDI AICH	10	05	08	03
LEFLEYE				
TINEBDAR	-	01	-	-
TIFRA				
SIDI AYAD	-	02	-	-
CHEMINI	-	02	02	-
S.OUFFELLA	-	01	02	-
TIBANE	-	-	01	-
ADEKAR	-	02	03	-
BENI KSILA				
TIGHIL				
AKFADOU	-	01	02	-
TIMEZRIT	-	02	02	-
F.IL MATHEN	-	-	01	-
AMIZOUR	04	07	09	1
BENI DJELLIL	-	02	-	-
FERAOUNE	-	01	02	-
SEMAIUNE	-	02	01	-
EL-KSEUR	10	10	10	03
TOUDJA	-	-	01	-
BARBACHA	-	03	02	-
KENDIRA	-	-	-	-
KHERRATA	04	08	10	01
D EL GAID				
DARGUINA	-	03	03	-
AIT SMAIL	-	02	01	-
TASKRIOUT	-	04	02	-
S.EL TENINE	03	04	04	01
MELBOU	-	03	01	-
TAMRIDJT	-	02	-	-
TOTAL WILAYA	180	150	204	58

Annexe 13

NOMBRE DE MEDECINS SPECIALISTES,GENERALISTES CHIRURGIENS DENTISTES
ET PARA MEDICAUX DU SECTEUR PRIVE PAR COMMUNE
ARRETE AU 30/11/2011

COMMUNE	MDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PESONNEL PAAMEDICAL
BEJAIA	101	32	84	33
OUED-GHIR	-	03	02	-
TICHY	02	04	04	01
TALA HAMZA	-	01	-	-
BOUKHLIFA				-
AOKAS	03	06	04	04
T.N BERBER	-	-	02	-
AKBOU	45	10	17	12
IGHRAM				-
CHELLATA				-
TAMOKRA		01		-
TAZMALT	-	07	10	02
B.MELIKECHE				-
BOUDJELLIL	-	-	01	-
OUZELAGUEN	01	06	04	-
IGHIL ALI	-	02	01	-
AIT R'ZINE	-	01	02	-
SEDDOUK	-	06	04	-
AMALOU	-	02	-	-
BOUHAMZA	-	01	-	-
M'CISNA			-	-
B.MAOUCHE	-	01	01	-
SIDI AICH	12	05	07	03
LEFLEYE				
TINEBDAR	-	01	-	-
TIFRA				
SIDI AYAD	-	02	-	-
CHEMINI	-	02	02	-
S.OUFFELLA	-	01	02	-
TIBANE	-	-	01	-
ADEKAR	-	02	03	-
BENI KSILA				-
TIGHIL				-
AKFADOU	-	01	02	-
TIMEZRIT	-	02	02	01
F.IL MATHEN	-	-	01	-
AMIZOUR	05	07	09	01
BENI DJELLIL	-	02	-	-
FERAOUNE	-	02	02	-
SEMAIUNE	-	02	01	-
EL-KSEUR	10	12	13	04
TOUDJA	-	-	01	-
BARBACHA	-	03	03	-
KENDIRA	-	-	-	-
KHERRATA	03	08	10	01
D EL GAID			-	-
DARGUINA	-	02	02	-
AIT SMAIL	-	02	02	-
TASKRIOUT	-	04	02	-
S.EL TENINE	04	04	06	01
MELBOU	-	03	01	-
TAMRIDJT	-	01	-	-
TOTAL WILAYA	186	151	208	63

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET OPULAIRE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE
DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE LA POPULATION

DE LA WILAYA DE BEJAIA

**NOMBRE DE MEDECINS SPECIALISTES, GENERALISTES, CHIRURGIENS DENTISTES
 ET PARA MEDICAUX DU SECTEUR PRIVÉ PAR COMMUNE ARRETE AU 31/12/2012**

COMMUNE	MDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PESONNEL PAAMEDICAL
BEJAIA	109	35	89	34
OUED-GHIR	-	03	02	-
TICHY	02	03	03	01
TALA HAMZA	-	01	-	-
BOUKHLIFA	-	-	-	-
AOKAS	03	06	04	04
T.N BERBER	-	-	02	-
AKBOU	51	11	16	13
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	01	-	-
TAZMALT	01	07	09	03
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELAGUEN	01	06	05	-
IGHIL ALI	-	02	01	-
AIT R'ZINE	-	-	02	-
SEDDOUK	-	05	04	-
AMALOU	-	02	-	-
BOUHAMZA	-	01	-	-
M' CISNA	-	-	-	-
B.MAUCHE	-	01	01	-
SIDI AICH	15	05	07	04
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	01	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI AYAD	-	02	-	-
CHEMINI	-	02	01	-
S.OUFFELLA	-	01	02	-
TIBANE	-	-	-	-
ADEKAR	-	02	03	-
BENI KSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	01	02	-
TIMEZRIT	-	03	02	01
F.I.L MATHEN	-	-	01	-
AMIZOUR	04	07	09	01
BENI DJELLIL	-	02	-	-
FERAOUNE	-	01	02	-
SEMAOUNE	-	02	01	-
EL-KSEUR	11	12	12	05
TOUDJA	-	-	01	-
BARBACHA	-	03	03	-
KENDIRA	-	01	-	-
KHERRATA	05	08	12	02
D EL GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	03	02	-
AIT SMAIL	-	02	02	-
TASKRIOUT	-	03	02	-
S.EL TENINE	04	04	06	02
MELBOU	-	03	01	-
TAMRIDJT	-	01	-	-
TOTAL WILAYA	206	153	209	70

Annexe 15

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	111	35	91	37
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	1	4	5	1
TALA-HAMZA	-	1	-	-
BOUKHLIFA	-	-	-	-
AOKAS	2	6	4	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	55	12	15	14
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	1	7	8	3
B.MELIKECHE	-	-	1	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	6	5	-
IGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	-	2	-
SEDDOUK	-	5	5	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M'CISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	1	1	-
SIDI-AICH	18	5	10	5
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	1	-
SOUK-OUFELLA	-	1	2	-
TIBANE	-	-	-	-
ADEKAR	-	3	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	2	1	-
TIMEZRIT	-	3	2	1
F.IL-MATEN	-	-	-	-
AMIZOUR	4	9	9	1
BENI-DJELLIL	-	1	-	-
FERAOUNE	-	1	2	-
SEMAOUNE	-	1	1	-
EL-KSEUR	12	12	10	7
TOUDJA	-	1	-	-
BARBACHA	-	2	3	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	5	8	9	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	1	1	-
TASKRIOUT	-	5	1	-
SOUK-EL-TENINE	4	4	6	2
MELBOU	-	3	1	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	214	152	206	77

Annexe 16

NOMBRE DE MEDECINS ET EQUIVATES, GENERALISTES, CHIRURGIENS DENTISTES

ET PARA-MEDICAUX PAR COMMUNE

ARRETEE AU 31/12/2014

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	124	35	95	41
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	2	4	5	1
TALA-HAMZA	-	1	-	-
BOUKHLIFA	-	-	-	-
AOKAS	2	6	4	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	57	12	16	14
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	3	6	9	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	6	7	1
IGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	-	2	-
SEDDOUK	-	5	4	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M' CISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	1	-
SIDI-AICH	21	5	10	6
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	1	-
SOUK-OUFELLA	-	1	2	-
TIBANE	-	-	-	-
ADEKAR	-	3	2	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TJGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	2	1	-
TIMEZRIT	-	3	2	1
F.I.L-MATEN	-	-	-	-
AMIZOUR	5	7	7	2
BENI-DJELLIL	-	1	-	-
FERAOUNE	-	1	2	-
SĒMAOUNE	-	2	1	-
EL-KSEUR	14	11	13	8
TOUDJA	-	0	-	-
BARBACHA	-	2	3	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	7	8	9	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	1	1	-
TASKRIOUT	-	5	1	-
SOUK-EL-TENINE	5	5	6	2
MELBOU	-	3	1	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	241	150	212	85

Annexe 17

**ET PARA-MEDICAUX PAR COMMUNE
ARRETEE AU 30/11/2015**

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	128	35	94	39
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	3	4	5	1
TALA-HAMZA	-	1	-	-
BOUKHLIFA	-	-	-	-
AOKAS	3	5	3	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	60	12	18	14
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	4	7	7	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	6	6	1
IGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	-	2	-
SEDDOUK	1	5	4	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M'CISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	1	-
SIDI-AICH	23	5	10	6
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	2	-
SOUK-OUFELLA	-	1	2	-
TIBANE	-	-	1	-
ADEKAR	-	2	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	1	-	-
TIMEZRIT	-	3	2	1
F.IL-MATEN	-	-	-	-
AMIZOUR	5	8	8	2
BENI-DJELLIL	-	1	-	-
FERAOUNE	-	1	2	-
SEMAOUNE	-	2	1	-
EL-KSEUR	16	11	12	7
TOUDJA.	-	0	-	-
BARBACHA	-	2	3	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	6	8	8	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	1	1	-
TASKRIOUT	-	5	1	-
SOUK-EL-TENINE	5	4	6	2
MELBOU	-	3	1	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	255	148	210	82

NOMBRE DE MEDECINS SPECIALISTES, GENERALISTES, CHIRURGIENS DENTISTES
ET PARA-MEDICAUX PAR COMMUNE
ARRETEE AU 02/11/2016

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	131	36	96	40
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	2	3	4	1
TALA-HAMZA	-	1	-	-
BOUKHLIFA	-	1	-	-
AOKAS	4	5	4	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	72	11	18	15
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	4	7	9	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	7	6	1
IGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	-	2	-
SEDDOUK	1	5	6	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M'CISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	2	-
SIDI-AICH	24	5	10	7
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	2	-
SOUK-OUFELLA	-	1	2	-
TIBANE	-	-	1	-
ADEKAR	-	2	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	1	-	-
TIMEZRIT	-	3	3	1
F.IL-MATEN	-	-	-	-
AMIZOUR	7	8	8	2
BENI-DJELLIL	-	1	-	-
FÉRAOÛNE	-	1	2	-
SEMAOÛNE	-	2	1	-
EL-KSEUR	17	10	12	7
TOUDJA	-	0	-	-
BARBACHA	-	2	5	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	8	8	7	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	1	1	-
TASKRIOUT	-	5	1	-
SOUK-EL-TENINE	9	5	6	2
MELBOU	-	3	1	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	270	149	219	85

**ET PARA-MEDICAUX PAR COMMUNE
ARRETEE AU 04/12/2017**

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	145	143	104	41
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	1	3	4	1
TALA-HAMZA	-	2	-	-
BOUKHLIFA	-	1	-	-
AKOKAS	7	5	4	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	67	11	18	15
GHARAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	9	7	10	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	7	7	1
GHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	1	2	-
SEDDOUK	1	5	5	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M'GISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	2	-
SIDI-AICH	25	5	13	7
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	2	-
SOUK-OUFELLA	-	1	2	-
TIBANE	-	-	1	-
ADEKAR	-	2	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	1	1	-
TIMEZRIT	-	4	3	1
F.IL-MATEN	-	-	1	-
AMIZOUR	9	8	8	2
BENI-DJELLIL	-	0	-	-
FERAOUNE	-	1	2	1
SEMAOUNE	-	2	1	-
EL-KSEUR	19	10	12	7
TOUDJA	-	0	-	-
BARBACHA	-	2	4	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	10	9	9	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	2	1	-
TASKRIOUT	-	6	1	-
SOUK-EL-TENINE	14	5	7	2
MELBOU	-	3	2	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	308	261	236	87

Annexe 20

NOMBRE DE MEDECINS SPECIALISTES, GENERALISTES, CHIRURGIEN DENTISTES
ET PARA-MEDICAUX PAR COMMUNE
ARRETEE AU 04/03/2018

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	150	142	105	41
OUED-GHIR	-	2	1	-
TYCHI	1	3	4	1
TALA-HAMZA	-	2	-	-
BOUKHLIFA	-	1	-	-
AOKAS	7	5	4	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	68	12	18	15
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	9	7	10	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OZZELLAGUEN	1	7	7	1
IGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-R'ZINE	-	1	2	-
SEDDOUK	1	5	5	-
AMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
M' CISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	2	-
SIDI-AICH	26	5	13	7
LEFLEYE	-	-	-	-
TINEBDAR	-	1	-	-
TIFRA	-	-	-	-
SIDI-AYAD	-	1	-	-
CHEMINI	-	2	2	-
SOUK-OUFELLA	-	1	3	-
TIBANE	-	-	1	-
ADEKAR	-	2	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
TIGHIL	-	-	-	-
AKFADOU	-	1	0	-
TIMEZRIT	-	4	3	1
F.IL-MATEN	-	-	1	-
AMIZOUR	9	8	8	2
BENI-DJELLIL	-	0	-	-
FERAOUNE	-	1	2	1
SEMAOUNE	-	2	1	-
EL-KSEUR	21	10	13	7
TOUDJA	-	0	-	-
BARBACHA	-	2	5	-
KENDIRA	-	1	-	-
KHERRATA	11	9	9	2
DRAA-EL-GAID	-	-	-	-
DARGUINA	-	2	3	-
AIT-SMAIL	-	2	1	-
TASKRIOUT	-	6	1	-
SOUK-EL-TENINE	14	5	7	2
MELBOU	-	3	2	-
TAMRIDJT	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	318	261	239	87

ACTIVITES STOMATOLOGIQUES

ANNEES	Nombre de fauteuil dentaire en marche	Nombre de fauteuil dentaire en panne	Nombre de consultations générales	Nombre de consultations spécialisées	Nombre de soins	Nombre d'extraction	Nombre de prothèses
ANNEE 2008	59	10	46 762	0	17 816	84 078	0
ANNEE 2009	68	02	37 974	0	22 147	74 640	0
ANNEE 2010	71	0	43 140	0	24 433	74 114	0
ANNEE 2011	72	03	46 391	0	27 674	80 832	0
ANNEE 2012	71	01	47 524	0	19 647	73 247	0
1ER SEMESTRE 2013	73	0	25 552	0	10 483	41 255	0
TOTAL	/	/	247 343	0	122 200	428 166	0

Annexe 22

ACTIVITES ETABLISSEMENTS	Nombre de fauteuil dentaire en marche	Nombre de fauteuil dentaire en panne	Nombre de consultations générales	Nombre de consultations spécialisées	Nombre de soins	Nombre d'extraction	Nombre de prothèses
EPSP BEJAJA	10	0	13495	0	8829	10643	0
EPSP AOKAS	08	0	13770	0	2335	8921	0
EPSP ADEKAR	08	0	9727	0	6496	4511	0
EPSP TAZMALT	10	0	10210	0	4845	14213	0
EPSP SEDDOUK	08	0	8075	0	3664	11591	0
EPSP EL KSEUR	09	0	9204	0	7876	14997	0
EPSP SIDI AICH	09	0	8778	0	10265	14617	0
EPSP KHERRATA	10	0	6625	0	2866	14956	0
TOTAL	72	0	79 884	0	47 176	94 449	0

Annexe 23

ETABLISSEMENT	Nombre de fauteuil dentaire en marche	Nombre de fauteuil dentaire en panne	Nombre de consultations générales	Nombre de consultations spécialisées	Nombre de soins	Nombre d'extraction	Nombre de prothèses
EPSP BEJAIA	10	0	19052	1158	7524	11099	0
EPSP AOKAS	10	0	5092	0	2800	7098	0
EPSP ADEKAR	08	0	5037	0	3503	4207	0
EPSP TAZMALT	10	0	11245	0	6112	12223	0
EPSP SEDDOUK	08	0	9258	0	4002	11534	0
EPSP EL KSEUR	09	0	8894	0	9344	14745	0
EPSP SIDI AICH	09	0	9157	0	10881	14489	0
EPSP KHERRATA	10	0	6785	0	2862	11394	0
TOTAL	73	0	74 520	1158	47 028	86 789	0

Annexe 24

ACTIVITES ETABLISSEMENTS	Nombre de fauteuil dentaire en marche	Nombre de fauteuil dentaire en panne	Nombre de consultations générales	Nombre de consultations spécialisées	Nombre de soins	Nombre d'extraction	Nombre de prothèses
EPSP BELAIA	13	0	6051	1453	7820	15541	0
EPSP AOKAS	08	0	5502	0	2080	8787	0
EPSP ADEKAR	09	0	5230	0	3350	5421	0
EPSP TAZMALT	10	0	10578	0	3937	12299	0
EPSP SEDDOUK	08	0	10975	0	3401	11963	0
EPSP EL KSEUR	09	0	13073	0	5837	19219	0
EPSP SIDI AICH	09	0	7364	0	8393	11730	0
EPSP KHERRATA	11	0	8583	0	4714	12386	0
TOTAL	77	0	67 356	1453	39 532	97 346	0

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

1. L'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé durant les années 2001/2017.....	41
2. l'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public durant les années 2008/2017.....	42
3. Répartition des chirurgiens-dentistes par secteur en 2017.....	44
4. Répartition des chirurgiens-dentistes privés au niveau de la wilaya de Bejaia par commune en 2017.....	45
5. Répartition des fauteuils dentaires au secteur public par EPSP (2013-2017).....	48
6. lettres-clés utilisées par les médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ainsi que leur valeur unitaire.....	51
7. Tarif des consultations et visites effectuées par les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux.....	53
8. Tarif des consultations et visites chez le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie.....	54
9. Tarif des consultations et visites effectuées par le chirurgien-dentiste.....	55
10. Tarif de chaque type d'extraction dentaire dans le secteur privé.....	57
11. Tarif de chaque type des soins dentaires dans le secteur privé.....	58
12. Tarif des prothèses dentaires dans le secteur privé.....	58
13. Des effectifs scolarisés cible et globale par ans entre 2007 et 2015.....	61
14. Nombre d'UDS et du personnel de santé bucco-dentaire de l'EPSP entre 2007 et 2015....	62
15. UDS Dotées de fauteuils dentaires et dates de leur mise en marche.....	63
16. Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES).....	64
17. Prévalence Carieuse (PC) et Prévalence Gingivale (PG).....	65
18. Evaluation des élèves pris en charge en SBD : « bouches saines » par AN entre 2007 et 2015.....	66
19. Profit personnel des interrogés.....	75
20. Répartition des enquêtés selon le renoncement aux soins dentaires.....	76
21. Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins dentaires.....	77
22. Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins dentaires.....	78

23. Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins dentaires.....	78
24. Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins dentaires.....	79
25. Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes et le renoncement aux soins dentaires.....	80
26. Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins dentaires.....	81
27. Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	82
28. Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins dentaires.....	83
29. Distribution des enquêtés selon le contrat du travail et le renoncement aux soins dentaires.....	84
30. Distribution des enquêtés selon le loyer de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	85
31. Distribution des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	86
32. Distribution des enquêtés selon la carte CHIFA et le renoncement aux soins dentaires.....	87
33. Distribution des enquêtés selon appareil et prothèse dentaire et le renoncement aux soins dentaires.....	88
34. Distribution des enquêtés selon les dents intactes et le renoncement aux soins dentaires.....	89
35. Distribution des enquêtés selon la perte des dents et le renoncement aux soins dentaires....	90
36. Distribution des enquêtés selon le moyen de déplacement et le renoncement aux soins dentaires.....	91
37. Distribution des enquêtés selon les raisons du renoncement aux soins dentaires.....	93
38. Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires.....	96
39. Distribution des enquêtés selon le recours aux soins dentaires (consultation d'un chirurgien-dentiste).....	97
40. Distribution des enquêtés selon l'Age et le recours aux soins dentaires.....	97
41. Distribution des enquêtés selon Le sexe et le recours aux soins dentaires.....	98
42. Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le recours aux soins dentaires.....	99

43. Distribution des enquêtés selon le niveau d’instruction et le recours aux soins dentaires.....	100
44. Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes et le recours aux soins dentaires.....	101
45. Distribution des enquêtés selon revenu de l’enquêté et le recours aux soins dentaires.....	104
46. Distribution des enquêtés selon le type de soins prescrit et le type de soins effectuée aux soins dentaires.....	105
47. Distribution des enquêtés selon le type de soins effectuées et le coût aux soins dentaires.....	106
48. Distribution des enquêtés selon le type de soins effectuées et la structure de soins dentaires.....	107
49. Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure de soins dentaires.....	108
50. Distribution des enquêtés selon l’âge et la prévention des soins bucco-dentaires.....	108
51. Distribution des enquêtés selon le sexe et la prévention des soins bucco-dentaires.....	109
52. Distribution des enquêtés selon l’Etat civil et la prévention des soins bucco-dentaires.....	109
53. Distribution des enquêtés selon le niveau d’instruction et la prévention des soins bucco-dentaires.....	110

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 01 : l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes (CD) dans le secteur privé de la wilaya de Bejaia entre 2001/2017.....	42
Figure 02 : l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes (CD) dans le secteur public de la wilaya de Bejaia entre 2001/2017.....	43
Figure 03 : la répartition du chirurgien-dentiste par secteur à Bejaia en 2017.....	44
Figure 04 : Le pourcentage des financeurs de système de soins en Algérie.....	51
Figure 05 : Total des effectifs scolarisés cible et global / an.....	61
Figure 06 : Nombre d'UDS et du personnel de santé bucco-dentaire de l'EPSP.....	62
Figure 07 : Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES).....	64
Figure 08 : Prévalence Carieuse et Prévalence Gingivale.....	66
Figure 09 : Evaluation des élèves pris en charge en SBD : « bouches saines » par AN.....	67
Figure 10 : Répartition des enquêtées selon le renoncement aux soins dentaires.....	73
Figure 11 : Distribution des enquêtés selon l'âge et le renoncement aux soins dentaires.....	74
Figure 12 : Distribution des enquêtés selon le sexe et le renoncement aux soins dentaires.....	75
Figure 13 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le renoncement aux soins dentaires.....	76
Figure 14 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le renoncement aux soins dentaires.....	77
Figure 15 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes et le renoncement aux soins dentaires.....	78
Figure 16 : Distribution des enquêtés selon la profession et le renoncement aux soins dentaires.....	79
Figure 17 : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	80
Figure 18 : Distribution des enquêtés selon le revenu global des ménages et le renoncement aux soins dentaires.....	81

Figure 19 : Distribution des enquêtés selon le contrat du travail et le renoncement aux soins dentaires.....	82
Figure 20 : Distribution des enquêtés selon le loyer de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	83
Figure 21 : Distribution des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté et le renoncement aux soins dentaires.....	84
Figure 22 : Distribution des enquêtés selon la carte CHIFA et le renoncement aux soins dentaires.....	85
Figure 23 : Distribution des enquêtés selon appareil et prothèse dentaire et le renoncement aux soins dentaires.....	86
Figure 24 : Distribution des enquêtés selon les dents intactes et le renoncement aux soins dentaires.....	87
Figure 25 : Distribution des enquêtés selon la perte des dents et le renoncement aux soins dentaires.....	88
Figure 26 : Distribution des enquêtés selon le moyen de déplacement à pied et le renoncement aux soins dentaires.....	89
Figure 27 : Distribution des enquêtés selon les raisons du renoncement aux soins dentaires.....	90
Figure 28 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires.....	91
Figure 29 : Distribution des enquêtés selon les types de soins et leurs raison de renoncement aux soins dentaires.....	92
Figure 30 : Distribution des enquêtés selon les types de renoncement aux soins dentaires....	93
Figure 31 : Distribution des enquêtés selon le recours aux soins dentaires (consultation d'un chirurgien-dentiste).....	94
Figure 32 : Distribution des enquêtés selon l'Age et le recours aux soins dentaires.....	95
Figure 33 : Distribution des enquêtés selon Le sexe et le recours aux soins dentaires.....	96
Figure 34 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et le recours aux soins dentaires.....	97
Figure 35 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et le recours aux soins dentaires.....	98
Figure 36 : Distribution des enquêtés selon le nombre de personnes et le recours aux soins dentaires.....	99

Figure 37 : Distribution des enquêtés selon le revenu de l'enquêté et le recours aux soins...	100
Figure 38 : Distribution des enquêtés selon le type de soins prescrit et le type de soins effectuée aux soins dentaires.....	101
Figure 39 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectuées et le coût aux soins dentaires.....	102
Figure 40 : Distribution des enquêtés selon le type de soins effectuées et la structure de soins dentaires.....	103
Figure 41 : Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure publique.....	104
Figure 42 : Distribution des enquêtés selon les raisons de choix de la structure privé	105
Figure 43 : Distribution des enquêtés selon l'âge et la prévention des soins bucco-dentaires.....	105
Figure 44 : Distribution des enquêtés selon le sexe et la prévention des soins bucco-dentaires.....	106
Figure 45 : Distribution des enquêtés selon l'Etat civil et la prévention des soins bucco-dentaires.....	107
Figure 46 : Distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction et la prévention des soins bucco-dentaires.....	109

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
SOMMAIRE	IV
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : ACCES AUX SOINS DE SANTE, INEGALITE DE SANTE ET SOINS DE SANTE ET SOINS BUCCO-DENTAIRES : FONDEMENTS THEORIQUES ET CADRE CONCEPTUEL	
INTRODUCTION	4
I. CADRE CONCEPTUEL D'ACCES AUX SOINS	
1. Définition de l'accès aux soins	5
2. Dimension de l'accès aux soins	6
2.1. Les dimensions de l'accès aux soins selon la définition de Picheral	6
2.1.1. La dimension Matérielle	6
2.1.2. La dimension Sociale	6
2.2. Les dimensions de l'accès aux soins selon l'OMS.....	6
2.2.1. L'accessibilité physique.....	7
2.2.2. L'accessibilité financière	7
2.2.3. L'acceptabilité	7
3. L'accessibilité selon Andersen est ces collaborateurs.....	7
3.1. Accès primaire	8
3.2. Accès secondaire.....	9
4. Les facteurs d'utilisation des services de santé.....	10
4.1. Facteurs prédisposant.....	10
4.2. Facteurs de capacité.....	10
4.3. Facteurs déclenchant.....	11
5. les inégalités d'accès aux soins.....	11
5.1. Les inégalités d'accès primaires.....	11
5.2. Les inégalités d'accès secondaire.....	13
5.2.1. Inégalités par « omission ».....	13
5.2.2. Inégalités par « construction ».....	13
II. CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUES DES INEGALITES DE SANTE	
1. les inégalités de sante.....	14

1.1. Les inégalités sociales de santé.....	14
1.1.1. Les Déterminants des inégalités sociales de santé.....	15
1.1.1.1. Les conditions de vie et de travail.....	15
1.1.1.2. Le comportement individuel	16
1.1.1.3. Accès et recours aux soins	16
1.1.1.4. La qualité de soins	17
1.1.2. Les déterminants sociaux de la santé	17
1.1.2.1. Les déterminants structurels de l'état de santé	18
1.1.2.2. Les déterminants intermédiaires	18
1.2. Le renoncement aux soins	20
1.2.1. Définition de renoncement aux soins	20
1.2.2. Les causes du renoncement aux soins	20
2. Les inégalités territoriales de santé	21
2.1. Géographie de la santé	22
2.1.1. La géographie des maladies.....	23
2.1.2. Géographie des soins.....	23
2.2. La démographie médicale.....	24
2.2.1. La densité médicale.....	24
2.2.2. La desserte médicale.....	25
III. LES SOINS BUCCO-DENTAIRES	
1. Définition de la santé bucco-dentaire.....	26
2. tendances de la santé bucco-dentaire.....	27
3. promotion de la santé bucco-dentaire.....	28
4. les différents types de traitements des soins bucco-dentaires.....	29
4.1 Les traitements curatifs.....	29
4.1.1. Détartrage et polissage.....	29
4.1.2. Traitement d'une carie et dévitalisation	30
4.1.3. Traitement des maladies de gencives	30
4.1.4. Extraction	30
4.1.5. Orthodontie	30
4.1.6. Les prothèses	31
4.2. Les traitements préventifs.....	32

4.3. Les traitements esthétiques.....	32
5. Importance des soins dentaires	33
6. les facteurs de risque.....	34
7. Prévention des maladies bucco-dentaires.....	34
8. revue de la littérature sur les inégalités d'état de sante dentaires.....	36
Conclusion	38
<i>CHAPITRE II : DE LA REPARTITION AU FINANCEMENT DES SOINS DENTAIRE</i>	
<i>DANS LA WILAYA DE BEJAIA.</i>	
Introduction	40
I. La répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la wilaya de Bejaia.....	40
1. Présentation de la wilaya de Bejaia.....	40
2. Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes.....	41
2.1. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé.....	41
2.2. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public.....	42
3. La répartition des chirurgiens-dentistes par secteur.....	43
3.1. La répartition des chirurgiens-dentistes privés par commune.....	44
3.2. La répartition des chirurgiens-dentistes publics par daïra	48
II. Le financement des soins bucco –dentaires.....	49
1. Le financement de la sante en Algérie.....	49
1.1. L'Etat	49
1.2. La sécurité sociale.....	50
1.3. Les ménages.....	50
1.4. Les mutuelles et les compagnies d'assurances privées.....	50
2. le financement des soins bucco-dentaires au niveau de la sécurité sociale.....	51
2.1. Taux de remboursement des soins bucco-dentaire au niveau de la Caisse National des Assurances Sociales (CNAS).....	51
2.2. Tarif des consultations et des visites chez les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux.....	52
2.3. Frais de soins et prothèses dentaires.....	55
3. les tarifs des soins bucco-dentaires dans le secteur privé.....	56

3.1. Le tarif d'une consultation et le tarif de chaque type d'extraction.....	56
3.2. Le tarif de Détartrage.....	57
3.3. Tarif des soins dentaires.....	57
3.4. Le tarif d'ortho-dentofaciale (ODF).....	58
3.5. Le tarif des Prothèses	58
3.6. Le tarif de l'implant dentaire	58
3.7. Le tarif de la chirurgie bucco-dentaire.....	59
III. Etat des lieux de la santé buccodentaire des enfants de la wilaya de Bejaia.....	59
1. Le milieu scolaire.....	59
2. Effectifs scolarisés cibles et globales par an.....	60
3. UDS Dotées de fauteuils dentaires et dates de leur mise en marche.....	62
4. Evaluation par an des activités en santé bucco-dentaire.....	63
4.1. Taux de dépistage (D) et d'éducation sanitaire (ES).....	63
4.2. Prévalence Carieuse et Prévalence Gingivale	64
4.3. Evaluation de la prise en charge (taux de suivi sur FD)	66
5. Les besoins et les perspectives des unités de dépistages de santé scolaire de la wilaya de Bejaia.....	68
5.1. Les besoins des UDS.....	68
5.2. Infrastructures et équipements	69
5.3. Les perspectives des UDS.....	69
Conclusion	70
 CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE SUR L'ACCESSIBILITE AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DANS A COMMUNE DE BEJAIA	
Introduction	71
1. Présentation de l'enquête.....	71
1.1. L'objectif de l'enquête	71
1.2. L'échantillon et la méthode de l'enquête.....	72

1.3. Le déroulement de l'enquête.....	72
1.4. Dépouillement	74
1.5. Les difficultés rencontrées.....	74

II. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales de l'échantillon.....	75
2. Présentation et analyse des résultats.....	76
2.1. Le renoncement aux soins dentaires selon la structure sociale.....	76
2.2. Le renoncement aux soins dentaires selon la structure financière.....	81
2.3. Le recours aux soins dentaires.....	97
Conclusion	111
CONCLUSION GENERALE	112
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	115
LISTE DES ANNEXES	118
LISTE DES TABLEAUX	153
LISTE DES FIGURES	156
TABLE DES MATIERES	160

Résumé

L'accès de tous à des soins de qualité constitue l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Il traduit la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé.

La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines ; elle fait partie intégrante de l'état de santé générale et est essentielle au bien-être. La relation entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé générale a été établie scientifiquement.

A cet effet, l'objet de notre travail est d'analyser les inégalités d'accès aux soins dentaires dans la commune de Bejaia. De ce fait, nous avons réalisé une enquête qui nous a permis de se rapprocher davantage de la population. Nous avons ainsi obtenu les résultats essentiels suivants:

- Malgré l'augmentation du nombre des dentistes dans les deux secteurs public et privé, la wilaya de Bejaia souffre face à la mauvaise répartition des chirurgiens dentistes.
- Les soins dentaires sont remboursables à titre dérisoire par la sécurité sociale.
- Il ya des inégalités sociales d'accès aux soins buccodentaires.

Mots clé : accès aux soins, inégalités sociales, renoncement aux soins, soins dentaires, Algérie, Bejaia.

ملخص

يعد الوصول إلى الرعاية الجيدة أحد الأهداف الرئيسية لسياسات الصحة العامة. ويعكس القدرة المادية للوصول إلى الموارد و الخدمات الصحية.

الصحة الفموية ليست مجرد مرادفة للأسنان السليمة. وهو جزء لا يتجزأ من الصحة العامة وهو ضروري للرفاهية. تم تأسيس العلاقة بين صحة الفم و الحالة الصحية العامة بطريقة علمية.

ولتحقيق هذه الغاية، فإن الغرض من عملنا هو تحليل عدم المساواة في الوصول إلى رعاية الأسنان في بلدية بجاية، ونتيجة لذلك، أجرينا مسحاً ساعداً على الاقتراب من السكان. وهكذا حصلنا على النتائج الأساسية التالية:

- على الرغم من الزيادة في عدد أطباء الأسنان في كل من القطاعين العام والخاص، فإن ولاية بجاية تعاني من التوزيع السيئ لأطباء الأسنان.

- العناية بالأسنان قابلة للسداد عن طريق الضمان الاجتماعي.

- هناك عدم المساواة الاجتماعية في الحصول على العناية بالفم .

كلمات الرئيسية: الحصول على الرعاية، عدم المساواة الاجتماعية، التخلي عن الرعاية، العناية بالأسنان، الجزائر، بجاية.