

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA



Faculté 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

L'INTITULE DU MEMOIRE

ESSAI L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE EN ALGERIE :UNE APPROCHE
PAR ENQUETE MENAGE DANS LA WILAYA DE BEJAIA

Préparé par :

- M^{elle} MESSALI LILA

Dirigé par :

Dr : MESSAILI MOUSSA
Maitre-assistant FSECSG
Université de Bejaia

Jury :

Président : Mr. MIMOUNE

Examineur : Mr. AGGOUNE

Rapporteur : Dr. MESSAIL MOUSSA

Année universitaire :
2019/2020

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier dieu le tout puissant, de nous avoir donnée le courage, la patience et la volonté a fin d'aboutir à ce travail.

Avant tout, nous tenons à remercier chaleureusement notre encadreur Mr : MESSAILI MOUSSA. A qui nous devons tous le respect de la reconnaissance, grâce à sa patience, sa présence, ces sacrifices, ces précieux conseils, et ses remarques et son aide durant toute la période du travail.

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

Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'université Abderrahmane Mira, notamment la faculté des sciences économique, commerciales et des sciences de gestion.

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

Merci.

DEDICACE

Je voudrais tout d'abord remercier Allah

De nous avoir accordé la patience et le courage pour finir les cinq ans et accomplir notre mémoire de fin d'étude, tout ce travail est une réconciliation de dieu.

A mon père

Aujourd'hui je te dédie cette réussite tu as toujours su comment me trier vers le haut, tu m'as appris avoir confiance en moi et tu m'as toujours encouragé à aller au delà de mes capacité.

A ma mère

A la prunelle de mes yeux ma petit maman chérie, toi qui m'as donné la vie, toi qui est toujours là pour moi, a me prêter une oreille attentive, je ne serai pas sans toi.

Qui m'as encouragé durant toutes mes études, et qui est sans elle ma réussite n'aurait pas eu lieu.

A mes sœurs

Rima et son mari Yassine et Rozina et son mari Hussam.

A mes frères

Abd el Kader, Idir et Oussama.

A mes nièces

Elina et Amayas.

A Tous ma grande famille, surtout à ma chère tante Firouz et son marie Samir, et mon chère

Bilal

A Tous les enseignants du mon cursus éducatif.

A Tous mes collègues de promotion 2020.

A Mes amies, Inass, Hana, Lydia, Massoud, chahra, Sarah.

Je dédie ce travail.

LISTE DES ABRIVIATIONS

Liste des abréviations

OMS : organisation mondiale de la santé

CMU : couverture maladie universelle

CD : chirurgien-dentiste

DSP : Direction de la santé et de la population

EPH : Etablissement public hospitalière

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

D : dépistage

SBD : santé bucco-dentaire

SOMMAIRE

Sommaire

Plan	page
Remerciements	I
Dédicace	II
Liste des abréviations	III
INTRODUCTION GENERALE	1

CHAPITRE I :

DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO- DENTAIRE: FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE

Introduction	4
I. les soins bucco dentaires.....	5
II. fondements théoriques des inégalités de sante.....	14
III. L'évaluation économique de la santé.....	16
Conclusion	40

CHAPITRE II:

Analyse de l'offre de soins bucco-dentaire dans wilaya de Bejaia : répartition et financement

Introduction	41
I. le financement des soins bucco –dentaires.....	41
II. la répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la wilaya de Bejaia ...	52
Conclusion	60

CHAPITRE III :

ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Introduction	61
I. PRESENTATION DE L'ENQUETE.....	61
II. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS.....	63
Conclusion.....	93

CONCLUSION GENERALE	95
Références bibliographie.....	
Annexes.....	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Table de matières	

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Etre en bonne santé est le souci de toute personne. L'OMS, dans sa construction 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 participent que de 10 à 20% dans la détermination de l'état de santé de la population¹

D'après l'étude sur la charge mondiale de morbidité 2016, la moitié de la population mondiale (3,58 milliards) souffrait d'affections bucco-dentaires, la plus souvent constatée étant la carie des dents définitives².

Les affections bucco-dentaires sont les maladies non transmissibles (MNT) les plus courantes et touchent des personnes de tous âges, causant gêne, douleurs, déformations et parfois la mort. Les facteurs de risque comportementaux sont les mêmes pour les affections bucco-dentaires que pour d'autres grandes MNT, par exemple une mauvaise alimentation riche en sucres libres, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool³.

Les traitements dentaires coûtent cher et représentent en moyenne 5% des dépenses de santé totales et 20% des dépenses de santé à la charge des patients dans la plupart des pays à haut revenu⁴.

Les besoins en matière de soins bucco-dentaires dépassent les capacités du système de santé dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire⁵.

Aujourd'hui le financement du système national de santé représente un véritable enjeu.

L'Etat, a accompli des efforts considérables depuis l'indépendance. Mais, malgré tout cela des insuffisances relatives à la satisfaction des usages qui participent de plus en plus au financement et professionnels de santé, se manifestent, ce qui traduit l'absence d'un système pertinent porté sur les principes de la fonction de contrôle de gestion de techniques économiques.

En Algérie principalement dans la wilaya de Bejaia les soins dentaires sont les actes médicaux parmi les plus chers, les moindres soins commencent à 1000 DA, bien sûr, la sécurité sociale ne rembourse qu'un prix dérisoire.

¹LILIANE .L, (2008), les déterminants de santé : quelle interprétation ? Quelles préventions ? FPS, Bruxelles, P4.

²OMS 2016 système de santé.

³Ibid.

⁴L'OMS

⁵BOUSSAID, F, (2014), « la santé bucco-dentaire chez les patients schizophrènes ».P1.

Certain patients renoncent à une consultation chez un chirurgien-dentiste ou dans un établissement hospitalier pour des raisons financières et/ou d'éloignements géographiques 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.

Problématique

L'objet de ce présent travail est de faire une étude exploratoire sur l'économie des soins dentaire en prenant comme cas d'étude la wilaya de Bejaia. Plus concrètement, nous essayerons de répondre à la question suivante :

Quelles sont les principales caractéristiques du secteur de soins bucco-dentaire dans wilaya de Bejaia ?

Plus précisément, on essaiera de répondre aux questions suivantes :

- Quel est la tendance d'évolution et la configuration de la répartition de l'offre (public et privé) de soins dentaires ?
- Y-a-il une adéquation entre la tarification des actes de soins dentaire dans le secteur privé et leurs taux de remboursement par la sécurité sociale ?
- Les individus composant les ménages adoptent-ils des comportements favorables en termes de soins de prévention bucco-dentaire ?
- A combien s'élève les dépenses de soins dentaires des ménages ?

De ces questions, nous poserons trois hypothèses qui vont guider notre recherche :

- H1 : au regard de la politique de la formation active menée par l'État algériens, notamment depuis la réforme de 1973, la tendance de l'évolution des praticiens dentiste, notamment privé, devrait être haussière. Toutefois, leur répartition sur le territoire de la wilaya devrait être inégale eu égard que les chirurgiens-dentistes ont tendance à choisir de s'installer dans les grandes communes urbaines et s'agglomérer aux tours des structures de soins.
- H2 : les taux de remboursement de la sécurité sociale des actes dentaire sont très en deçà des tarifications des actes de soins dentaires pratiqué par les chirurgiens

dentaires, étant donné que les tarifs de la nomenclature des actes médicaux, y compris dentaires, n'ont pas été mis à jour de 1987.

- H3 : Les dépenses préventives et curatif de soins dentaires des ménages devrait être considérable et représenter une part importante du budget des ménage. Ceci, devrait être accentué par la quasi-absence de remboursement et, apriori, la faiblesse de l'offre soins dentaire public.

Méthodologie de travail

Ainsi, nous étudierons à travers les deux versants du marché des soins dentaires : l'offre et la demande. Du côté de l'offre, nous nous attèlerons à l'analyse de l'évolution et la répartition des chirurgiens-dentistes. De plus, nous analyserons aussi la tarification pratiquée par les praticiens dentistes au regard du régime de prise en charge financière pratiqué par la sécurité sociale algérienne. Ainsi, deux aspects essentiels du marché des soins dentaire seront étudiés : l'accessibilité et l'accès aux soins. Du côté de la demande, nous étudierons, d'une part, l'état de santé dentaire et le comportement préventif des ménages, et d'autre part, nous allons essayer de faire une estimation des dépenses (préventives et curatives) de soins dentaires des ménages.

Pour mener à bien notre travail, nous avons procéder en trois étapes. D'abord, une recherche documentaire basée sur la consultation des mémoires, thèses, revues, documents, article ainsi que des sites internet, etc... Ensuite, nous allons procéder à une collecte de données au niveau de direction de la santé et de la population de Bejaïa (DSP). Enfin, nous entreprendrons la conception d'un questionnaire, avant d'entamer une enquête de terrain auprès d'un échantillon de résidents de la commune de Bejaïa.

Notre travail est organisé en trois chapitres :

- Dans le premier chapitre, on présentera d'abord les fondements théoriques et revue de littérature empirique de l'économie des soins de santé bucco-dentaires. On tentera aussi dans ce chapitre de présenter l'évaluation économique en santé et la revue littérature empirique sur la problématique d'évalué les dépenses en soins dentaires.
- Dans un deuxième chapitre, on tentera d'analyser la répartition et le financement de l'offre de soins dentaires dans la wilaya de Bejaia.
- Le troisième chapitre est consacré à l'interprétation et analyses des résultats de notre enquête de terrain relative de l'économie des soins dentaires.

**CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ
BUCCO-DENTAIRE : FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE
DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE**

Introduction

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 buccodentaires, lesquelles, à leur tour, représentent un facteur de risque pour un certain nombre d'affections générales¹

La santé dentaire est mal prise en compte dans notre société . D'abord, parce qu'historiquement, elle est sous-estimée dans l'état de santé général, à la fois par les populations, mais également par les institutions, voire même les professionnels de santé. La profession de chirurgien-dentiste a d'ailleurs longtemps été moins bien considérée que celle de médecin, en particulier dans le cursus universitaire. De plus, les soins dentaires et prothétiques sont mal pris en charge par l'Assurance Maladie qui n'en a pas fait une priorité sanitaire comme peuvent l'être les consultations et soins médicaux. De ce fait, le reste à charge des patients reste important et ne facilite pas l'accès aux soins dentaires. Enfin, la consultation dentaire reste souvent synonyme de douleur qui n'encourage pas le patient à fréquenter spontanément un cabinet dentaire.²

Les maladies générales influencent l'état buccal et, inversement, le mauvais état buccal aggrave l'état de santé générale.³ Cette mise au point développe les relations entre l'état bucco-dentaire et la santé générale.

Dans ce chapitre, nous allons présenter d'abord, généralité sur les soins bucco dentaires ensuite, les différents concepts liés aux inégalités de santé. Enfin nous allons faire un aperçu général sur l'évaluation économique en santé.

¹Petersen P.-E. (2003), Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, P10.

² Rapport sur la maladie bucco-dentaire dans le monde.

³ GAYAS. D, DESFONTAINES. J. la santé dentaire en pays basque le chirurgien-dentiste de France -N 987 du 1^{er} juin 2000

I. Les soins bucco dentaires

La santé bucco-dentaire est essentielle pour l'état général et la qualité de vie. Elle se caractérise par l'absence de la douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathies (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de morde, mâcher, sourire et de parler d'une personne, et donc son bien être psychosocial⁴

1. Définition de la santé bucco-dentaire :

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé buccodentaire comme l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles⁵.

Selon la Fédération dentaire internationale (FDI), le concept de santé buccodentaire comporte de multiples facettes, dont la capacité à parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, déglutir et exprimer des émotions par les expressions du visage avec confiance, sans douleur et sans gêne, ainsi que les maladies du complexe craniofacial⁶.

2. Promotion de la santé bucco-dentaire

La promotion de la santé est le processus par lequel les individus et les professionnels de soins sont activement engagés afin d'assurer que chacun ait accès aux informations et aux outils de santé nécessaires et de favoriser un environnement propice à ce que les individus et les communautés acquièrent le contrôle de leur santé. Tel que défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁷ il implique la création d'initiatives autonomisantes, participatives, complètes, équitables, durables et à stratégies multiples⁸

⁴ OMS (1978) les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaire, LAMA ATA Genève

⁵ Petersen PE, Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle – l'approche du Programme OMS de santé

⁶ OMS : 2010, système de santé.

⁷ Ibid.

⁸ OMS Enquête sur la santé bucco-dentaire. Méthodes fondamentales 4ème édition, OMS Genève ,1998.P8.

Les maladies bucco-dentaires et les maladies chroniques systémiques partagent de nombreux facteurs de risque. L'intégration de la prévention des maladies bucco-dentaires à la promotion de la santé générale et à l'éducation en matière de prévention des maladies chroniques doit donc être considérée comme une stratégie de communication principale.⁹ Les écoles sont un lieu où il est utile de promouvoir en même temps la santé bucco-dentaire et la santé générale. Elles permettent de faire passer un message à des enfants d'âges et de situations socio-économiques divers. Par ailleurs, l'avis des professionnels de la santé est primordial afin d'assurer un bon contrôle de la qualité et l'incorporation de services de prévention. La promotion de la santé visant à intervenir sur les principaux facteurs de risque de maladies bucco-dentaires et systémiques doit avoir la priorité. Ainsi, la santé buccodentaire ferait partie intégrante des interventions relatives aux maladies systémiques, et les effets de cette intégration leur seraient mutuellement bénéfiques¹⁰.

La promotion de la santé doit servir à éduquer les individus, les professionnels de la santé et les décideurs politiques sur l'influence qu'ont les aspects sociaux et environnementaux déterminants pour les maladies bucco-dentaires et l'accès à des soins dentaires. Il existe un lien étroit entre les facteurs socio-économique présents durant l'enfance et la santé chez l'adulte. Le manque de connaissances en matière de santé bucco-dentaire chez les personnes qui s'occupaient d'enfants ont été associées à de mauvaises habitudes d'hygiène bucco-dentaire et à des problèmes durant la petite enfance.¹¹ Une mauvaise santé bucco-dentaire affecte la qualité de vie de la population.¹² Les programmes de promotion de la santé devraient avoir pour objectif de combler l'écart entre le besoin perçu et le besoin réel en termes de prévention et d'accès aux soins bucco-dentaires¹³.

3. 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

⁹ JULIE G ; « Esthétique et relation de soin en odontologie » ; 10 avril 2015. P23.

¹⁰ Lasfargues J, J, (2001) « dentisterie préventive et santé buccale : une vision et un défi pour le praticien », Editions SNPMD, PARIS. P 18

¹¹ Idem, P19.

¹² www.allianceforacavityfreefuture.org. P. 2

¹³ Ibid.

3.1. Les traitements curatifs

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

3.1.1. Détartrage et polissage

- Le détartrage :

Le détartrage consiste en l'élimination de la plaque, du tartre, des débris et des taches à la surface de la couronne et de la racine de la dent¹⁴

- Le polissage :

Le polissage est l'élimination mécanique de toute tache et de tout débris résiduels à l'aide d'une tête en caoutchouc ou d'une brosse à soies chargées de dentifrice

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.¹⁵

3.1.2. Traitement d'une carie et dévitalisation :

La carie nécessite des soins très tôt. Les petites caries nécessitent simplement des obturations (« plombages »). On procède d'abord au nettoyage de la cavité dentaire à la fraise sous anesthésie locale, puis à l'obturation en utilisant un produit de restauration tel qu'une résine composite, ou un amalgame dentaire. En présence d'une carie très profonde, une dévitalisation ainsi qu'une couronne sont nécessaires. L'extraction dentaire intervient seulement quand il s'agit d'une carie très avancée, ayant détruit une partie importante de la racine de la dent.¹⁶

3.1.3. Les traitements de 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.¹⁷

La gencive fait partie des tissus mous de revêtement de la cavité buccale. Elle entoure les collets des dents, assurant la continuité de l'épithélium buccal au-dessus du ligament

parodontal et de l'os alvéolaire. De couleur rose pâle, elle peut être dans certains cas pigmentée. La gencive se divise en trois parties : la gencive libre ou marginale, la gencive attachée, la gencive papillaire ou inter dentaire.¹⁸

¹⁴HAS / Service évaluation des actes professionnels / décembre 2018, P21.

¹⁵HUSS.B, (2011) « L'ACCES AUX SOINS DENTAIRE DES PERSONNES DEMUNIES », Rhône France, Septembre., P 4-5

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Idem. P 16

3.1.4. Extraction

Au cours de toute extraction dentaire, laquelle consiste en la suppression des moyens de fixation maintenant la dent dans son alvéole afin de la séparer de l'os. Cette désarticulation constitue, une intervention chirurgicale de petite ou moyenne importance selon les cas, mais qu'il faut toujours se garder de minimiser, sous peine de surprises par fois lourdes de conséquences ainsi avant toute décision opératoire concernant l'avulsion d'une dent, aussi simple puisse-telle paraître, une étude critique précisant les facteurs favorables ou défavorables à cette intervention est indispensable, et repose sur un examen minutieux local, général et une bonne pratique opératoire.¹⁹

La réalisation d'ED nécessite le respect d'un certain nombre de règles inhérentes à toute pratique chirurgicale. Les conditions d'installation, la connaissance du matériel et des instruments ainsi que leur utilisation rationnelle sont des éléments qui déterminent une bonne pratique opératoire.²⁰

Jusqu'au début de ce siècle l'extraction était la seule réponse thérapeutique à la carie dentaire et à la parodontite surnommée « déchaussement des dents » car elle expose la racine normalement recouverte par l'os alvéolaire et la gencive.²¹

3.1.5. 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 possible à tout âge de déplacer une dent ou un groupe de dents grâce à des appareils fixes (multi bagues) ou mobiles.²²

¹⁸ ROUVIERE. H, DELMAS.A, Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. 14eme édition. Paris : Masson, 1997 ; P. 432-436.

¹⁹Schumann CL. Complications des ED Encycl., Med-chi-Fasc; N°5, 1976, P17.

²⁰Traoré A.M. Extractions dentaires : étiologie et dents concernées au service d'odontostomatologie chirurgicale du CHUOS de Bamako. Thèse 2007-2008, N3824, P85.

²¹ Idem P89.

²²HUSS.B, (2011) « l'ACCES AUX ...op. cit.P 19.20.

3.1.6. Les prothèses

La prothèse dentaire est une dent ou un ensemble de dents artificielles remplaçant une dent absente, manquante ou abîmée. Globalement, il existe deux types de prothèses dentaires : amovible et fixe ²³

❖ PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES

- La prothèse dentaire partielle, visant à remplacer plusieurs dents absentes (structure en métal dotée de crochets qui viennent se fixer sur les dents présentes en bouche) ;
- La prothèse complète (ou "dentier") composée de résine, visant à remplacer toutes les dents. ²⁴

❖ Prothèses dentaires fixe :

Une prothèse fixe recouvre et prend appui sur les dents existantes. Il y a quatre types de prothèses fixes

- La couronne : quand une dent est très abîmée, la couronne vise à recouvrir et à restaurer la dent en prenant appui sur sa racine.
- Le bridge : il relie une dent solide à une autre dent solide et comble l'espace laissé vide, comme une sorte de "pont". Le bridge peut également être posé sur des implants
- Une dent à tenon (pivot) remplace complètement la partie apparente de la dent et se fixe dans la racine.

L'implant : il remplace la racine d'une dent qui a été endommagée ou arrachée et soutient une prothèse en lui servant d'intermédiaire avec l'os de la mâchoire.

L'implant est vissé dans l'os de la mâchoire. ²⁵

²³Fiche conseil "Quelles prothèses dentaires pour ma bouche ", Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, UFSBD.

²⁴ "Le secteur des prothèses dentaires - État des lieux - Septembre 2015", Agence de développement économique Franche-Comté, 2015.

²⁵"Des prothèses dentaires bientôt remboursées à 100 %", Site de l'Assurance maladie, 25 juin 2018.

3.2. Les traitements préventifs

Il existe de multiples moyens qui agissent contre la déminéralisation, tels que :

- Le fluor via action topique sous forme de gel, vernis fluoré ou de dentifrice.
- Une hygiène bucco-dentaire rigoureuse avec un brossage quotidien afin de supprimer la plaque dentaire.
- Le scellement des sillons dentaires à l'aide d'un matériau adhésif fluide.
- Un équilibre alimentaire avec la suppression du grignotage.
- Les consultations régulières chez le chirurgien-dentiste pour permettre un dépistage précoce de la carie dentaire.²⁶

3.3. 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

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.

²⁶ MIQUEL, L. Intérêts du " Big Data " pour l'estimation de la prévalence carieuse mondiale : apport de Google trends 2017.

4. Les facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire :

4.1. Mauvaise hygiène bucco-dentaire

Elle peut engendrer l'apparition de caries dentaires, de maladies parodontales. Si les problèmes dentaires ne sont pas traités, des maladies plus graves peuvent apparaître (maladies cardiovasculaires, respiratoires, déséquilibre glycémique, naissance prématurée...)²⁷

4.2. Le tabac

La consommation de tabac a un effet direct sur la bouche puisqu'elle entraîne un assèchement de la bouche et induit une modification de la quantité et de la qualité de salive et un épaississement des muqueuses. Ces modifications favorisent le développement de caries et de problèmes au niveau des gencives. Le tabagisme peut aussi aggraver la perte d'attache des dents.²⁸

4.3. L'alcool

La consommation régulière d'alcool a le même effet direct sur la bouche que le tabagisme, provoque l'apparition de caries et agit sur les gencives en dégradant les tissus de soutien des dents. L'alcool entraîne en outre une usure des dents, une mauvaise haleine et des effets esthétiques (modification de la couleur des dents)²⁹

4.5.L'alimentation déséquilibrée, Hygiène alimentaire et santé bucco-dentaire

L'alimentation déséquilibrée Hygiène alimentaire et santé bucco-dentaire sont intimement liées. Tant et si bien qu'il n'est pas envisageable aujourd'hui de parler du brossage des dents sans parler également de la consommation de sucreries, de sodas ou de produits salés comportant des sucres cachés.³⁰

4.6.L'âge

Vieillir est associé au risque de développer des maladies chroniques, des déficiences, une perte d'autonomie. La prise de multiples médicaments (polymédication) ajoute un risque iatrogène. Avancer en âge a aussi des impacts sur la santé bucco-dentaire : la prise de

²⁷ L'OMS

²⁸ Vanaelst B, De Virent, al. (2012) Epidemiological approaches to measure childhood stress. Paediatric and perinatal epidemiology.

²⁹ Bernabé E, Sheiham A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. International dental journal. 2014; P72.

³⁰ Shuler CF. Inherited risks for susceptibility to dental caries. Journal of dental education. 2001. P45.

médicaments peut avoir des effets secondaires au niveau de la cavité buccale ; la perte d'autonomie peut constituer une entrave aux soins d'hygiène quotidiens ; elle peut aussi limiter l'accès aux services dentaires³¹

5. Stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie globale de santé

5.1.Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire

La prévention et l'éducation à la santé relèvent principalement de l'acquisition de bons comportements d'hygiène individuelle, afin de prévenir les maladies carieuses et les maladies parodontales. Ceux-ci s'acquièrent dès le plus jeune âge, par le biais des parents, et se conservent et s'adaptent à chaque âge et à chaque situation de santé. Cependant, tous les âges nécessitent une prévention et une hygiène bucco-dentaire particulière.³²

5.2.La prévention des comportements à risque :

Une approche prioritaire pour les comportements à risque relevant d'une approche globale des problématiques de santé. Certains comportements individuels sont des facteurs de risques communs à plusieurs pathologies chroniques ou de longue durée, pouvant, pour certains individus, se combiner en polyopathologies. Ils sont également facteurs de dégradation de la santé psycho-sociale, et d'exclusion sociale et professionnelle.³³

5.3.La prévention en cabinet dentaire Améliorer la prévention,

C'est donc également inciter le chirurgien-dentiste à consacrer une plus grande part des actes en cabinet à la prévention et l'éducation à la santé, et à tenir compte de la situation de santé globale du patient. Il serait nécessaire d'introduire plusieurs actes de prévention :

- Explication/démonstration sur la technique de brossage la plus appropriée tenant compte de l'âge, de la dextérité, de l'état dentaire et de l'environnement de vie de la personne

³¹OpalS,GargS,JainJ, al. Geneticfactorsaffectingdentalcariesrisk.Australiandentaljournal.2015

³²DjelloulN.Étatdeladentdesixansethygiènebucco-dentairechezlapopulation scolariséeduSecteurÉmir Khaled.[Mémoirepourl'obtentionducertificatd'étudessupérieuresenBiostatistique].Oran: Université d'OranFacultédemédecine;1998-2000.P45

³³Faroz AM. Expérimentation francilienne en faveur de l'accès à la prophylaxie et aux soins bucco-dentaires, Île-de-France, 2002-2004. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2005 ; P.163- 164.

- Consultation du jeune enfant avant l'apparition des dents, avec ses parents, être attentif au risque carieux familial avec conseils adaptés à la situation familiale
- Sensibilisation du patient fumeur à l'impact de la consommation de tabac sur sa santé et incitation et prescription du sevrage tabagique.
- Sensibilisation du patient, notamment jeune enfant, à l'impact de la mauvaise alimentation sur la santé bucco-dentaire, et dans l'optique de la prévention de l'obésité.
 - Dépistage des cancers de la cavité buccale
 - Pose de vernis fluorés....
- Actes de prévention parodontale : détartrage.³⁴

5.4.Prévenir, prendre en charge, accompagner les maladies chroniques :

Il est important de sensibiliser d'une part le grand public pour qu'il soit conscient des risques et d'autre part les personnes atteintes de maladies chroniques afin qu'elles limitent les interactions et intègrent de nouveaux comportements. La mise en place des campagnes d'information et sensibilisation des patients, par l'intermédiaire des associations et des réseaux, tant des risques bucco-dentaires liés à leur pathologie que des conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur leur état. Il est nécessaire, pour une action coordonnée, d'informer et former les autres professionnels de santé sur les liens entre la santé et la santé bucco-dentaire. Dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de maladies générales, il apparaît nécessaire de favoriser la coopération entre le médecin dentiste et le médecin traitant.³⁵

6- Recommandations de l'OMS dans le cadre de la prévention et du traitement

- réduire la quantité de sucres ingérés et conserver un régime alimentaire bien équilibré pour prévenir les caries et le déchaussement prématuré des dents ;
- consommer des fruits et des légumes qui jouent un rôle protecteur contre le cancer de la bouche ;

³⁴ Ibid. P20.

³⁵ Agence Nationale pour le Développement de la Recherche en Santé. Maladies bucco-dentaires.

- arrêter de fumer et diminuer la consommation d'alcool afin de réduire le risque de cancer buccal, de parodontopathie et de déchaussement des dents ;
- s'assurer d'une bonne hygiène bucco-dentaire ;
- évoluer dans un environnement physique sain.³⁶

II. FONDEMENTS THEORIQUE DES INEGALITES DE SANTE

Dans un nombre croissant de nos territoires, qu'il s'agisse d'espaces ruraux ou de zones urbaines sensibles, l'accès à un médecin, un chirurgien-dentiste ou une infirmière devient de plus en plus difficile, notamment aux horaires de la permanence des soins. De plus, dans ces territoires comme dans certaines villes, il est tout aussi difficile d'obtenir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable.

À l'inverse, dans les zones sur-dotées en offre de soins, les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels sont parfois tels, que les patients rencontrent de véritables difficultés financières d'accès aux soins. Ainsi, force est de constater que les populations n'ont pas un accès égal aux soins.

« 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»³⁷.

1. Définition des inégalités de santé

Les définitions données aux inégalités distinguent entre plusieurs formes d'inégalités, à savoir : les inégalités économiques, sociales, culturelles, politiques, etc. Les inégalités de santé décrivent des écarts entre des sous-groupes pour certains indicateurs de santé, l'équité en matière de santé renvoie à des aspects normatifs, à un jugement de valeur concernant le caractère juste ou injuste de ces écarts.³⁸ Les inégalités de santé, représentent des écarts entre des individus ou des groupes pour certains indicateurs de santé. Elles font

³⁶Ibid.

³⁷ Les définitions de l'OMS

³⁸ 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.

essentiellement référence à l'observation de différences quantitatives au regard d'un indicateur spécifique de santé entre des groupes dans une population.³⁹

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 relèvent pour beaucoup des conditions d'existence et renvoient donc aux disparités en termes de revenus, d'emploi, d'éducation, de logement, de loisirs, etc. Ces inégalités agissent à leur tour sur les modes de vie comme les comportements alimentaires, les pratiques à risque, etc.⁴⁰.

Pour Didier Fassin « les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités produites par les sociétés et qui s'expriment dans les corps. Autrement dit, les inégalités sociales de sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau.

1.2. 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

³⁹ 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

⁴⁰ 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, P8.

tenté 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.⁴¹

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.⁴²

III.L'évaluation économique de santé

L'analyse économique en santé repose sur un principe de base selon lequel les choix doivent être réalisés entre les usages alternatifs des ressources. La prise de décision se fonde à la fois sur le coût de l'action et sur son résultat. Si la santé publique s'occupe en premier lieu de la santé de la population, elle ne peut toutefois faire abstraction des coûts de la santé d'où l'importance de l'évaluation économique en santé.

Ainsi, l'évaluation économique doit permettre d'opérer un tri entre des interventions dont l'utilité et l'efficacité sont prouvées et documentées, de manière à distinguer celles qui sont les plus efficaces (dont le rapport entre le coût et l'efficacité est plus ou moins élevé).

L'analyse économique postule que la société n'a pas assez de ressources humaines et matérielles pour répondre simultanément à tous les besoins. Elle a pour but d'aider à prendre les décisions qui maximisent le bien-être général. Elle vise non pas à dépenser moins (les ressources disponibles sont là pour être utilisées), mais à dépenser mieux.

Il existe quatre grands types d'évaluations économiques (l'analyse de minimisation des coûts, l'analyse coût-efficacité, l'analyse coût-utilité, l'analyse coût-bénéfice). Ils se distinguent par

⁴¹ BENDJIDER.A et BOUDJADJA.T, (2013), op.cit., P16.

⁴² Idem 20.

leurs façons de mesurer les résultats des interventions, et par les questions auxquelles ils permettent de répondre.

1. Aspect théorique sur l'évaluation économique en santé

L'économie de santé est l'application des théories et des techniques des sciences économiques au secteur de la santé. La santé n'est pas en elle-même quelque chose qui peut -être acheté ou vendu ; dans certaines situations, aucune somme d'argent dépensée en traitements ne peut ramener la vie ou la santé. Ce sont les soins de santé qui sont des biens marchants. Donc en pratique, l'économie de la santé est l'application de théories et technique économiques pour pourvoir aux besoins en soins de santé (préventifs ou curatifs) ⁴³ .

Idéalement, les soins de santé devraient être prodigués sur base de la nécessité de soins, nous visons alors l'efficacité à tout prix. Mais en réalité, les ressources sont par définition rares, ce qui influence inévitablement les décisions. Ainsi, sous la rationalisation de l'emploi des ressources, le rationnement des soins de santé est une réalité. A cet égard, la recherche d'information sur les meilleures façons d'emploi des ressources limitées est un moyen pertinent pour ne pas les gaspiller. ⁴⁴

Un programme de santé publique a pour objectif d'améliorer l'état de santé d'une population que ce soit par action curatives ou préventives. Son évaluation consiste à apprécier son déroulement ou à mesurer ses conséquences, c'est un processus qui accompagne l'action depuis son origine jusqu'à ses aboutissements. ⁴⁵

⁴³DRUMMOND MF.al. Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé, 2ème édition, Economica, paris, 1998, P10

⁴⁴CASTIEL D. : " le calcul économique en santé", ENSP, Paris, 2004, p 15.

⁴⁵ Ibid.

2. L'évaluation économique et les coûts en santé

Les coûts représentent la valeur de l'ensemble des ressources consommés pour la mise en œuvre d'un programme, l'évaluation économique de ces derniers a pour objet d'éclairer les décideurs sur l'emploi de ces ressources⁴⁶.

2.1. Définition de l'évaluation économique :

L'évaluation économique est une discipline d'apparition très récente qui a pour perspective une bonne allocation des ressources rares. Evaluer, c'est donc mesurer la transformation d'un milieu d'accueil à travers la transformation de la situation des acteurs présents et futurs⁴⁷.

L'évaluation économique cherche à identifier et à expliciter un ensemble de critères qui peuvent permettre de faire des choix parmi les différentes utilisations possibles de ressources rares.

2.2. Les raisons d'une évaluation économique en santé

Le développement de l'évaluation économique en santé est légitime par deux motifs. L'accroissement des dépenses de santé tout d'abord, puis la multiplicité des scénarii de soins que le monde médical donne à choisir. C'est donc dans le souci de réduire les dépenses de santé tout en garantissant les meilleures stratégies de soins que l'évaluation économique s'est frayé une justification

En effet, dans le contexte où les ressources sont rares et/ou les besoins en santé sont illimités, l'introduction de méthodes d'évaluation permettent de faire des choix qui s'appuient sur des instruments de mesure tant fiables qu'équitables est activement recherchée. Pour Drummond "L'évaluation économique cherche à identifier et à explicites un ensemble de critères qui peuvent permettre de faire des choix parmi les différentes utilisations possibles des ressources rare"⁴⁸.

⁴⁶ Idem, P 22.

⁴⁷ DRUMMOND MF.al. Op.cit., P10

⁴⁸ Idem. , P13.

L'approche médicale veut qu'il soit du devoir du médecin de garantir une prise en charge sans réserve à ses patients. Les soins doivent leur être prodigués aussi longtemps qu'ils sont efficaces, quel que soit leur coût. Mais, si l'éthique individuelle peut se résumer par "la santé n'a pas de prix", la définition collective part du constat selon lequel ce qui est consacré aux uns n'est plus disponible aux autres "la santé a un coût". Se pose alors l'épineuse question sur le monde le plus efficace mais aussi le plus moralement acceptable de la dotation des budgets. Le but n'est pas de réduire aveuglément les dépenses, ni de faire à tout prix des économies. Il s'agit d'offrir, dans le cadre du budget financier alloué, les meilleurs services possibles au plus grand nombre et de parvenir à sauver plus de vie. Il est question de priorité d'identifier quels risques sont importants et lesquels ne le sont pas. L'optimum sous contrainte ne saurait être un maximum⁴⁹.

2.3. L'importance de l'évaluation économique :

Souvent l'évaluation économique en santé est définie comme étant un outil d'aide à la décision dont les méthodes visent à rationaliser et à éclairer les décisions de santé publique⁵⁰.

L'essentiel de la démarche consiste à inventorier et mesurer les coûts des différentes stratégies envisageables puis de les confronter aux résultats (on parle à ce moment d'analyse coût-utilité, coût-efficacité et coût-bénéfice que l'on détaillera plus loin), de telle manière que le décideur puisse, en fonction de ces préférences, adopter la solution la plus rationnelle⁵¹.

Lorsque vous avez à choisir entre des interventions de santé conquérantes alors que vous disposez de ressources limitées, les évaluations économiques peuvent vous aider à définir des priorités, à décider de la location des ressources et à concevoir des services⁵².

⁴⁹LAUNOIS Robert. LHOSTE François. "Quelle place pour l'évaluation économique en matière de politiques de santé, journal d'économie médicale 2002.vol.20, n°2,2002, P5.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Idem p 20.

⁵² LAUNOIS Robert. LHOSTE François, op.cit.P 19.

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

Elle a donc pour objet de recherche de l'efficacité, c'est-à-dire, du meilleur rapport coût/performance des actions de santé. Mais l'évaluation économique ne s'arrête pas qu'à cela, elle consiste également à⁵³ :

- Réduire la mortalité due aux maladies chroniques. Un programme de prévention peut présenter une solution plus efficace et devrait être ajouté au nombre des programmes en concurrence.⁵⁴
- Evaluer et identifier le traitement ou la stratégie thérapeutique qui est économiquement la plus efficace.
- Apporter une transparence aux coûts et bénéfices des systèmes de soins, parfois difficiles à séparer et à analyser.
- Expliciter et formuler clairement les enjeux et les conséquences de chaque action possible, et de mettre en lumière les valeurs de chaque partie impliquée.

2.4. Les limites de l'évaluation économiques :

Parmi les limites de l'évaluation économique, nous pouvons citer :

- D'un point de vue politique, les évaluations économiques ignorent généralement l'importance de la répartition des coûts et des conséquences entre les différents groupes de la population.
- Chaque méthode d'évaluation économique suppose des critères d'équité différents. Il est donc difficile de séparer les questions d'équité de l'évaluation économique.
- Les techniques d'évaluation économique supposent que les ressources libérées par les programmes choisis ne soient pas gaspillées mais utilisées dans d'autres programmes intéressants.
- L'évaluation économique est considérée comme étant un investissement coûteux, car elle nécessite un certain nombre de moyens humains et matériels, et engendre de ce fait des coûts.⁵⁵

⁵³ FELLAH L. : "Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique", thèse de doctorat, Université Montesquieu Bordeaux IV, soutenue le 17 décembre 1992. P 191

⁵⁴ GARRABÉ.M. : Ingénierie de l'évaluation économique, Edition des préparations Ecole médecine, Paris 1994, p 14.

⁵⁵ Idem, P50.

3-Les dimensions du calcul économique

L'évaluation économique a pour objectif de faire un rapprochement entre le coût des différentes interventions et les résultats médicaux qu'elles génèrent. La méthodologie repose sur la pris en compte de trois éléments : le type de coûts pris en compte, le type d'analyse et le point de vue de l'analyse.

3-1-Nature des coûts

Le coût d'un traitement est une somme exprimée en unités monétaires de toutes les répercussions qu'une pathologie donnée peut avoir pour la société. Cependant, le coût n'est pas une caractéristique intrinsèque d'un objet comme pourrait l'être sa couleur ou son poids. Les économistes considèrent que le coût d'un bien n'existe pas⁵⁶. Il s'agit d'un calcul reposant sur une théorie et sur des conventions. Un coût se caractérise par son objet (le coût de quoi ? Une entrée, une phase de traitement, un suivi thérapeutique ...etc.), son contenu (coûts directement rattachables au patient, coûts direct du service, dépenses d'administration, coût complets), le point de vue retenu (celui du secteur hospitalier, de l'assurance maladie, de l'Etat, des ménages ou de la société) et le moment auquel il est calculé⁵⁷. Dans le domaine de la santé, aux coûts habituels s'ajoutent différents éléments liés aux dépenses visibles et celles dues au manque à gagner⁵⁸. Depuis les travaux de Rice et al⁵⁹, on distingue traditionnellement trois catégories des coûts pour chiffrer les conséquences économiques d'un traitement. Sous l'appellation coûts directs, on regroupe l'ensemble des ressources consommées et des dépenses directement attribuables au traitement et la prise en charge d'une pathologie. En revanche, on désigne par coûts indirect les potentialités perdues, c'est-à-dire l'activité économique qui n'a pas été réalisée parce que les individus sont malades ou décédés.

Les désagréments de la maladie ou les effets secondaires liés au traitement font aussi partie des coûts que l'on désigne sous l'appellation des coûts intangibles.

⁵⁶LAUNOIS R., Un coût, des coûts, quels coûts ? Journal d'économie médical, n°1, paris, 1999, P20.

⁵⁷FELLAH, L. op.cit. P 40

⁵⁸PARET.H. L'économie des soins médicaux, les éditions ouvrières, Paris, 1978, P180.

⁵⁹LAUNOIS R.,Un coût, des coûts, quels coûts...Op.cit, P2.

3.1.1. Coûts directs :

Les coûts directs recensent l'ensemble des ressources du secteur médical concerné par l'action de santé entreprise⁶⁰. Ils sont directement imputables à la maladie ou à sa prise en charge lors d'une hospitalisation ou en ambulatoire⁶¹.

Les coûts directs sont regroupés en deux sous rubriques : les coûts directs médicaux et les coûts directs non médicaux.

3.1.1.1. Les coûts directs médicaux :

Ce sont les dépenses directement liées au traitement de la maladie, il s'agit de frais relatifs à l'hospitalisation, aux médicaments, aux consultations, aux examens, etc....

3.1.1.2. Les coûts directs non médicaux :

Sont ceux imputables aux traitements mais qui concernent des ressources non sanitaires comme les frais de transport, aide domestique, frais administratifs, etc....

3.1.2 Les coûts indirects : productivité perdue

Les coûts indirects correspondent aux ressources non médicales consommés mais qui n'ont pas de rapport direct au traitement. Il s'agit essentiellement du temps perdu du fait de la maladie elle-même, celui-ci pouvant recouvrir le temps de travail marchand mais aussi le temps de travail domestique, voire même le temps de loisir⁶².

Il s'agit donc normalement du temps perdu des malades eux-mêmes, mais aussi du temps passé par la famille et l'entourage à la prise en charge des malades. Donc, ils comptabilisent le manque à gagner dans le secteur productif lié aux absences sur le lieu de travail dues au

⁶⁰CASTIEL.D : Le calcul économique en santé : méthode et analyse critique, édition ENSP, Rennes, 2004, P

⁶¹Approche pharmaco-économique : évaluation pharmaco-médico-économique de stratégies thérapeutiques:éléments de

⁶²CASTIEL D. : " le calcul économique en santé", ENSP, Paris, 2004, p 15.

traitement mais aussi la contre-valeur des pertes de production, associée aux interruptions prématurées des activités professionnelles⁶³.

Pour clarifier la typologie des coûts, nous pouvons diviser les coûts indirects en coûts de mortalité et coûts de morbidité. Ils correspondent respectivement aux pertes de production liées aux décès ou à la maladie⁶⁴.

3.1.3. Coûts intangibles : coûts humains et psychologiques

Les coûts intangibles sont liés au stress, à l'anxiété, à la douleur et de manière plus générale à toutes les pertes de bien-être et de qualité de vie vécues par le patient. Leur prise en compte est souvent essentielle en évaluation médicale où cette dimension non monétaire est décisive. Il s'agit ici de l'évaluation du fameux *pretium doloris*⁶⁵.

1.2. Types d'analyse économique

Il existe quatre grands types d'analyse économique. Ils se distinguent par leurs façons de mesurer les résultats des interventions, et par les questions auxquelles ils permettent de répondre.

3.2.1. Analyse de minimisation des coûts

L'analyse de minimisation des coûts sont utilisées dans les cas où les stratégies comparées diffèrent uniquement par les coûts qu'elles mettent en œuvre. Lorsque deux stratégies ont la même efficacité thérapeutique, les mêmes conséquences (médicales et sociales pour le patient), mais des coûts différents, on recherche la stratégie la moins chère. Certains nient l'existence des études de minimisation de coûts, en arguant du fait que les hypothèses qu'elles impliquent (même efficacité, même utilité, etc.) ne sont jamais réunies dans la réalité⁶⁶. Cette analyse est souvent utilisée dans le milieu pharmaceutique elle reste peut développer et rarement utilisée en médecine.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ DRUMMOND MF.al. op.cit. P39

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ LEVY E. POUVOURVILLE G. : Guide méthodologique...op.cit., P19.

1.2.2. Analyse coût-efficacité

Cette approche permet de comparer des interventions qui diffèrent à la fois par leurs coûts et leur efficacité. La comparaison entre traitements porte alors sur les ressources qu'il faut engager pour améliorer d'une unité la mesure de résultat⁶⁷. Cette unité est exprimée sur une échelle naturelle. On calcule donc un coût par guérison obtenue, par cas de cancer dépisté, etc. Il n'est pas nécessaire que les interventions soient d'efficacité égale. Une analyse coût-efficacité est indiquée, par exemple, lorsqu'une intervention est moins chère, mais aussi moins efficace qu'un autre traitement. Il faut seulement que les interventions comparées entraînant une modification de même nature de l'état de santé⁶⁸.

L'analyse coût-efficacité ne permet pas de gérer des résultats multiples, ce qui peut arriver si un traitement entraîne un taux de guérison supérieur mais cause plus d'effets indésirables que le traitement rival. De même, ce type d'analyse ne s'applique pas si les traitements comparés concernent des patients différents ou entraînent des résultats cliniques différents. Dans ces situations, on aura recours à l'analyse coût-utilité⁶⁹.

3.2.3 Analyse coût-utilité

En économie, l'utilité est définie comme étant la satisfaction que procure la consommation d'un bien donné. Dans le domaine de la santé l'utilité exprime les préférences des individus (patient, ou population) à l'égard des différents états de santé.

Les études coût-utilité constituent une généralisation des études du type coût-efficacité concernant le résultat obtenu. L'ACU est une méthode d'évaluation économique qui compare des Programmes de santé sur la base de leurs coûts monétaires et de leurs résultats, son intérêt théorique est de pouvoir disposer d'un indicateur synthétique de résultat. Cette analyse nécessite de connaître les préférences des patients. L'analyse coût-utilité est particulièrement utilisée lorsque les impacts sur la survie et/ou la qualité de vie sont des critères importants

⁶⁷Eisenberg JM. Clinical economics: a guide to the economic analysis of clinical practices. JAMA 1989, P262.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Idem 264.

pour juger des résultats des effets des stratégies de santé. Pour ce faire, l'ACU utilise des indicateurs bidimensionnels intégrant à la fois la qualité et la quantité de la vie, comme⁷⁰.

- QALY's (Quality Adjusted Life Years), pour calculer les QALY's, on pondère les années de vie gagnées par un facteur de qualité de vie liée à la santé compris entre 0 (la mort) et 1 (le meilleur état de santé possible).
- Hyes (Healthy years equivalent) que l'on définit comme le nombre d'équivalentes années en bonne santé correspondant à un certain nombre d'années passées dans un état de santé donné.

3.2.4. Analyse cout-bénéfice (ACB)

L'ACB vise à relier les coûts d'une action médicale à ses conséquences exprimées en unités monétaires, dans cette méthode tout est monétarisé grâce à trois approches qui sont : l'approche par le capital humain, la disposition à payer et les préférences révélées. L'ACB est défini comme étant « une méthode d'évaluation économique qui compare les interventions entre elles en fonction des coûts associés et d'une mesure d'efficacité globale. Cette mesure d'efficacité cherche à englober tous les bénéfices (ou désavantages) associés à une intervention tels que perçus par l'ensemble de la société et est rapportée en unité monétaire⁷¹.

À la différence des ACE et ACU qui déterminent le coût additionnel par unité d'efficacité additionnelle, l'ACB cherche à déterminer si les bénéfices que procure l'intervention justifient les coûts qui y sont associés grâce à une comparaison directe entre les deux montants⁷².

⁷⁰ DRUMMOND MF.al. Op.cit. P50.

⁷¹ Idem P51.

⁷² GUERTIN J-R : « recherche économique en santé cardiovasculaire », mémoire d'obtention de grade maître en science, Université de Montréal, 2010, P 18.

4. Revue de la littérature des études empiriques de l'évaluation les dépenses des soins dentaires

Dans ce qui suit, nous présenterons les différentes études qui ont évalué les dépenses en soins dentaires. Ainsi, nous aborderons pour chaque étude, l'objet, la méthode et résultats.

4.1. L'étude de LÔ et al. (2011)⁷³ au Sénégal

Objectif

L'objet de l'étude de Lô et al. (2011) était d'évaluer les dépenses en soins dentaires de la population sénégalaise. Les auteurs ont effectué une enquête descriptive transversale couvrant tous les patients qui se font soigner dans les services dentaires. La méthode d'échantillonnage a consisté à diviser le Sénégal en quatre zones en tenant compte des considérations géographiques (Centre, Ouest, Nord, Sud)⁷⁴ et socio-économiques⁷⁵.

La taille de l'échantillon était fixée à 600 patients, Les variables étudiées étaient sociodémographiques (milieu urbain ou rural, âge, sexe, situation matrimoniale et catégorie socio professionnelle) et économiques (dépenses effectuées, prix appliqués, prise en charge). Ainsi les variables socioéconomiques ont été croisées entre elles et avec les variables socio-démographiques.

⁷³LÔ C.M.M., Cisse D, et al, (2011)« Les dépenses en soins bucco-dentaires des populations sénégalaises », Rev. Col. Odonto-Stomatol. Afr. Chir. Maxillo-fac., vol. 18, n° 1, pp. 25-28

⁷⁴ Zone centre : Kaolack, Fatick, Diourbel; Zone ouest : Dakar, Thiès ; Zone nord : Louga, Saint Louis, Matam ; Zone sud : Tambacounda, Kolda, Ziguinchor.

⁷⁵ Pour le choix des régions, les auteurs ont effectué un sondage aléatoire. Ainsi pour chaque zone, ils ont préparé des papiers sur lesquels étaient inscrites les régions correspondantes et ils ont tiré au hasard une région par zone. Après tirage au sort les régions suivantes ont été choisies : Kaolack, Dakar, Louga, Tambacounda Pour la région de Dakar qui concentre plusieurs structures dentaires, nous l'avons divisée en 4 sous zones : Centre-ville, Banlieue proche, Pikine et Guédiawaye. Un tirage au sort a été effectué dans chaque sous zone pour le choix de la structure à enquêter.

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

Résultats :

1-Dépenses en santé bucco-dentaire selon la région et le milieu

Les résultats de cette enquête sur ces populations montrent une propension à dépenser plus en milieu urbain qu'en milieu rural, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle les patients urbains consomment davantage les services fournis. Cependant, les patients du milieu rural sont plus concernés par les dépenses élevées, qui sont en moyenne supérieures à 50 000 francs CFA. Ceci s'explique par le fait que lorsque les dépenses dépassent ce montant, c'est probablement pour des soins complexes.

Tableau 01 : Dépenses en santé bucco-dentaire selon la région et le milieu

Dépenses en SBD(FCFA)	Régions					Milieu		
	Dakar N=123	Tamba N=180	Kaolack N=127	Louga N=166	Totale N=596	Rural N=234	Urbain N=361	Total N=595
≤10 000 (%)	62.6	79.4	90.6	76.5	77.5	79.1	76.5	77.7
10 000 < D < 20 000 (%)	26.8	14.4	3.1	17.5	15.5	12.7	17.1	15.5
20 000 ≤ D < 50 000 (%)	7.3	5	3.9	4.8	5.2	5.6	5	5.2
≥50 000 (%)	3.3	1.2	2.4	1.2	1.8	2.6	1.4	1.8
Totale (%)	100	100	100	100	100	100	100	100

2-Dépenses en santé buccodentaire selon la catégorie d'âge et la situation matrimoniale

Ces résultats montrent que quelle que soit la catégorie d'âge, la majorité des patients dépensent moins de 10.000fcfa et ceci pourrait s'expliquer du fait que la pauvreté touche tous les âges au Sénégal. Les dépenses en soins dentaires selon la situation matrimoniale on constate que les Célibataires dépensent moins que les mariés qui sont plus nombreux parmi

**CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE**

ceux qui dépensent plus de 10000f. Ceci pourrait s'expliquer du fait que les mariés prennent en charge les soins de toute la famille.

Tableau 02 : Dépenses en santé bucco-dentaire selon la catégorie d'âge et la situation matrimoniale

Dépenses en SBD (FCFA)	la catégorie d'âge				la situation matrimoniale		
	Jeunes	Adultes	ainés	totales	célibataire	Marié ou divorcé	totale
≤10 000 (%)	76.1	78.9	91.4	77.3	81.9	73	77.3
10 000 < D < 20 000 (%)	17.1	13.4	4.3	15.7	12.5	18.4	15.5
20 000 ≤ D < 50 000 (%)	5.7	4.2	0	5.1	4.2	6.3	5.3
≥50 000 (%)	1.1	3.5	4.3	1.9	1.4	2.3	1.9
totale (%)	100	100	100	100	100	100	100

3- Dépenses en santé bucco-dentaire selon les prix appliqués

Ceux qui dépensent moins de 10000f sont plus nombreux (47,7%) à trouver les prix appliqués abordables.

Tableau 03 : Dépenses en santé bucco-dentaire selon les prix appliqués

Dépenses en SBD (FCFA)	prix appliqués			
	Pas cher	Abordable	cher	Totale
≤10 000 (%)	127(28.3)	214(47.6)	106(24.1)	449(100)
10 000 < D < 20 000 (%)	34(38.2)	26(29.2)	29(32.6)	89(100)
20 000 ≤ D < 50 000 (%)	3(10.3)	14(48.3)	12(41.4)	29(100)
≥50 000 (%)	0(0)	3(27.3)	8(72.7)	11(100)
total (%)	164(28.4)	257(44.5)	157(27.2)	578(100)

4- Dépenses en santé bucco -dentaire selon la prise en charge

Selon les données utilisées pour l'établissement des comptes nationaux de la santé en 2005, presque 9/10^{ème} de la population (89%) payent directement leurs soins sans passer par les systèmes de prise en charge.

Tableau 04 : Dépenses en santé bucco -dentaire selon la prise en charge

Dépenses en SBD (FCFA) [N(%)]	La prise en charge		
	Oui	Non	Total
≤10 000 (%)	58(75,3)	352(78,4)	410(77,9)
10 000 < D < 20 000 (%)	13 (16,9)	67 (14,9)	80 (15,3)
20 000 ≤ D < 50 000 (%)	5(6,5)	23 (5,1)	28 (5,3)
≥50 000 (%)	1(1,3)	7(1,6)	8(1,5)

Les auteurs ont conclu, selon résultats obtenus, que l'accès aux soins bucco-dentaires dans les pays en développement et notamment au Sénégal est limité par des ressources insuffisantes et que malgré cette situation les populations ont la volonté de payer et sont prêts à participer à un système de prise en charge. Il est donc important de mener des études pour identifier les systèmes de prise en charge qui seront adaptés à leur contexte de ressources rares.

4.2. L'ETUDE DE Philippe Hurteau sur Le coût des soins dentaires au Québec

Au Québec, le coût des soins dentaires est un enjeu préoccupant pour un grand nombre de ménages. Comme il s'agit d'un domaine où le privé occupe une place prépondérante (96 % des dentistes travaillent au privé)⁷⁶,

Objectif : l'objectif de cette étude est d'analyser succinctement l'enjeu du coût des soins dentaires dresserons d'abord le portrait des dépenses effectuées par les ménages québécois, puis établirons les limites d'accessibilité engendrées par ces coûts.

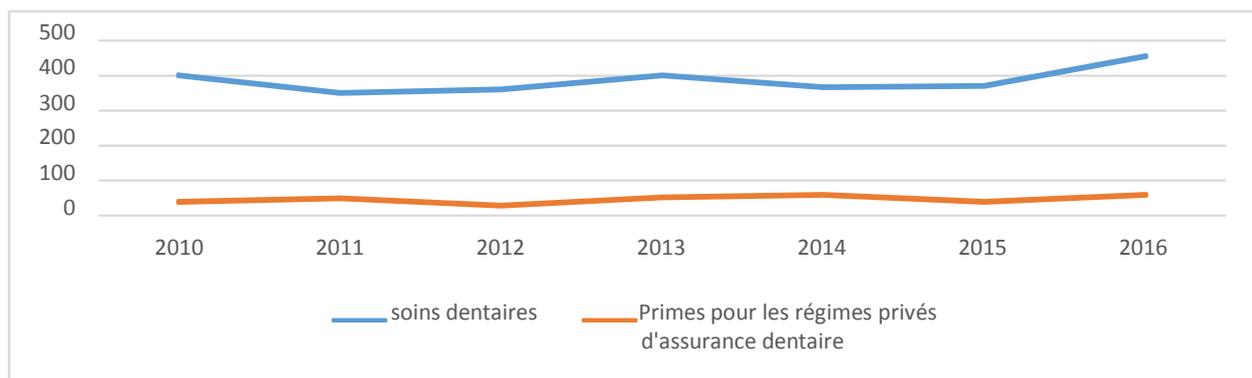
Résultat :

⁷⁶Service Canada, section Emploi-Avenir Québec : www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi

1. Soins dentaires et dépenses des ménages

En 2016, les ménages québécois ont déboursé en moyenne 529 \$ pour les dépenses associées à la santé buccodentaire. Il s'agissait d'une hausse de 19,1 % depuis 2010⁷⁷. Comme l'indique le graphique 1, cette catégorie de dépenses se décline en deux sous-catégories : les dépenses directes pour les soins dentaires et celles liées aux primes des régimes privés d'assurance dentaire. La seconde sous-catégorie est celle des primes associées aux régimes privés d'assurance dentaire. Ces primes représentent une dépense moyenne de 60 \$ par an pour les ménages québécois, en hausse de 50 % depuis 2010. Si ce montant peut sembler peu élevé, cela s'explique par le faible taux de couverture des ménages par un régime privé d'assurance. Seulement 39 % des Québécoises de 45 ans et plus ont déclaré posséder une assurance dentaire⁷⁸. Au Canada, la couverture de la population totale se partage comme suit : 62,6 % au privé, 5,5 % au public et 31,9 % des gens ne sont pas assurés⁷⁹. C'est donc dire que le coût réel des assurances pour les ménages qui en possèdent effectivement une est bien plus élevé que ce que les données moyennes de Statistique Canada laissent entrevoir.

Figure 01 : Dépenses des ménages liées aux soins dentaires (\$ courants), Québec, 2010-2016



⁷⁷.Statistique Canada, Tableau 203-0021 - Enquête sur les dépenses des ménages (EDM).

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Baraldi, Rosanna et Valeriu Dimitriu, «Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada », Zoom Santé, Institut de la statistique du Québec, Numéro 48, novembre 2014, p. 9

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

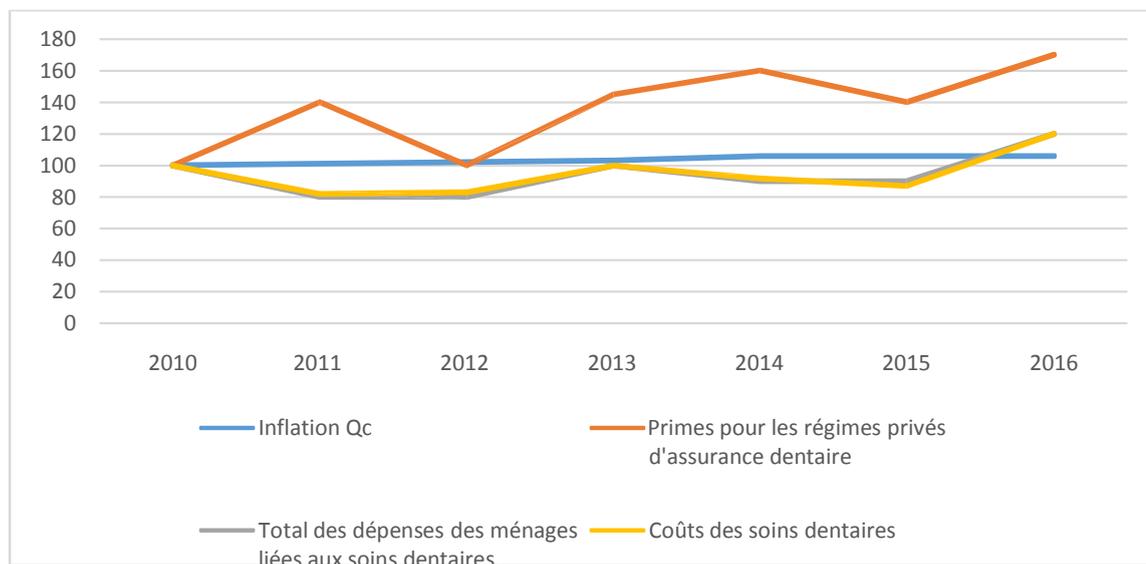
SOURCE : Statistique Canada. Tableau 203-0021 - Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces.

2. Comparaison de l'évolution des dépenses des ménages pour les soins dentaires avec celle de l'inflation

Comparons maintenant à l'inflation les hausses rapides du coût des services dentaires. La figure 02 permet de constater que les soins dentaires, les primes d'assurance et le total de ces deux sous-catégories ont tous augmenté plus rapidement que l'inflation entre 2010 et 2016.

La croissance du coût des soins dentaires fut de 10,6 points de pourcentage supérieure à l'inflation durant la période à l'étude. Celle des primes d'assurance a dépassé l'inflation de 58,6 points de pourcentage. Combinées, ces deux données se soldent par une croissance des dépenses en soins buccodentaires des ménages québécois qui a dépassé l'inflation de 13,1 points de pourcentage entre 2010 et 2016.

Figure 02 : Comparaison de l'évolution des dépenses des ménages pour les soins dentaires avec celle de l'inflation (2010=100), Québec, 2010-2016.

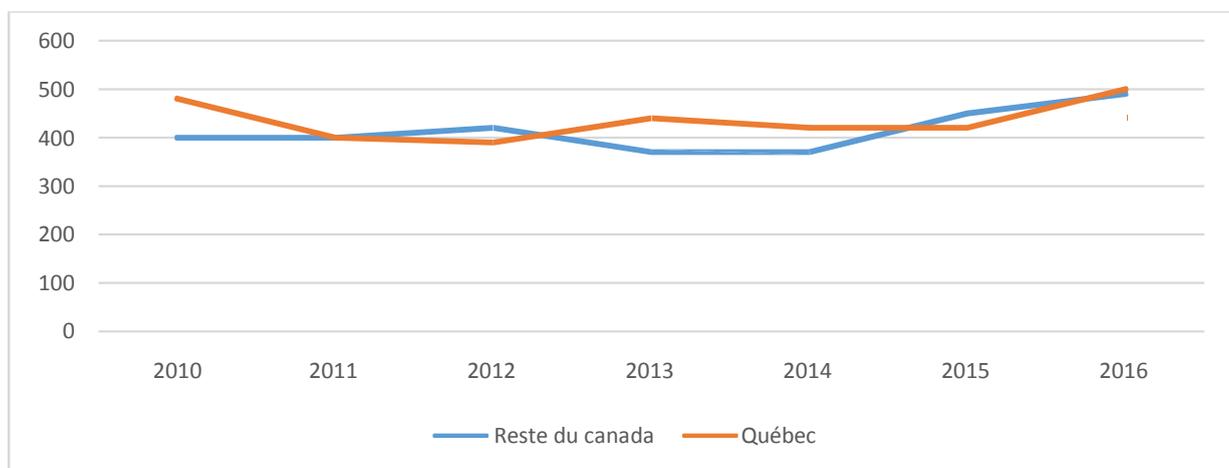


SOURCE : Statistique Canada, Tableau 203-0021 - Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces ; Statistique Canada, Tableau 326-002, Indice des prix à la consommation (IPC).

3. Évolution des dépenses totales des ménages pour les soins dentaires (courants\$),
Québec et le reste du Canada, 2010-2016

Le graphique 3 présente des données comparatives. Pour cinq des sept années auxquelles les présentes statistiques nous donnent accès, il en coûte plus cher à un ménage québécois qu'à un ménage canadien pour couvrir l'ensemble des coûts liés à la santé buccodentaire. En 2016, on parle d'une différence annuelle moyenne de 59 \$.

Figure 03 :Évolution des dépenses totales des ménages pour les soins dentaires (courants \$),
Québec et le reste du Canada, 2010-2016.



Source : Statistique Canada, Tableau 203-0021 - Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), dépenses des ménages, Canada, régions et provinces ; Statistique Canada, Tableau 051-0001 - Estimations de la population. Calcul de l'auteur.

4. Soins dentaires : un accès limité par leur coût

Les constats de la section précédente sont clairs : les ménages québécois paient leurs soins buccodentaires plus chers qu'ailleurs au Canada, et ces coûts augmentent plus vite que l'inflation ou que d'autres soins de santé dispensés par le secteur privé (soins oculaires, médicaments). La conséquence de cet écart est une accessibilité moindre de ce type de soins, de mieux saisir les conséquences du laisser-faire actuel dans le secteur des soins dentaires.

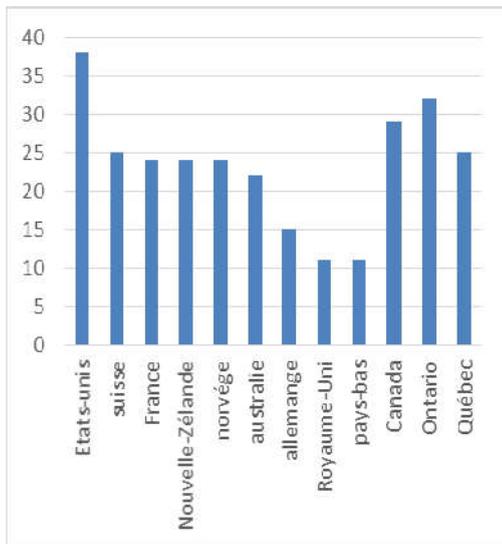
Les chiffres présentés à la figure 4 indiquent la proportion d'adultes n'ayant pas eu recours à des soins dentaires ou à un examen dentaire dans les 12 derniers mois pour des motifs économiques. À 21 %, la moyenne des pays sondés dans le cadre de l'enquête internationale

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE EMPIRIQUE

du Commonwealth Fund de 2016 est de 6 points de pourcentage inférieure au résultat québécois. Il y a donc davantage de personnes qui se privent de soins dentaires au Québec en raison de leur coût qu'ailleurs dans le monde. Les coûts plus élevés encourus au Québec font que la proportion des adultes qui se privent de soins buccodentaires pour des motifs économiques augmente plus rapidement que dans le reste du Canada en pourcentage de la population adulte. En 2013, 21 % des Canadiennes ont dit s'être privés de soins buccodentaires pour des motifs économiques, contre 29 % en 2016. Il s'agit donc d'une

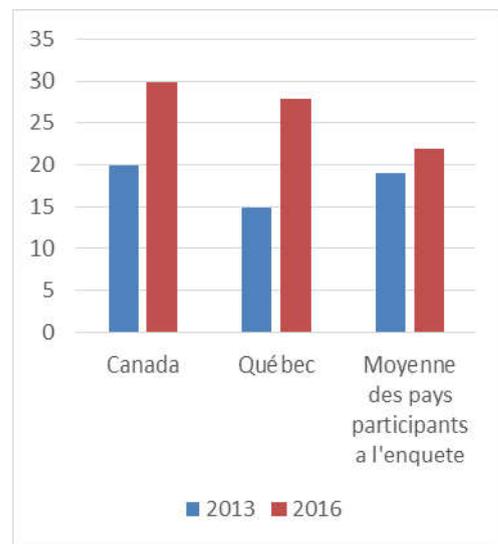
hausse de 8 points de pourcentage. Au Québec, durant la même période, cette proportion est passée de 15 à 27 %, soit une hausse de 12 points.

Figure 04 : Proportion des adultes qui n'ont pas reçu de soins dentaires ou d'exams dentaires au cours des 12 derniers mois, en raison du coût (%), Québec, 2013-2016.



Source Commissaire à la santé et au bien-être, Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé, Québec, p.53.

Figure 05 : Proportion des adultes qui n'ont pas reçu de soins dentaires ou d'exams dentaires au cours des 12 derniers mois, en raison du coût (%), Québec, 2013-2016.



Source Commissaire à la santé et au bien-être, Perceptions et expériences de la population : Québec comparé, 2016, p.3

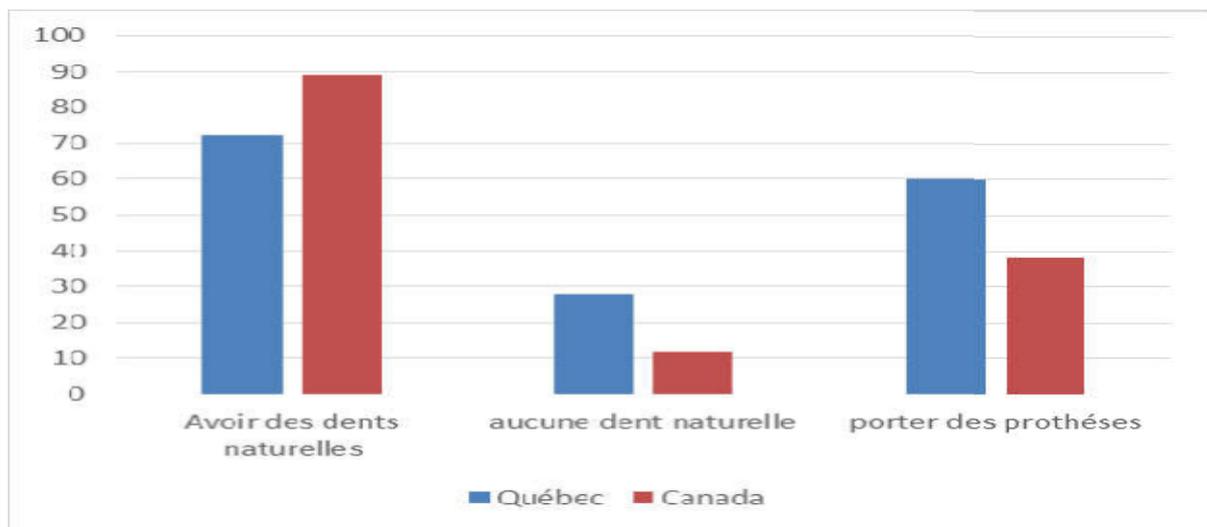
Certaines caractéristiques de l'état des dents (%), adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009 :

Les données inscrites au graphique 6 indiquent le retard du Québec vis-à-vis du reste du Canada en termes de santé buccodentaire. Le portrait du cas des 45 ans et plus permet de constater l'effet cumulatif, durant toute une vie, d'une mauvaise prise en charge collective de

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

ce secteur. Pour la santé buccodentaire des aînées, la situation du Québec est clairement plus grave que celle des provinces canadiennes : deux fois plus d'édentation, près de deux fois plus de prothèses et 24 % plus d'gens qui n'ont pas été chez le dentiste depuis trois ans ou plus, en comparaison de 14 % dans le reste du Canada⁸⁰

Figure 06 : Certaines caractéristiques de l'état des dents (%), adultes de 45 ans et plus, Québec et reste du Canada, 2008-2009



Source : Commissaire à la santé et au bien-être, Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé, Québec, 2016, p. 53.

Terminons ce rapide tour d'horizon en mentionnant que les inégalités sociales se répercutent dans le domaine de la santé buccodentaire. Ainsi, on trouve deux fois plus de caries chez les enfants des ménages gagnant moins de 30000 \$ que dans le cas des ménages gagnant plus de 50000 \$. Aussi, 24 % des personnes de 35 à 44 ans gagnant moins de 15000 \$ sont édentées, contre 6 % pour les personnes du même âge gagnant plus de 70000 \$⁸¹. L'augmentation des coûts liés aux soins buccodentaires ainsi que la part importante de la population non couverte par des assurances ne pourront qu'entraîner une augmentation de ces écarts à l'avenir.

Les coûts associés aux soins buccodentaires sont plus élevés au Québec qu'ailleurs au Canada et progressent plus rapidement que l'inflation. En conséquence, un plus grand nombre de Québécois et de Québécoises perdent l'accès à ce service pourtant essentiel, ce qui occasionne des problèmes sérieux, principalement chez les personnes à faibles revenus.

⁸⁰Baraldi, Rosanna et Valeriu Dimitriu, op. cit. p. 6.

⁸¹ Bedos, Christophe et Christine L'oignon, Pauvreté et accès aux soins buccodentaires, cité dans Caroline Monpetit, «Un luxe, les soins dentaires ? », Le Devoir, 11 février 2011.

4.3. Etude de Bram P et Pauline V, Enquête national MC sur les soins dentaires « combien coutent vos soins dentaires ? ».

Une enquête confirme les indications de nos membres. L'enquête de santé 2008 (ISP) a révélé que 14 % des ménages belges affirment qu'en raison de difficultés financières, ils n'ont pas pu, au cours des 12 mois précédents, payer des soins médicaux, des soins dentaires, des médicaments (prescrits), des lunettes et/ou des soins mentaux dont ils avaient besoin. L'enquête MC pour les « 50 ans de l'AMI » confirme ce pourcentage. Cette enquête indique que 11 % des Belges reportent des soins. Les soins dentaires sont ceux qui sont le plus souvent reportés (26 %).

Résultat de l'enquête

Soins dentaires de base Le montant remboursé médian se situe, selon les données de remboursement MC, à 44,25 euros. Les montants payés rapportés par les membres variaient de 58 euros (sans anesthésie) à 80 euros (anesthésie locale). Le montant remboursé s'approche donc des montants réellement payés. Il s'agit en tout de plus de 100 000 réponses pour les soins de base, les résultats sont donc représentatifs.

Parodontologie : En moyenne, les membres MC ont bénéficié de 20 euros de remboursement pour une consultation chez un parodontologue. Ceci contraste fortement avec le montant médian de 141 euros qu'ils doivent déboursier ce dernier. Sans surprise, le coût d'une consultation chez un parodontologue (141 €) est environ deux fois plus élevé que chez un dentiste (65 €).

Tableau 05 : Montant remboursé et payé en parodontologie

	Nombre d'observations	Montant médian remboursé	Montant médian payé
Une visite chez le dentiste	1.817	61,80€	65,00 €
Une visite chez le parodontologue	1.254	20,42 €	141,00 €

Extraction de dents de sagesse et d'autres dents

L'extraction de dents de sagesse sous anesthésie générale s'effectue généralement pour les 4 dents simultanément. Le coût est d'environ 150 euros. Pour les patients de moins de 18 ans ou

de plus de 55 ans, le remboursement moyen s'élève à 104,42 euros. Si le patient est âgé entre 18 et 55 ans, aucun remboursement n'est accordé sauf s'il s'agit de dents incluses"

Orthodontie chez les adultes et les enfants

Le montant final à payer par les adultes, sur la base du devis, est d'environ 1 500 euros. Aucun remboursement ne couvre l'orthodontie chez les adultes. Chez les enfants, le devis médian est de 2 000 euros, pour un remboursement d'environ 800 euros.

Tableau 06 : Montant remboursé et payé en orthodontie

	Nombre d'observations	Remboursement AO	Montant médian payé	Devis médian
Chez l'adulte	2.400	0 €	979,00 €	1.500,00€
Chez l'enfant	9.675	800 €	1.300,00 €	2.000,00€

Implants dentaires : le coût d'un ou de plusieurs implants ne vient jamais seul. Par implant, une personne paie environ 800 euros, sans remboursement de l'AO.

Tableau 07 : Montant remboursé et payé pour les implants

	Nombre d'observations	Remboursement AO	Montant médian payé
1 implant	2.709	€0	€800,00
2 implants	1.270	€0	€1.600,00
3 implants	341	€0	2.400,00

Prothèses dentaires amovibles

Le remboursement se rapproche du montant payé pour les prothèses en résine synthétique, mais pas pour les prothèses squelettiques. Ces dernières sont vite deux fois plus chères, alors qu'elles sont précisément plus fonctionnelles et plus durables.

**CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE**

Tableau 08 : Montant remboursé et payé pour les prothèses

	Nombre d'observations	Montant remboursé	Montant médian
payé Prothèse pour 6 dents en résine synthétique (mâchoire supérieure)	111	€295,09	€444,00
Prothèse squelettiques pour 6 dents (mâchoire supérieure)	128	€295,09	€800,00

Bridges dentaires

Le bridge le plus fréquent englobe 3 dents. Pour cela, on paie environ 1.500 euros. Aucun remboursement n'est prévu et ce prix ne couvre pas les implants éventuels.

Tableau09 : Montant remboursé et payé pour les bridges

	Nombre d'observations	Remboursement AO	Montant médian
payé1 bridge pour 3 dents	640	€0	€1.500,00

Couronnes Une couronne coûte environ 550 euros. Aucun remboursement de l'AO n'est prévu. Le patient doit donc déboursier le montant total. Le prix d'un implant éventuel doit encore s'y ajouter.

Tableau 10 : Montant remboursé et payé pour les couronnes

	Nombre d'observations	Remboursement AO	Montant médian
payé 1 couronne	3.862	€0	€550,00
2 couronnes	1.151	€0	€1.100,00
3 couronnes	324	€0	€1.800,00

La pose d'un implant et d'une couronne ensemble coûte 1600 euros. Cette combinaison est plus chère que la somme du prix médian pour la pose d'une couronne (550 euros) et d'un

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

implant (800 euros) posés séparément. Ce supplément est en rapport avec les éléments de liaison entre la couronne et l'implant.

Dispersion

La médiane est un bon indicateur du montant approximatif à payer, mais elle ne livre pas toutes les informations. Un dentiste peut demander davantage qu'un autre. Les quartiles donnent une idée de la dispersion des montants. Le tableau suivant indique la dispersion pour les soins dentaires pas ou insuffisamment remboursés.

Tableau 11 : diffusion des montants payés.

Type de soins dentaires	Premier quartile (Q1)	Médiane	Troisième quartile (Q3)	Q3 Médiane
Une visite chez le parodontologue	€80	€141	€250	1,77
Offre orthodontie adultes	€500	€1.500	€2.000	1,33
Implant.	€450	€800	€1200	1,50
Prothèse supérieure complète en résine synthétique	€495	€600	€766	1,28
Bridge de 3 dents	€1.000	€1.500	€2.000	1,33
Une couronne	€269	€550	€750	1,36

25 % des répondants ont payé davantage que le montant indiqué dans la colonne Q3. Le rapport entre le troisième quartile et la médiane indique clairement que les tarifs peuvent varier fortement. Prenons la couronne comme exemple : 25 % des répondants ont payé 1,36 fois plus (750 euros) que la médiane (550 euros). Cela crée donc de l'insécurité tarifaire : même en sachant à l'avance les traitements qui seront effectués, le patient peut difficilement estimer combien ils coûteront. Sur base de l'enquête, qui devait rester compréhensible pour les répondants, il n'est pas possible d'expliquer cette variation.. Les observations de l'enquête montrent à quel point il est indispensable que le membre reçoive un devis chiffré précis. L'existence de tarifs de référence permettrait de rassurer les patients dans la mesure où ils pourraient ainsi positionner le devis.

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

Tableau 12 : Fréquence des soins dentaires

Types de soins dentaires	Nbr de répondants ayant dit « oui » à la Qst filtre	Pourcentage de répondants ayant dit « oui » à la Qst filtre
Soins dentaire de base	142.384	94,71
Parodontologie	18.579	12,89
Extraction de dents de sagesse	11.949	8,39
Extraction d'autres dents	22.137	15,63
Orthodontie chez les adultes	33.507	2,50
Orthodontie chez les enfants	15.291	33,59
Implants	8.381	6,01
Prothèses	12.931	9,30
Bridges	5.629	4,09
Couronnes	9.535	6,91
Totale	150.335	N.A

Cette étude a montré qu'un statut socio-économique faible va de pair avec une santé bucco-dentaire précaire. Notre enquête révèle que des montants élevés et non remboursés accompagnent certains types de soins dentaires. Pour les implants, bridges et couronnes, aucun remboursement n'est prévu, alors que la dépense se chiffre à plusieurs centaines d'euros. Pour l'orthodontie chez les enfants, la parodontologie et les prothèses squelettiques, un remboursement est prévu, mais trop peu élevé face aux montants réellement payés. De plus, l'insécurité tarifaire est importante. Il va de soi que la combinaison entre inaccessibilité financière et insécurité tarifaire complique encore la situation des groupes socio-économiques les plus vulnérables

Conclusion :

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

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

Nous distinguerons, à la suite L'évaluation économique peut être un outil flexible et crédible dans la formulation d'une politique de santé et la gestion de programmes de santé. Elle peut apporter une transparence appréciable dans un secteur public, nous permettant de voir quelles sont les parties coûteuse du système et la relation de ces coûts avec les résultats. Elle peut aider les décideurs et les directeurs de programmes à être plus objectifs et cohérents d'une décision à l'autre.

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS
BUCCO- DENTAIRNS WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION
ET FINANCEMENT**

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.

En Algérie Le nombre total de chirurgiens-dentistes a augmenté de façon limitée au cours dernières années. Le nombre de chirurgien dentiste a dépassé les 14 000 en 2017 dont 6928 dans le secteur public et 7335 dans le secteur privé Le nombre de ceux qui exercent dans le secteur public s'est réduit, tandis que le nombre de dentistes privés a doublé.¹

Ce chapitre a pour objectif de traiter du financement des soins dentaires dans la wilaya de Bejaïa. A cet effet, il sera subdivisé en deux sections. La première a pour but de présenter le système de financement de la santé en Algérie La deuxième section est consacrée pour l'analyse exploratoire de l'offre de soins dentaire dans la wilaya de Bejaia : répartition territoriale et tarification

I. LE FINANCEMENT DES SOINS BUCCO –DENTAIRES

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

1. Le financement de la sante en Algérie

Le financement du système national de santé est basé principalement sur des dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers ou ménages, à cause des dépassements généralisés des tarifs dans le secteur privé et l'augmentation des prix des médicaments.²

1.1. L'Etat

¹ Voir le tableau d'annexe 02 qui retrace le Personnel médical dans le secteur public et privé en Algérie 2015, 2016,2017.

² BOULAHRIK.M, (2016), « Financement du système de santé Algérien ». p10.

La participation de l'Etat au finance de la santé (budget de fonctionnement) a connu une augmentation en dinars constants passant de 111400000000 DA en 1990 à 44901923000 DA en 2000, à 61695031000 DA en 2005 et à 30779647600 DA en 2014. Toutefois, cette participation n'a pas cessé de diminuer par rapport au budget global de l'Etat passant de 7.2% en 1991, à 4.62% en 2001 et a connu une augmentation de 5.05 % en 2002, à 5.42% en 2005, à 6.87 % en 2010, 7.76 % en 2014 et 6.35% en2015³.

Le financement par l'Etat est consacré à 93.43% aux établissements de santé publique, le reste est destiné à couvrir les dépenses de fonctionnement des services déconcentrés (48 Directions de santé de wilaya), des établissements nationaux sous-tutelle, des écoles de formation paramédicale et des services de l'administration centrale⁴.

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 versée à l'Etat dont le montant est fixée annuellement par la loi de finance, qui est intégré dans les recettes publique et 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 sociales sont régies par la loi 90-31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales,

³ Ghédia. A, « Réflexion sur le système de santé Algérien »(2013) .P18.

⁴ Ibid.

modifiée et complétée. Ces mutuelles au nombre de 35 sont des associations à but non lucratif ayant pour objet d'assurer à leurs membres et à leurs ayants droits des prestations sociales notamment en matière de santé. Ces mêmes mutuelles sociales assurent les prestations suivantes en nature et en espèces.

Trois grandes entreprises nationales, la SONATRACH, la SONELGAZ et la Cie Air Algérie participent au financement de la santé. Pour les autres entreprises, il a été tenu compte du nombre de CMS et CMT (centres médicaux du travail) agréés par le Ministère de la santé. Une estimation de leurs dépenses en personnel a été effectuée à partir des normes en matière d'effectifs autorisés⁵.

2. Le financement des soins bucco-dentaire au niveau de la caisse national des assurances sociales (CNAS)

Aujourd'hui, le financement des soins bucco-dentaire est assuré, principalement par la caisse nationale des assurances sociales (CNAS), cette dernière est la principale caisse dans le financement des soins : remboursement des frais et contribution au forfait hospitalier.

2.1. Taux de remboursement des soins bucco-dentaire

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 13 suivant. (Arrêté interministériel du 07.07.1987)

⁵ BOULAHRIK .M, (2016), op.cit. P 22

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Tableau 13 : 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	111DA
• Actes de chirurgie et des spécialités	K	11DA
• 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 nomenclature⁶.

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 14 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.

⁶ HADGER.J, GUEHZI.S « contribution à l'étude de l'accessibilité des soins bucco-dentaires en algérie : cas de la commune de Bejaia » mémoire de master en science économique, université de Bejaïa, (2018), P52.

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Tableau 14 : 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
• 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 psychiatrie⁷, le tableau 15 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 14). 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.

⁷Voir l'annexe 3 qui retrace le tarif des consultations et visites effectuées au médecin spécialiste en psychiatre

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Tableau 15 : 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

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.

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Tableau 16 : tarif des consultations et visite 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 jour fériés et vendredis. 	CD	40DA
	CDFJF	48DA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de jour effectuée au cabinet pendant les jour de fériés et vendredis. 	CDN	48DA
	VD	48DA
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de nuit effectuée au cabinet. 	VD	48DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jour effectuée au domicile du malade en dehors des jour de fériés et vendredis. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de jour effectuée au domicile su malade pendant les jour feries et vendredis. 	VDJF	56DA
<ul style="list-style-type: none"> • Visite de nuit effectuée au domicile du malade. 	VDN	64DA

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 dans la nomenclature générale des actes professionnels qui indique le coefficient correspondant à chaque acte. Ils peuvent être pratiqués⁸ :

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

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 travaux⁹.

⁸HADGER.J, GUEHZI.S op.cit.(2018), P 55.

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 fonctions¹⁰

- 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 appareils¹¹.

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'assuré¹².

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.¹³

⁹ Ibid.

¹⁰ Idem, P56.

¹¹ HADGER.J, GUEHZI.S (2018), op.cit., P57.

¹² Ibid.

¹³ Idem, P58.

CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT

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 17).

Tableau 17 : Tarif de chaque type d'extraction dentaire dans le secteur privé

TYPE D'extraction dentaire	Tarif
Bloc antérieure	800DA
Molaire prémolaire	1000DA
Molaire bas	1000DA
Dents de sagesse	1200DA et plus

Source : réalisé par nos soins d'après les données recueillis 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 18).

Tableau 18 : Tarif de chaque type de soins dentaires dans le secteur privé

Les frais de soins dentaires	De premier degré	Deuxième degré	Troisièmes degré
types de soins			

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Amalgame d'argent	1400 DA	2800DA	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 des Prothèses

Deux prothèses sont distinguées prothèses fixes et prothèses amovible ou adjoint.

Le tarif de chaque type est détaillé dans le tableau 19.

Tableau 19 : Tarif des prothèses dentaires dans le secteur privé

Type de prothèse	Soins	Tarifs
Prothèse Fixe	Résine	4000DA/dents
	Mixte	4500DA/dents
	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	a 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 d'un chirurgien-dentiste privé de Bejaia.

3.5. Le tarif de l'implant dentaire

Concernant le tarif de l'implant est de l'ordre de 100000 DA/ élément alors que Stellite 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.

3.6. 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.

II. la répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la wilaya de Bejaia

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 19Daïras et 52 communes. Elle a des limites administratives avec Cinq (05) Wilayas :

- 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. On vu une transformation du nombre totale pour des raisons liées au progrès technique et des raisons démographie

CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT

2.1. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé

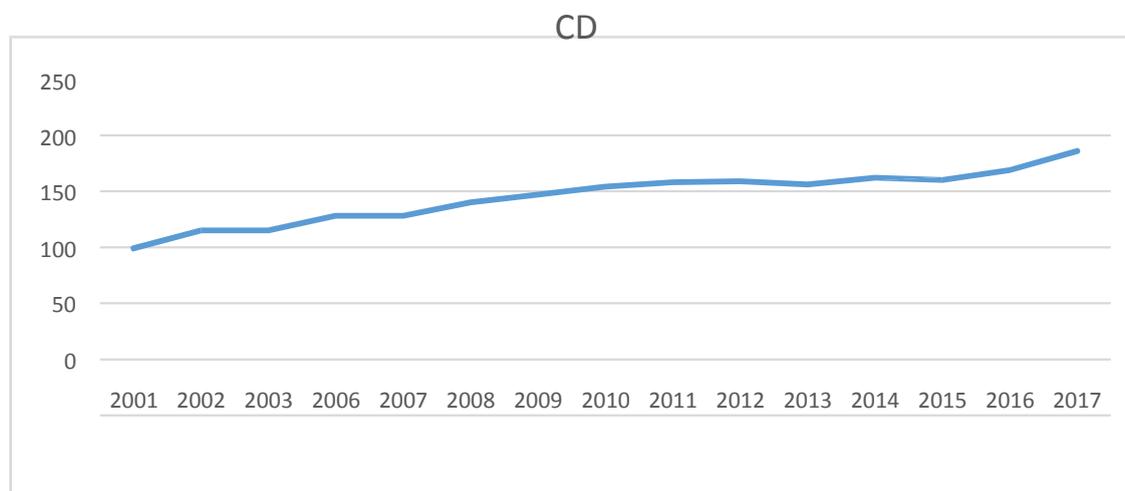
Le tableau 20 et la figure 07 montrent l'évolution des chirurgiens-dentistes privés de la wilaya de Bejaia pour la période de 2001-2017. Nous avons remarqué que chaque année il y a une légère augmentation de nombre de chirurgiens-dentistes. En effet, le nombre de chirurgiens-dentistes privés a augmenté de 149 en 2001 à 236 en 2017, soit une augmentation de 36.86%. (Cf. Tableau 20 et figure 07)

Tableau 20 : 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.

Figure 07 : 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 20.

CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT

2.2.Evolution des chirurgien-dentiste dans le secteur public

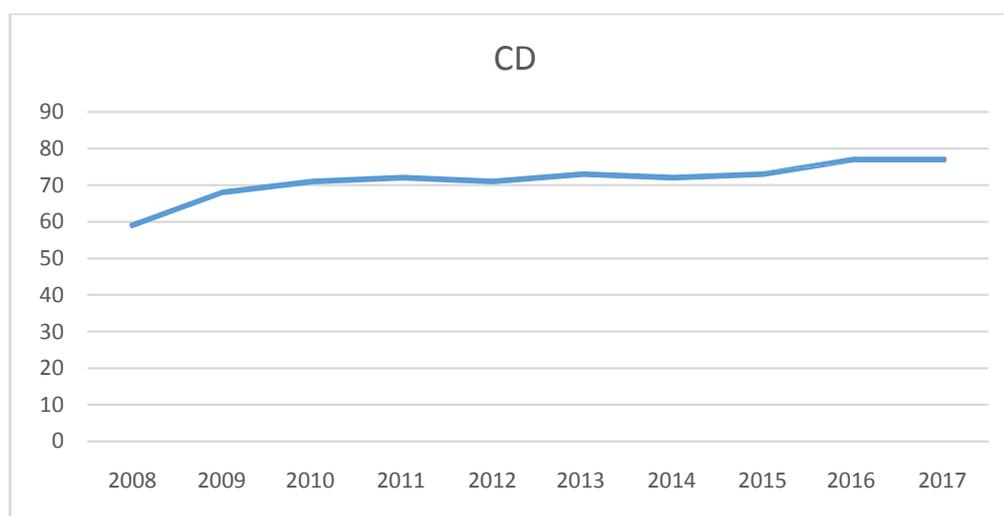
Le tableau 21 et la figure 08 montrent l'évolution des chirurgiens-dentistes publics de la wilaya de Bejaia pour la période de 2008 à 2017. Nous avons remarqué que chaque année il y a une légère augmentation de nombre de chirurgiens-dentistes. En effet le nombre de chirurgiens-dentistes publics a augmenté de 59 à 77 entre 2008 et 2017 soit une augmentation de 23.37%.(Cf. Tableau 21 et figure 08)

Tableau 21 : 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.

Figure 08 : 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 09.

CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT

3. la répartition des chirurgiens-dentistes par secteur

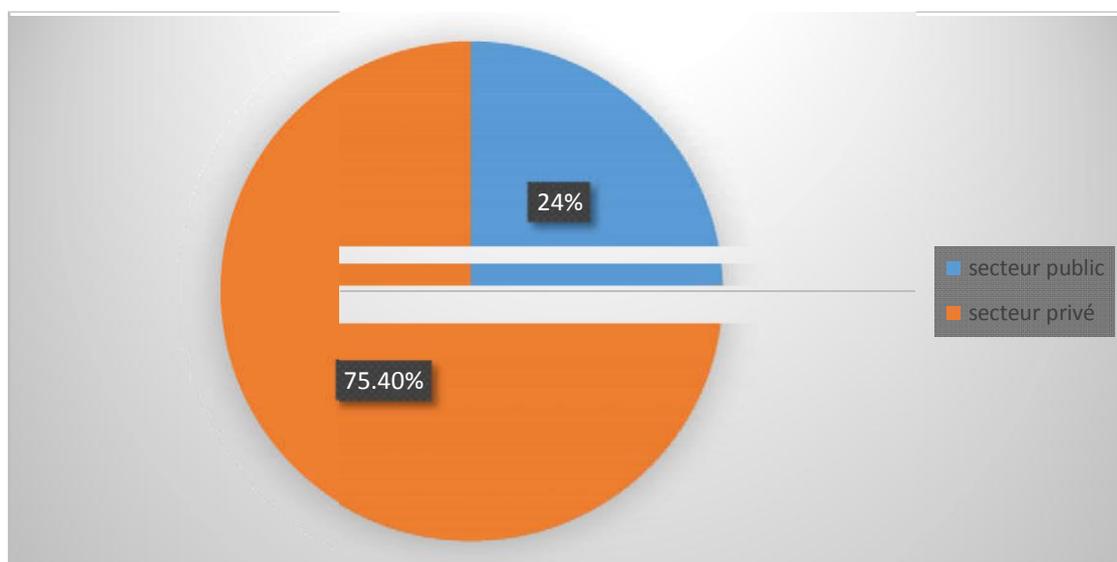
Dans la wilaya de Bejaia le nombre de chirurgiens-dentistes qui exercent dans le secteur privé est trois fois plus nombreux que ceux exercent dans le secteur public. En effet, le nombre de ces derniers en 2017 est de 236 dans le secteur privé alors qu'il n'était que de 77 dans le secteur public. (Cf. Tableau 22 et figure 08).

Tableau 22 : Répartition des chirurgiens-dentistes par secteur en 2017

Secteur	Effectifs	%
Secteur public	77	24,60
Secteur privé	236	75,40
Totale	313	100

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

Figure 09 : la répartition du chirurgien-dentiste par secteur à Bejaia en 2017



Source : réalisé par nos soins a partir des données du tableau 22.

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 moyen de 4 chirurgiens-dentistes par commune.

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

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 02 et tableau22) Nous remarquons que dans le tableau de l'annexe 02 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 Bejaia¹⁴.

Tableau 23 : 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'BEBER	13450	02	6725
AKBOU	56753	18	3152
IGHRAM	13189	-	-
CHELLATA	10409	-	-
TAMOKRA	4275	-	-
TAZMALT	30778	10	3077
B.MLIKECH	9054	-	-
BOUJLIL	12237	-	-

¹⁴ Voir tableau d'annexe 04 qui retrace l'évolution du nombre de chirurgien dentistes entre 2008 et 2007

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

OUZELLGUENE	24197	07	3456
IGHIL-ALI	10147	01	10147
AIT-R'ZINE	15510	02	7755
SEDOUK	21900	05	4380
AMALOU	9160	-	-
BOUHAMZA	9719	-	-
M' CISNA	8455	-	-
BENI-MAOUCH	14296	02	7148
SIDI-AICH	14674	13	1128
LEFELEY	6854	-	-
TINEBDAR	6199	-	-
TIFRA	8949	-	-
SIDI-AYAD	5766	-	-
CHEMINI	16270	02	8135
SOUK -OUFELA	9513	02	4756
TIBANE	5398	01	5398
ADEKAR	13919	03	4939
BENISILA	4668	-	-
T.IGHIL	7085	-	-
AKFADOU	7831	01	7831
TIMZERITH	27540	03	9180
F.ILMATEN	12599	01	12599
AMIZOUR	40009	08	5001
BENNI-DJELLIL	8304	-	-
FERAOUNE	16497	02	8248
SEMAOUNE	14513	01	14513
EL-KSER	31781	12	2648
TOUDJA	10469	-	-
BARBACHA	17998	04	4499
KENDIRA	5711	-	-

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRES
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

KHERRATA	37360	09	4151
DRAA-EL-GAID	31121	-	-
DARAGUINA	15027	03	5024
AIT-SMAIL	12544	01	12544
TASKARIOUT	17197	01	17197
SOUK-EL-TENINE	14961	07	2137
MELBOU	12131	02	6065
TAMRIJT	8964	-	-
TOTAL	972050	236	212929

Source : réalisé par non soins à partir des données collectées au niveau de la DSPRH et DSPB de la wilaya de Bejaïa

Pour la densité médicale des chirurgiens-dentistes privés, le ratio le plus important revient à la commune d'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 23).

Cependant, le fait le plus importante que ces ratios nous montre vraiment qu'il y a beaucoup de commune qui souffrent de manque de dentistes spécialistes privés dans leurs territoires. La population de ces communes non seulement elle parcourt une distance importante, mais elle se retrouve aussi généralement devant des files d'attente importantes. Donc, la 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 Bejaia compte 77 fauteuils dentaires au secteur public. Soit une augmentation de 5,19 %.

**CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRNS
WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT**

Tableau 24 : Répartition des fauteuils dentaires au secteur public par EPSP (2013 2017)

Etablissement	Année				
	2013	2014	2015	2016	2017
Les EPSP BEJAIA	10	10	10	13	13
Les EPSP AOUKAS	10	08	10	08	08
Les EPSP ADEKAR	08	08	08	09	09
Les EPSP TAZMALT	09	10	10	10	10
Les EPSP SEDOUK	08	08	08	08	08
Les EPSP 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 donné recueillis de la DSPRH de la wilaya de Bejaia.

Le tableau 24 montre la répartition des fauteuils dentaires dans les EPSP de la wilaya de Bejaïa¹⁵. 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%.

¹⁵ Voir le tableau d'annexe 05 qui retrace l'évolution du nombre de churigiens-dentiste par commune entre 2008 et 2017.

CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO- DENTAIRES WILAYA DE BEJAIA : REPARTITION ET FINANCEMENT

Nous remarquons que l'EPSP de Bejaia détient 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.

Conclusion :

Au terme de ce chapitre, un constat s'impose : la répartition des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé et publique dans la wilaya du Bejaia est assez inégale. Nous observons aussi qu'il y a des inégalités dans la répartition des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé et publique. Dans la wilaya de Bejaia le nombre de chirurgiens-dentistes qui exercent dans le secteur privé est trois fois important que ceux exercent dans le secteur public.

Aussi, 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 communes souffrent de manque de dentistes privés dans leurs territoires.

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.

**CHAPITRE III : ETUDE EXPLORATOIRE DE
L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE
DE BEJAIA**

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Introduction

Dans les deux chapitres précédents nous avons pu constater que le niveau des dépenses de soins dentaire ainsi que l'état de santé des individus est amplement tributaire aux catégories sociales auxquelles ils appartiennent.

En Algérie, il y a aucune étude, à notre connaissance qui a fait l'objet d'un essai sur l'économie des soins dentaire. A cet effet, notre travail se focalisera sur deux volets essentiels dans l'étude de l'économie des soins dentaires dans la commune de Bejaia, à savoir : l'appréciation de l'état de santé bucco-dentaire et l'évaluation des dépenses de soins dentaires (préventives et curatives) des ménages de la commune de Bejaia. Subsidièrement, nous essayerons aussi d'apprécier, les déterminants de l'état de santé et des dépenses de soins bucco-dentaire. Toutefois, faut-il le rappeler, qu'à cause de la faible taille de notre échantillon d'étude, nous ne pouvons effectuer une analyse économétrique pouvant au mieux rendre compte de liens statistiquement robuste entre ces variables et leurs déterminants. Ainsi, nous nous contenterons de faire à ce stade d'une manière exploratoire et descriptive.

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'économie sur les soins dentaires 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 mesures d'hygiène, soins préventif et état de santé dentaire

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

- L'évaluation dépenses préventives (hygiène dentaire) et curative de soins dentaire

2. L'échantillon et méthode de l'enquête

Notre questionnaire d'enquête a été adressé aux ménages de la commune de Bejaia. Vu l'apparition de la pandémie mondiale du COVID 19, l'État algérien a pris une décision d'un confinement sur tout le territoire national à partir du mois de mars, ce qui nous a empêché de continuer notre enquête de terrain et rassembler le maximum d'information possible. Ainsi, certains enquêtés 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. Le temps et les moyens disponibles nous ont obligés à restreindre la taille de notre échantillon à 40 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'utiliser deux méthodes d'enquête, à distance et direct, avec le sujet afin de tirer le maximum d'informations des enquêtés, de leur bien expliquer les questions, d'éviter toute ambiguïté dans les réponses et de minimiser la perte de questionnaires.

3. déroulement de l'enquête

Le temps consacré à l'enquête était d'environ 3 mois et demi. Elle s'est étalé entre le mois de mars jusqu'au mois juin. Notre questionnaire d'enquête comprend 26 questions. Notre questionnaire est décomposé en 3 grands axes, à savoir :

- Situation socio-professionnelle des membres du ménage

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.

- Etats de santé et attitude des individus à l'égard des soins bucco-dentaires

L'hygiène bucco-dentaire est un ensemble de pratiques strictement mécaniques telles que le brossage dentaire, permettant d'éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement et en permanence à la surface des dents.

L'hygiène bucco-dentaire permet de prévenir le développement microbien, tout en maintenant l'hydratation de la muqueuse buccale.

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

- Dépenses préventives (hygiène dentaire) et curative de soins Dentaire

Dans cet axe il s'agit :

D'estimer les dépenses des produits d'hygiène dentaire évaluer les dépenses pour les examens de routine chez le dentiste. Evaluation les dépense de traitement de différents types de soins.

4. Dépouillement

Le traitement des résultats et la mise en forme des informations ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel. 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.

5. Les difficultés rencontrées

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

- ✓ L'apparition de la pandémie mondiale du COVID 19.
- ✓ Un manque flagrants d'ouvrage, article, de données et de littérature, concernant notre thème en Algérie.
- ✓ Certains enquêtés n'ont pas rempli le questionnaire et d'autres ont carrément refusé d'y répondre.

II. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans cette section, nous allons procéder à la présentation, interprétation et analyse des résultats de notre enquête en fonction des objectifs assignés à notre travail.

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 25 est un récapitulatif des résultats obtenus sur la distribution des enquêtés selon l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, et l'Etat civil, Occupation, fonction, profession, assurance maladie. Nous rappelons que notre échantillon a été choisi aléatoirement. Par rapport à l'âge, la tranche la Plus représentées est celle des [20-30ans] avec une proportion

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

de 30 %. Pour le genre, 52,5% de nos enquêtés sont des hommes contre 47,5 % pour les femmes.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 50%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Sans instruction : 2.5 %, primaire : 27.5 %, moyen : 15% et secondaire : 5%. Pour l'assurance maladie 32,5% sont assurés avec un taux de remboursement à 80%, 65% de la population étudiée sont assurés avec un taux de remboursement de 100% et 2,5% sans assurance maladie.

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

Tableau 25 : profil personnel des interrogés

Caractéristiques		Effectif	%
Age	20-30	12	30%
	30-40	10	25%
	40-50	8	20%
	50-60	9	22.5%
	Plus de 60	1	2.5%
	Totale	40	100
Sexe	Féminin	19	47.5
	Masculin	21	52.5
	Totale	40	100
Lien de parenté (Par rapport au chef de ménage)	Chef de ménage	22	55
	Epouse	5	12.5
	Enfant	6	15
	Petit-enfant	-	-
	Parent	7	17.5
	frère / sœur	-	-

**Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS
DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA**

	Totale	40	100
Situation matrimoniale :	Célibataire	20	50
	Marié(e)	10	25
	Divorcé (e)	7	17.5
	veuf (Ve)	3	7.5
	Totale	40	100
Niveau d'instruction :	Sans instruction	1	2.5
	Primaire	11	27.5
	Moyen	6	15
	Secondaire(Lycée)	2	5
	Universitaire	20	50
	Totale	40	100
Occupation, fonction, profession	Fonctionnaire	6	15
	Employé	9	22.5
	Ouvrier	-	-
	Artisan	4	10
	Commerçant	4	10
	Chef d'entreprise	2	5
	Etudiant/élève	5	12.5
	Femme/homme au Foyer	3	7.5
	Retraité	5	12.5
	Chômeur	2	5
	Totale	40	100
Assurance maladie :	sans assurance	1	2.5
	assuré avec un taux remboursement à 80%	13	32.5
	assuré avec un taux de remboursement de 100%	26	65

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

	Totale	40	100

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

Partie 01 : Informations sur les membres du ménage

1. Situation socio-professionnelle des membres du ménage

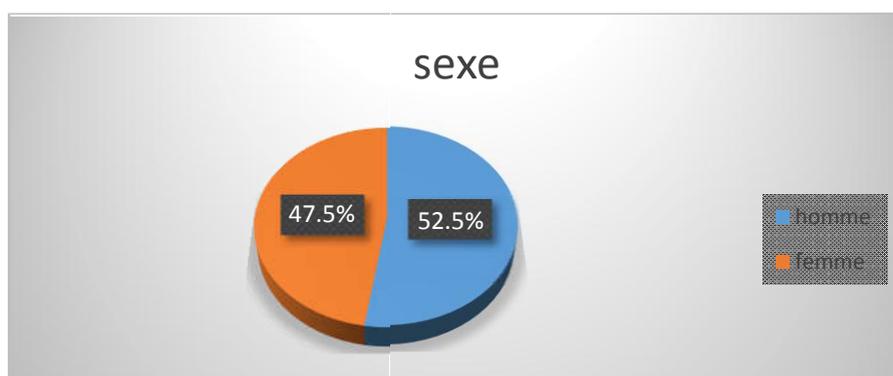
1.1. Répartition de la population étudiée selon le sexe :

Tableau 26 : répartition de la population selon le sexe

Sexe	Effectif	%
femme	19	47.5
Homme	21	52.5
Totale	40	100

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

Figure10 : répartition de la population étudiée selon le sexe



Source : Réalisé par nos soins a partir des résultats de notre enquete

Notre échantion se compose de 52.5% d'hommes contre 47.5 % de femmes. On trouve que le nombre des hommes est plus important au nombre des femmes car ce sont en générale les pères qui accompagnent leur enfants chez le dentiste.

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

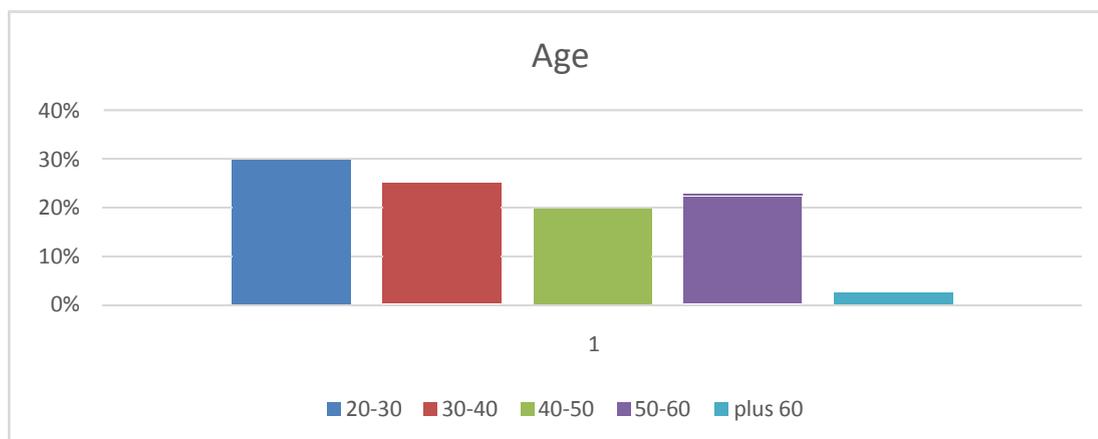
1.2. Répartition de la population étudiée selon l'âge

Tableau 27 : distribution des enquêtes selon l'âge

Age	Effectif	%
[20-30[	12	30
[30-40[	10	25
[40-50[	8	20
[50-60[	9	22.5
Plus de 60	1	2.5
Total	40	100

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

Figure 11 : distribution des enquêtes selon l'âge



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

Dans notre étude, nous avons classé les patients par tranche d'âge de 10 ans (Tableau 27 et Figure11). Nous observons que la tranche d'âge la plus représentées est celle des [20-30ans] avec une proportion de 30%. Et les autres tranches comme suit [30-20[avec 25 %, [40-50[avec 20%, et [50-60[avec 22,5%. La tranche des personnes âgées plus de 60 ans représente 2,5%.

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

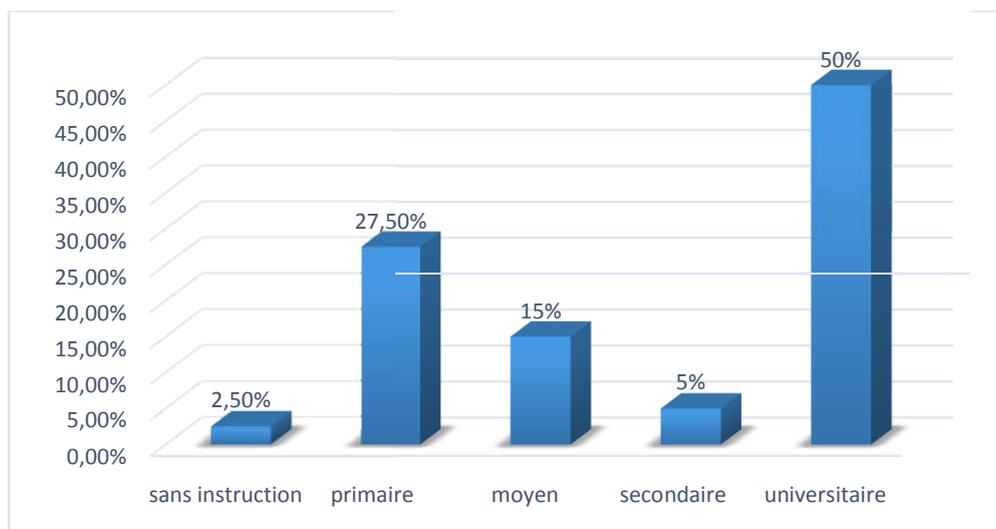
1.3. Répartition de la population étudiée selon le niveau d'instruction

Tableau 28 : distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	effectif	%
Sans instruction	1	2.5
Primaire	11	27.5
Moyen	6	15
Secondaire(Lycée)	2	5
Universitaire	20	50
Totale	40	100

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

Figure 12 : répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction



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

D'après le tableau 28 et la figure 12, on trouve que les universitaires occupent la première place dans notre échantillon avec une proportion de 50%. Pour les autres niveaux, ils sont répartis comme suit : Sans instruction : 2.5 %, primaire : 27.5 %, moyen : 15% et secondaire : 5%

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

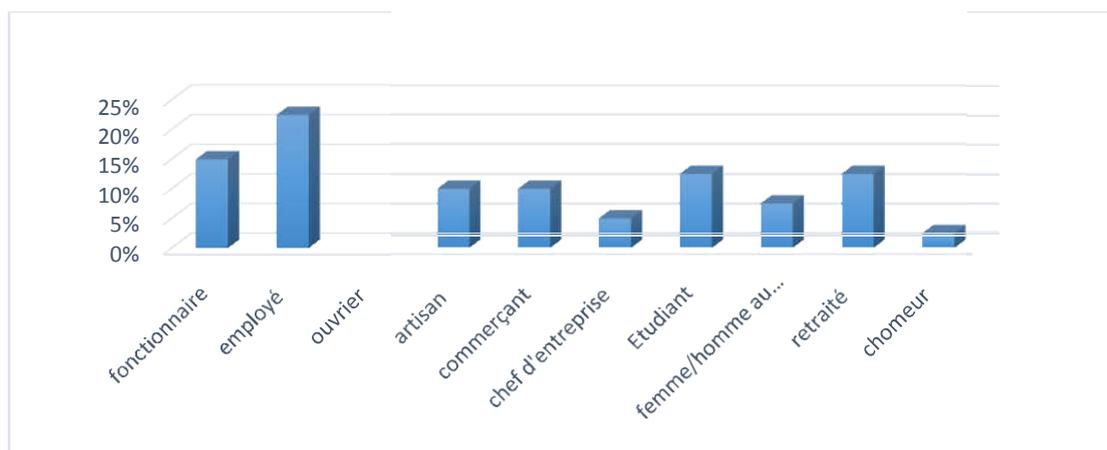
1.4. Répartition de la population étudiée selon fonction, profession

Tableau 29 : répartition des enquêtés selon la fonction

Occupation fonction, profession	Effectif	%
Fonctionnaire	6	15
Employé	9	22.5
Ouvrier	-	-
Artisan	4	10
Commerçant	4	10
Chef d'entreprise	2	5
Etudiant/ élève	5	12,5
Femme/homme au foyer	3	7.5
Retraité	5	12.5
Chômage	1	2.5
Totale	40	100

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

Figure13 : répartition des enquêtés selon la fonction,



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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Au niveau des tranches d'âge correspondant aux classes actives (entre 20 et 52 ans soit 70% des personnes), 62,5% travaillent (activité professionnelle) et 10% se déclarent sans emploi. Le rapport entre ces deux classes indiquerait un taux de chômage relativement important de 18%.

Toutes les personnes interrogées de plus de 52 ans sont à la retraite (12,5 %).et 12,5 % sont des étudiants.

1.5. Répartition des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté.

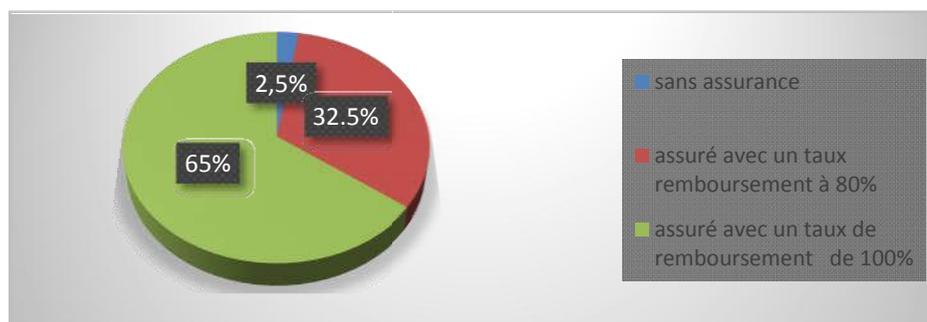
Tableau 30 : répartition des enquêtés selon l'assurance maladie

Assurance maladie	effectif	%
sans assurance	1	2.5
assuré avec un taux de remboursement à 80%	13	32.5
assuré avec un taux de remboursement de 100%	26	65
Totale	40	100

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

Figure 14 : répartition des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté

.



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

Nous remarquons que les enquêtés ayant une couverture d'assurance sont nombreux. En effet, les enquêtés assurés avec un taux de remboursement de 100% ont un taux de 65% et les

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

enquêtés assurés avec un taux remboursement à 80% ont un taux de 32,5% alors que les non assurés ont un taux de 2,5%.

La tranche du revenu mensuel total du ménage (chef de ménage et membre du ménage compris) :

2.1. Distribution des enquêtés selon le revenu mensuel totale

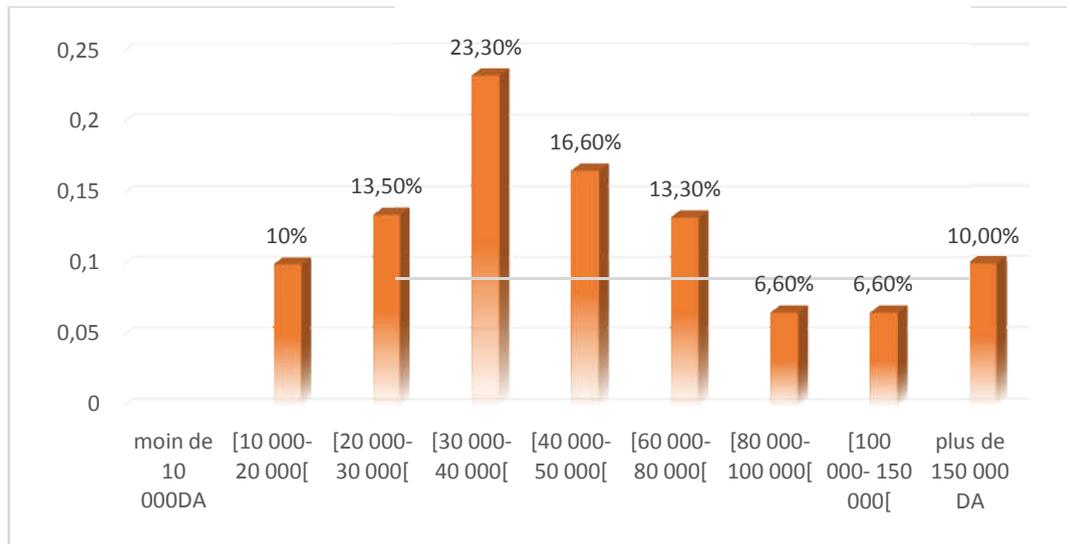
Tableau 31 : distribution des enquêtés selon le revenu mensuel totale

Revenu	Effectif	%
Moin de 10 000	-	-
[10 000-20 000[	3	10
[20 000-30 000[	4	13.3
[30 000-40 000[	7	23.3
[40 000-50 000[	5	16.6
[50 000-60 000[	4	13.3
[60 000-80 000[-	-
[80 000-100 000[	2	6.6
[100 000-150 000[	2	6.6
Plus de 150 000	3	10
Totale	30	100

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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Figure 15 : distribution des enquêtés selon la tranche du revenu mensuel



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats du tableau

D'après le tableau 31 et la figure 15 les pourcentages des revenus des enquêtés sont comme suite : [10 000-20 000[avec 10% et la tranche [20 000-30 000[avec 13.3%, [30 000-40 000[avec 23.3%, [40 000-50 000[avec 16.6% et la tranche [50 000-60 000[avec un pourcentage de 13.3% et la tranche [80 000-100 000[avec 6.6%, [100 000-150 000[avec 6.6%, Plus de 150 000 DA avec 10%.

La situation socio-économique constitue un déterminant majeur de l'état de santé et plusieurs études ont montré combien les populations pauvres cumulent les problèmes de santé (Dancourt, 1995 ; Giraud, 2010). Le Collège National Universitaire des Chirurgiens-dentistes en Santé publique considère que 20% des patients présentent 80% des problèmes carieux, et on sait très bien que les problèmes dentaires sont associés à de mauvaises habitudes alimentaires et à la sédentarité en lien avec un contexte socio-économique difficile.

Partie 2 : Mesures d'hygiène, soins préventif et état de santé dentaire

1. Pratiques d'hygiène bucco-dentaire

1.1. Fréquence du brossage dentaire

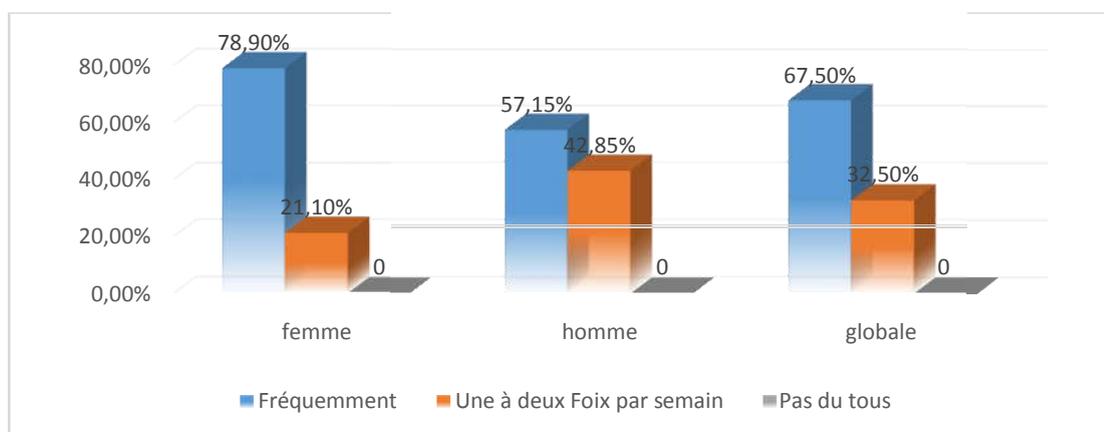
Chapitre III : ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Tableau 32 : distribution des enquêtés selon la Fréquence du brossage dentaire

Sexe	Femme		Homme		Globale	
	effectif	%	effectif	%	Effectif	%
Fréquence						
Fréquemment (tous les jours)	15	78.9	12	57.15	27	67.5
Une à deux Foix par semaine	4	21.1	9	42.85	13	32.5
Pas du tous	-		-		-	-
Totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 16 : distribution des enquêtés selon la Fréquence du brossage dentaire



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

Parmi les 40 individus de notre échantillon :

- 87.9% des femmes et 57.15% des hommes se brossent les dents régulièrement tous les jours.

Chapitre III : ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

• 21.10% des femmes et 42.58% des hommes se brossent les dents régulièrement deux fois par semaine. Les femmes adoptent un comportement plus préventif et sont plus nombreuses à la fréquence du brossage dentaire

1. 2. BROSSAGE DENTAIRE

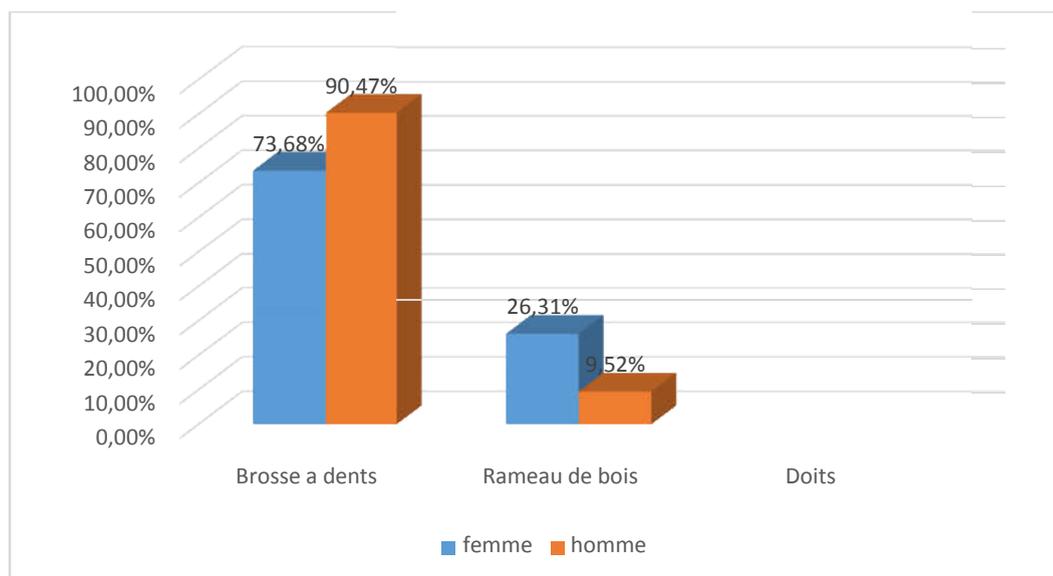
1.2. 1. LA QUALITE DE BROSSAGE DENTAIRE

Tableau 33 : la Qualité de brossage dentaire

Qualité	Femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Brosse à dents	14	73,68	19	90,47	33	82.5
Rameau de bois	5	26,31	2	9,52	7	17.5
Doigt	-	-	-	-	-	-
Totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 17 : qualité de brossage dentaire



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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

D'après ces résultats on constate que la majorité des femmes et des hommes utilisent la brosse à dents dans le pourcentage est de 73.68% et 90.47% respectivement. Et on trouve seulement 26.31% des hommes et 9.52% qui utilisent le rameau de bois. Cette pratique augmente significativement avec le niveau d'éducation chez les personnes de niveau supérieur.

Une bonne qualité de brossage est la première étape pour conserver les dents et des gencives en bonne santé. En outre, cela permet de minimiser les risques de dents cariées et de maladie de gencive, les principales causes de perte de dents.

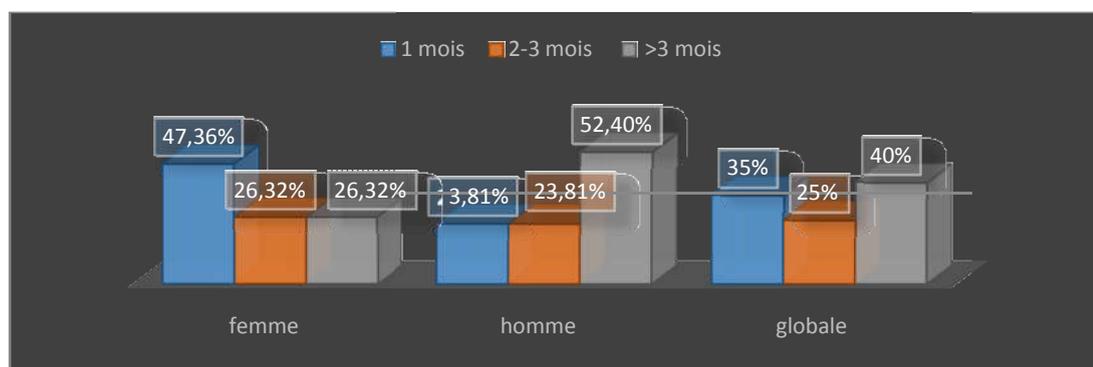
1.3. LA DUREE DE LA BROSSE A DENTS

Tableau 34 : la durée de la brosse à dents

Sexe	Femme		Homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
La durée						
1 mois	9	47,36	5	23,81	14	35
2-3 mois	5	26,32	5	23,81	10	25
>3 mois	5	26,32	11	52,40	16	40
totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 18 : la durée de la brosse à dents



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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Sur l'ensemble de la population étudié (40 personnes) 35 % leur brosse à dents dure 1 mois et 25% elle dure de 2 à 3 mois et les autres 40% dure plus que 3 mois. Il est important de changer régulièrement de brosse à dents, et pour cause : à force de l'utiliser, des bactéries s'accumulent entre les poils ce qui est loin d'être hygiénique.

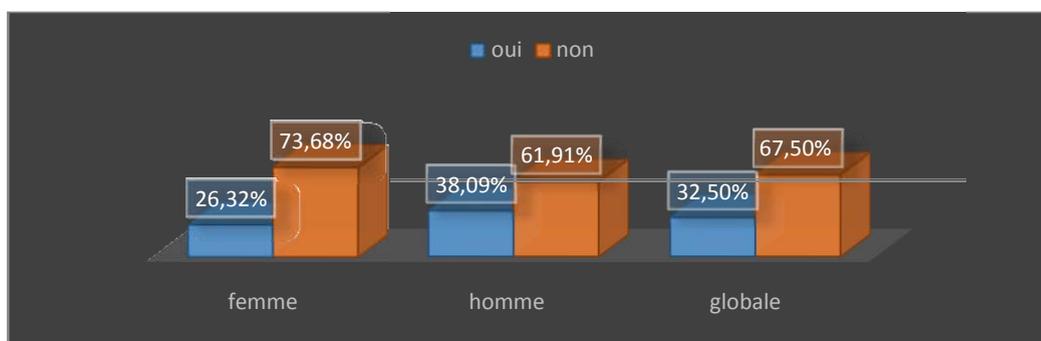
1.4. Utilisation de la pâte dentifrice

Tableau 35 :distribution des enquêtés selon l'utilisation de la pâte dentifrice.

sexe	femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	14	73,68	19	90,47	33	82,5
Non	5	26,31	2	9,25	7	17,5
Totale	19	100	21	100	40	100

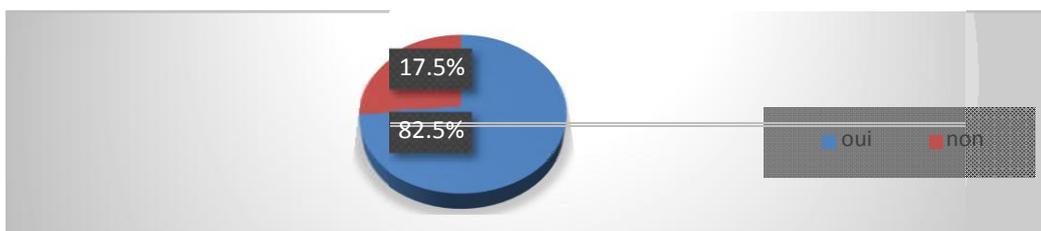
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de notre enquête.

Figure 19 : utilisation de la pâte dentifrice



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

Figure 20 : utilisation de la pâte dentifrice



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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

D'après le tableau 35 et la figure 19 et 20 on trouve que :

73,68% des femmes et 90,47% des hommes utilisent la pâte dentifrice

26,31% des femmes et 9,25% des hommes n'utilisent pas la pâte dentifrice

Globalement la grande majorité de la population qui se brosse les dents utilisent la pâte dentifrice de même cette dernière contribue à l'hygiène bucco-dentaire de plusieurs manières : il permet d'enlever la mauvaise haleine, et peut contenir des substances qui préviennent les maladies liées aux dents et au gencives.

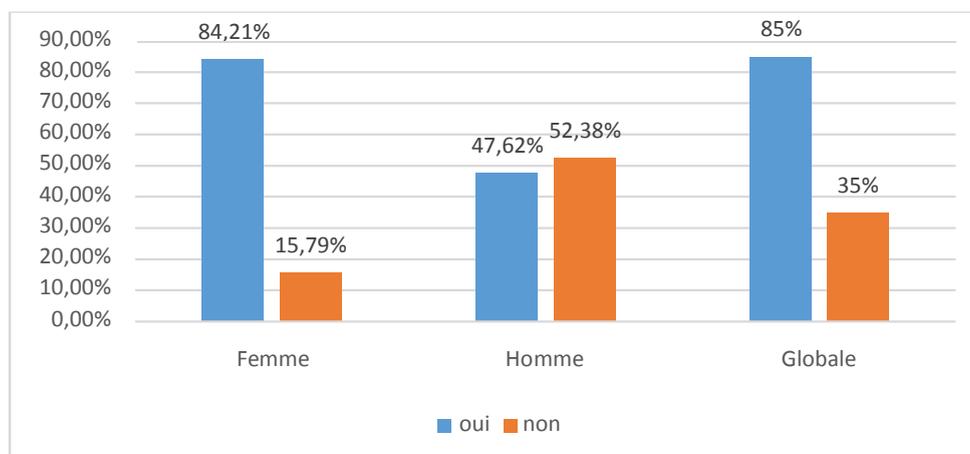
1.5. Utilisation du bain de bouche médicamenteux

Tableau 36 : Utilisation du bain de bouche médicamenteux

	femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	16	84,21	10	47,62	26	65
Non	3	15,79	11	52,38	14	35
totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 21 : Utilisation du bain de bouche médicamenteux



Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

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

Nous remarquons que les femmes utilisent du bain de bouche à un taux de 84,21% et seulement 15,79 % qui n'utilisent pas ce dernier.

Contrairement, chez les hommes 52,38% n'utilisent pas de bain de bouche et 47,62 % des hommes qui utilisent le bain de bouche.

Globalement 85 % des enquêtés utilisent le bain de bouche puisque ils trouvent que le brossage des dents n'est donc suffisant, et les bains de bouche sont idéaux pour en compléter l'action.

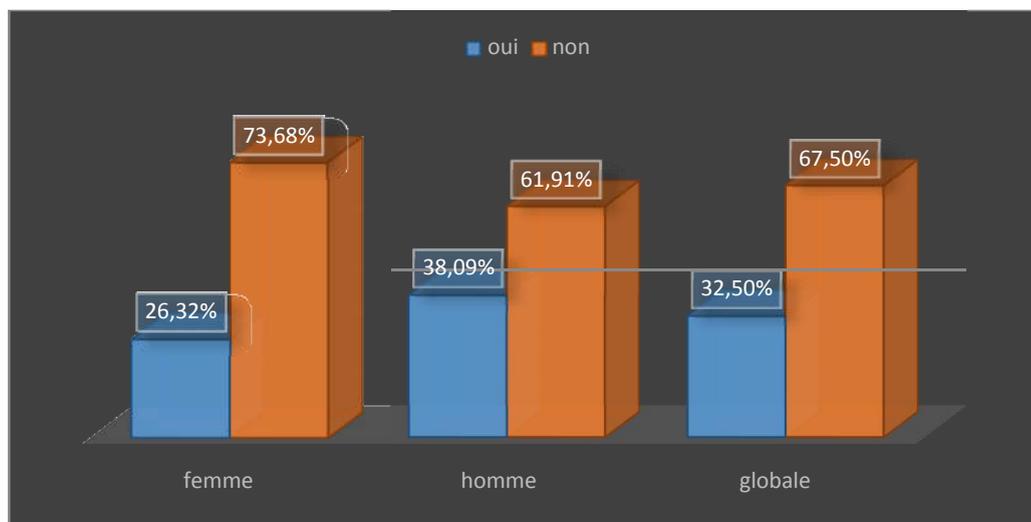
1.6. Utilisation du fil dentaire

Tableau 37 : utilisation du fil dentaire

Sexe	femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	5	26,32	8	38,09	13	32,5
Non	14	73,68	13	61,91	27	67,5
Totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 22 : utilisation du fil dentaire



Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

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

D'après le tableau 37 et la figure 22 on remarque que :

26,32 % des femmes utilisent le fil dentaire et 73,86% qui n'utilisent pas le fil dentaire.

La même chose chez les hommes seulement 38,09% qui utilisent le fil dentaire

Globalement 67,50 % de la population n'utilisent pas le fil dentaire et seulement 32,50 % qui utilisent le fil dentaire, ce dernier constitue un excellent complément au brossage des dents, puisqu'elle permet de déloger les bactéries et les plaque dentaire a des endroits que la brosse a dent ne peut atteindre.

II. Etats de santé et attitude des individus à l'égard des soins bucco-dentaires

2.1. Examen de routine chez le dentiste

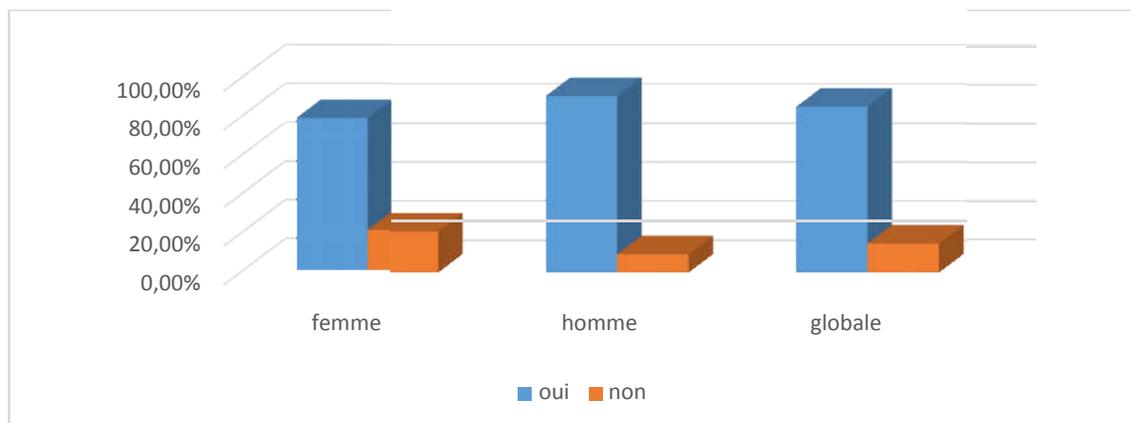
Tableau 38 : distribution des enquêtées selon l'examen de routine chez un dentiste

Sexe Examen De routine	Femme		Homme		Globale	
	Effectif	%	effectif	%	Effectif	%
Oui	15	78,9	19	90,47	34	85
Non	4	21,1	2	9,53	6	15
totale	19	100	21	100	40	100

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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Figure 23 : distribution des enquêtées selon l'examen de routine chez un dentiste



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

Selon l'enquête, 78,9% les femmes adoptent un comportement plus préventif et sont plus nombreuses à consulter un dentiste et 90,47% des hommes qui sont régulièrement à examen de routine chez le dentiste, Les personnes qui fréquentent le moins régulièrement le cabinet dentaire sont aussi celles qui ont les moins bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire, En générale la visite annuelle augmente sensiblement avec l'avance en âge.

Globalement les grandes majorités font régulièrement des examens de routine chez le dentiste avec taux de 85% et seulement 15% ne part pas régulièrement chez le dentiste pour des examens de routine.

2.2. Les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année.

Tableau 39: distribution des enquêtés selon les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année.

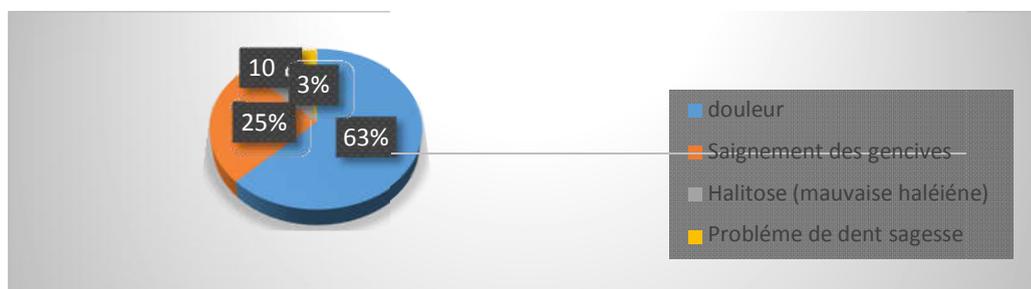
Sexe	femme		homme		Globale	
	effectif	%	effectif	%	Effectif	%
Problème Bucco-dentaire						
Douleur	10	52,63	15	71,43	25	62.5
Saignement des gencives	5	26,32	5	23,85	10	25

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Halitose (mauvaise haléiéne)	3	15,79	1	4,72	4	10
Problème de dent sagesse	1	5,26	-	-	1	2,5
Totale	19	100	21	100	40	100

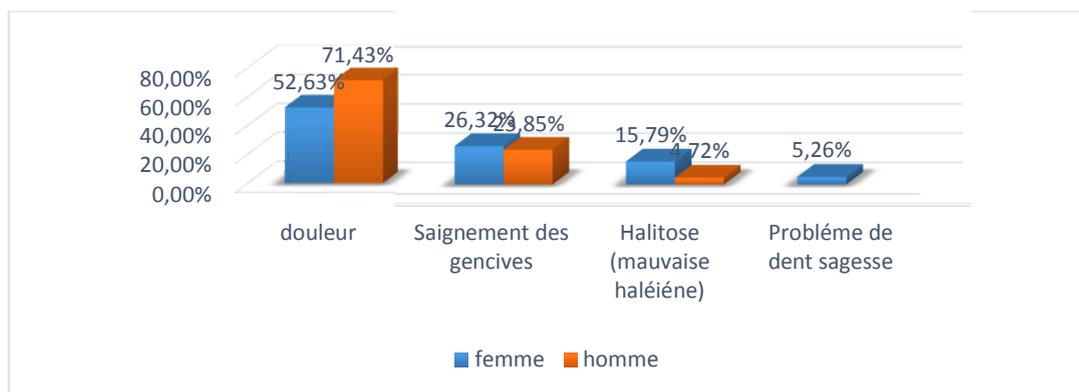
Source : réalisé par nos soins à partir des donnés de notre enquête

Figure 24 : distribution des enquêtés selon les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année.



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

Figure 25 : distribution des enquêtés selon les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année



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

D'après les résultats du tableau 39 et la figure 24 et 25 on constate que le problème le plus fréquent chez les femmes est la douleur, d'un 52,63%, puis le problème de saignement des

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

gencives (26,32%), et pour le problème Halitose (mauvaise haleine) et problème de dent sagesse un pourcentage de 15,79% et 5,26% respectivement

Les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année chez les hommes sont :

La douleur de 71,43 %, Saignement des gencives de 23,85%, Halitose (mauvaise haleine) avec un pourcentage de 4,72%. Globalement la majorité de la population souffre des douleurs d'un pourcentage élevé de 62,5 % puis Saignement des gencives de 25%, le problème Halitose (mauvaise haléiéne) Problème de dent sagesse un pourcentage de 10% et 2,5% respectivement. La présence de problème dentaire au cours de l'année augmente de façon linéaire avec l'âge et la mauvaise habitude d'hygiène.

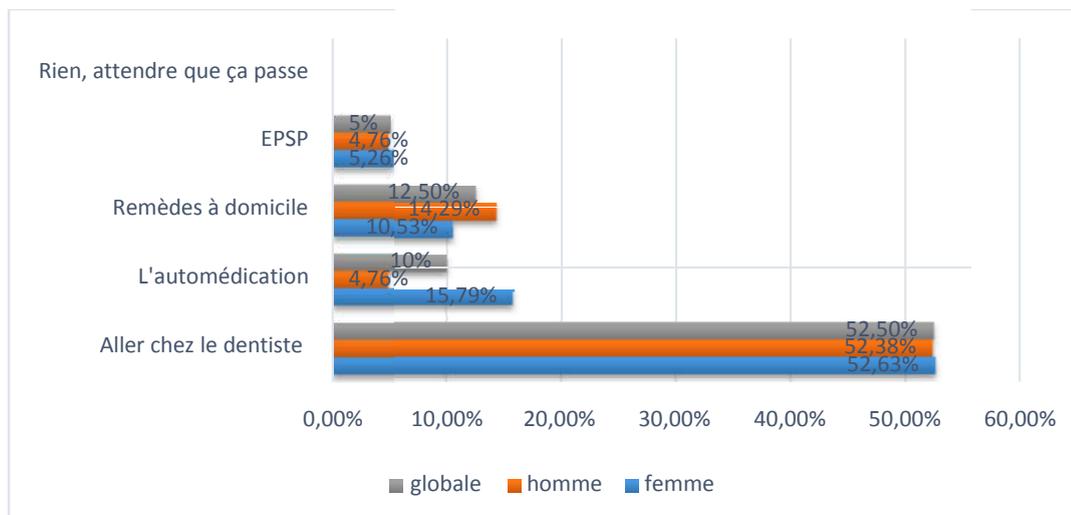
Tableau 40: distribution des enquêtés selon la Résolution de problème bucco-dentaire

Sexe résolution	femme		homme		globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Aller chez le dentiste	10	52,63	11	52,38	21	52,5
Aller chez le médecin	3	15,79	1	4,76	4	10
L'automédication	2	10,53	3	14,29	5	12,5
Remèdes à domicile	1	5,26	1	4,76	2	5
EPSP	3	15,79	5	23,81	8	20
Rien, attendre que ça passe	-	-	-	-	-	-
totale	19	100	21		40	100

Source : réalisé par nos soins à partir des donné de notre enquêt

Figure 26 : distribution des enquêtés selon la Résolution de problème bucco-dentaire

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA



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

52,63% des femmes et 52,38% des hommes part chez le dentiste 15,76% des femmes et 4,76% des hommes part chez le médecin puisque la vaste majorité des soins dentaires sont offerts par le secteur privé ; seulement environ six pour cent des dépenses de soins dentaires sont couverte par le secteur public.et même le secteur privé offre des soins de santé bucco-dentaires de bonne qualité.

10,53% des femmes et 14,29% des hommes trouve que la solution est L'automédication. 5,26% des femmes et 4,76% des hommes utilisent de Remèdes à domicile, ces deux catégories ont une foubie des soins dentaires chez un dentiste.

15,79% des femmes et 23,81% des hommes part au EPSP cela à cause du faible revenu et le cout de traitement dans le secteur privé.

2.3. Les maladies dentaires diagnostiquées

Tableau 41: distribution des enquêtés selon les maladies dentaires diagnostiquées

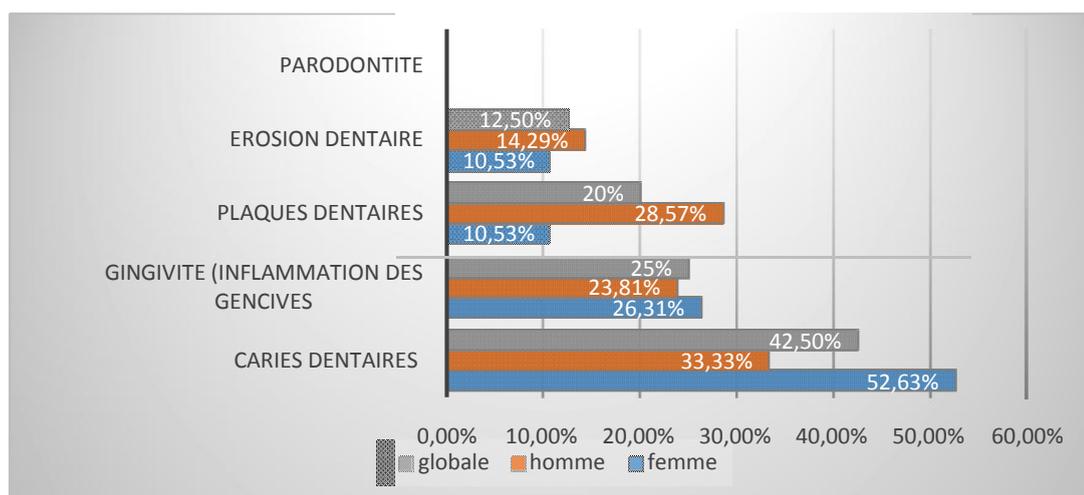
Sexe	Femme		Homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Les maladies dentaires						
Caries dentaires	10	52,63	7	33,33	17	42,5

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Gingivite (Inflammation des gencives)	5	26,31	5	23,81	10	25
Plaques dentaires	2	10,53	6	28,57	8	20
Erosion dentaire	2	10,53	3	14,29	5	12,5
Parodontite	-	-	-	-	-	-
Totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 27 : distribution des enquêtés selon les maladies dentaires diagnostiquées



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

Globalement la grande majorité des deux genres souffre de la maladie carieuse de 42,5% pour les autres maladies sont comme suite la maladie Gingivite (Inflammation des gencives) de 25% la maladie des Plaques dentaires de 20% et la maladie Erosion dentaire de 12,5 %.

2.3.1. Les Raison de ne pas aller chez médecin ou dentiste

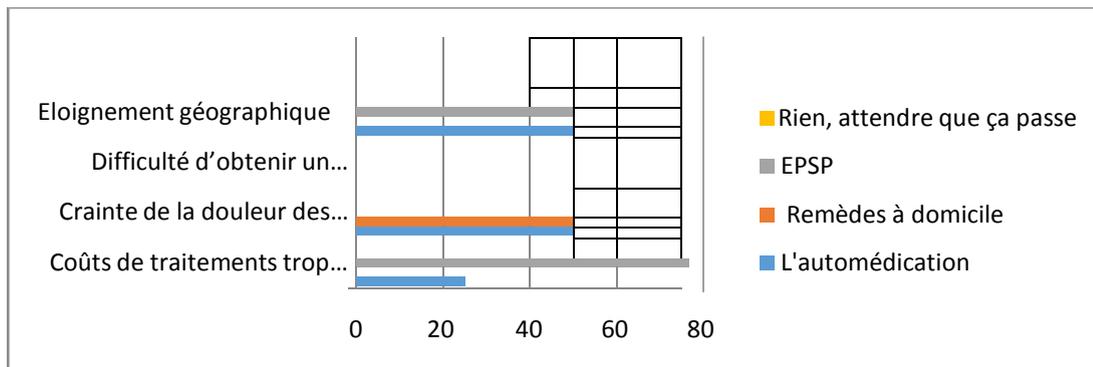
Tableau 42 : distribution des enquêtés selon les Raison de ne pas aller chez médecin ou dentiste

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Raison	Coûts de traitements trop élevés		Crainte de la douleur des soins dentaires		Difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide		Eloignement géographique		totale	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
L'automédication	2	25	1	50	-	-	2	50	5	33,33
Remèdes à domicile	1	12,5	1	50	-	-	-	-	2	13,33
EPSP	6	75	-	-	-	-	2	50	8	53,34
Rien, attendre que ça passe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	8	100	2	100	-	100	4	100	15	100

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

Figure 28 : distribution des enquêtés selon les Raisons de ne pas aller chez médecin ou dentiste



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

D'après la figure 28, nous remarquons que la première raison de ne pas aller chez un médecin ou dentiste est le coût de traitement trop élevé avec 53,34% un grand nombre des personnes enquêtées à faible revenu et a une famille nombreuse souffre de douleur, d'inconfort, d'incapacité de consulter un dentiste chaque année en raison des coûts, suivi par l'éloignement géographique avec 33,33%, et la crainte de la douleur des soins dentaires de 13,33% qui est plus au moins marquée selon les individus, conduit souvent à négliger les soins bucco-dentaires et représente, indirectement, une proportion importante des troubles et pathologies rencontrés habituellement en bouche.

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

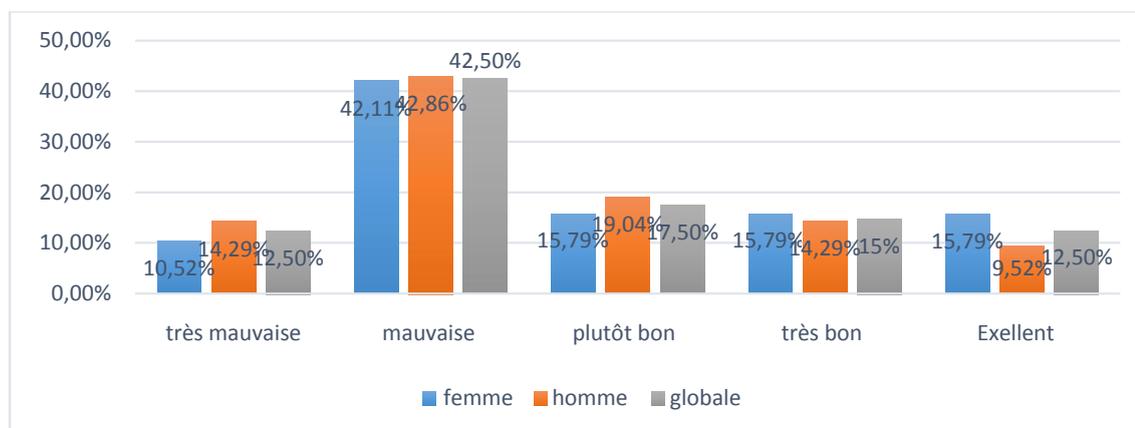
2.4. Estimation selon l'état de santé dentaire globale

Tableau 43: distribution des enquêtes selon l'état de santé dentaire globale

	femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Très mauvais	2	10,52	3	14,29	5	12,5
Mauvais	8	42,11	9	42,86	17	42,5
Plutôt bon	3	15,79	4	19,04	7	17,5
Très bon	3	15,79	3	14,29	6	15
Excellent	3	15,79	2	9,52	5	12,5
Totale	19	100	21	100	40	100

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

Figure 29 : distribution des enquêtes selon l'état de santé dentaire globale



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

L'état de santé dentaire globale est jugé :

Très mauvais 12,5% Mauvaise 42,5% Plutôt bon 17,5% Très bon 15% Excellent 12,5%

La catégorie jugée très bonne et excellente santé dentaire globale c'est la catégorie qui prend soins de leur santé buccale (un brossage efficace et régulier, une alimentation variée et équilibrée, des visites régulières chez le dentiste, et un revenu suffisant), contrairement chez

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

les catégories restantes (les obstacles financières, la mauvaises hygiène bucco-dentaire, une mauvaise alimentation)

Partie 3 : Dépenses préventives (hygiène dentaire) et curative de soins dentaire

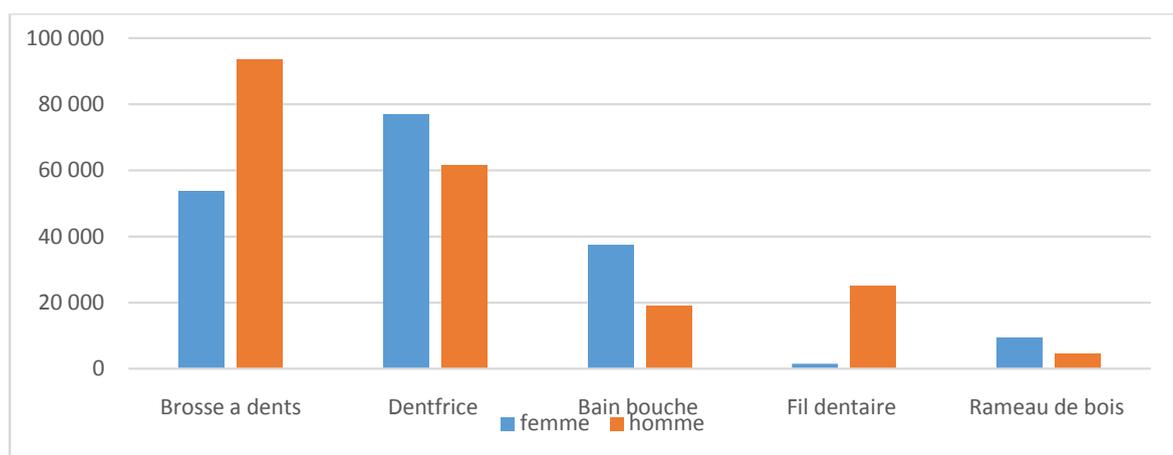
3.1 les dépenses d'hygiène dentaire, par an

Tableau 44: distribution des enquêtés selon les dépenses d'hygiène dentaire, par an

Genre produit	Femme		homme		Globale	
	Effectif	Montant en DA/an	Effectif	Montant en DA/an	Effectif	Montant en DA/an
Brosse à dents	14	54 005	19	93 500	33	147 505
Dentifrice	14	77 060	19	61 670	33	138 730
Bain de bouche	16	37 320	10	18 900	26	56 220
Fil dentaire	5	1 400	5	25 200	10	26 600
Rameau de bois	5	9 500	2	4 500	7	14 000

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

Figure 30 : distribution des enquêtés selon les dépenses d'hygiène dentaire, par an



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

Globalement les dépenses d'hygiène dentaire par an sont coûteuses. On trouve que la population enquêtée dépense environ 147 505 da/an pour la brosse à dent et 138 730da/an

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

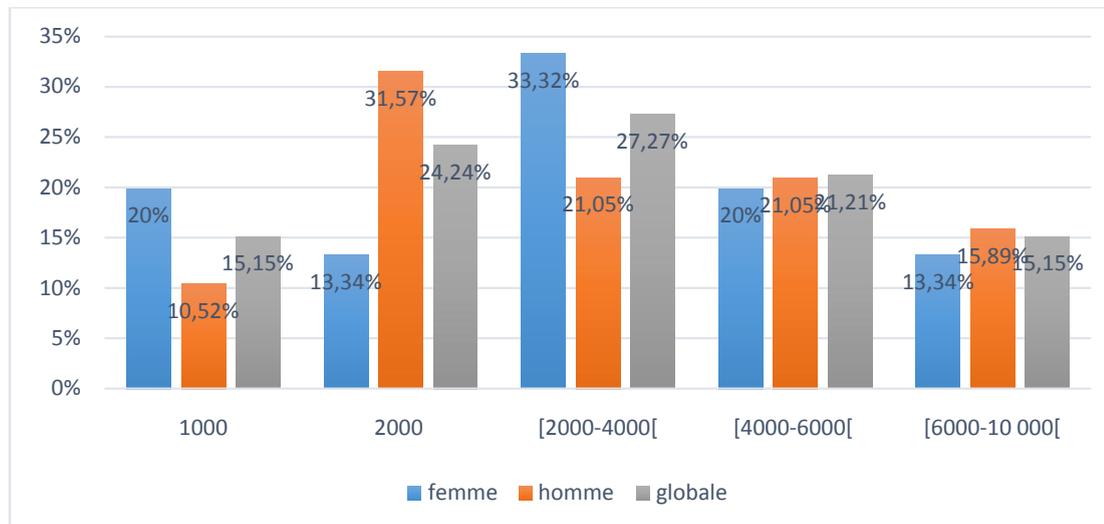
pour le produit dentifrice et concernant la marge qui utilise Bain de bouche, Fil dentaire et Rameau de bois dépense 56 220 da/an, 26 600 da/an, 14 000 da/an respectivement.

Tableau 45: les dépenses pour les examens de routine chez le dentiste

Genre Montant	femme		homme		Globale	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1000	3	20	2	10,52	5	15,15
2000	2	13,34	6	31,57	8	24,24
[2000-4000[	5	33,32	4	21,05	9	27,27
[4000-6000[	3	20	4	21,05	7	21,21
[6000-10 000[	2	13,34	3	15,89	5	15,15
totale	15	100	19	100	33	100

Source : réalisé à partie des résultats de notre enquête

Figure 31 : les dépenses pour les examens de routine chez le dentiste



Source : réalisé à partie des résultats de notre enquête

D'après les résultats de tableau 45 et la figure 31 on trouve que les deux genres dépensent plus de 2000 DA pour l'examen de routine chez le dentiste. Globalement seulement 15,15% qui dépense 1000 Da pour l'examen de routine et 24,24% de la population dépense entre

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

[1000- 2000 [, et 27,27% qui dépense entre [2000- 4000 [, 21,21% dépense [4000- 6000 [, seulement 15,15% de la population qui dépense entre 6000da et 10 000 da.

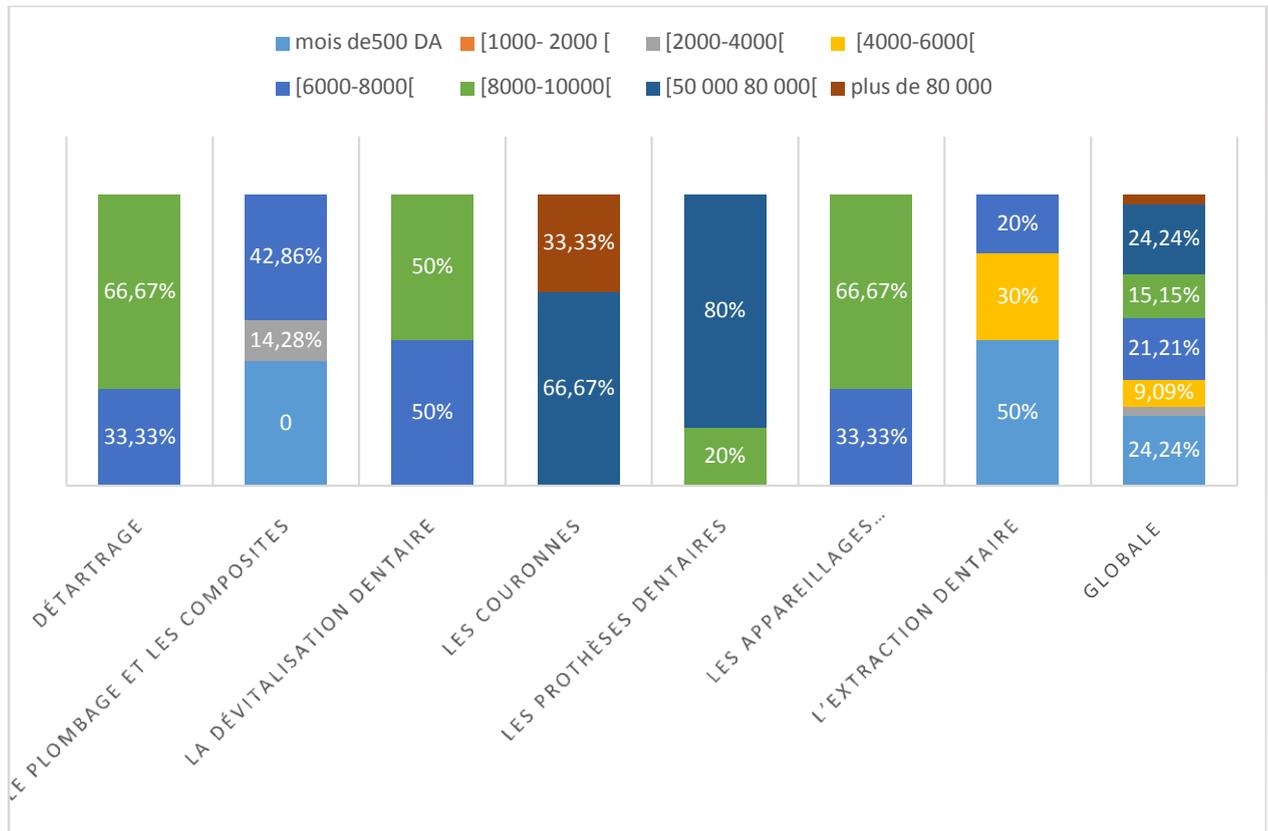
Tableau 46 : distribution des enquêtées selon le type et montant de soins

Type de soins	Le détartrage		Le plombage et les composites		La dévitalisation dentaire		Les couronnes		Les prothèses dentaires		Les appareillages orthodontiques, appareils dentaires		L'extraction dentaire		Totale	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Moins de 500 da	-	-	3	42,86	-	-	-	-	-	-	-	-	5	50	8	24,24
[1000- 2000 [-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
[2000-4000[	-	-	1	14,28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,03
[4000-6000[	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	30	3	9,09
[6000-8000[	1	33,33	3	42,86	1	50	-	-	-	-	-	-	2	20	7	21,21
[8000-10000[	2	66,67	-	-	1	50	-	-	1	20	1	33,33	-	-	5	15,15
[50 000 80 000[	-	-	-	-	-	-	2	66,67	4	80	2	66,67	-	-	8	24,24
Plus 80 000	-	-	-	-	-	-	1	33,33	-	-	-	-	-	-	1	3,03
Total	3	100	7	100	2	100	3	100	5	100	3	0	10	100	33	100

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

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Figure 32 : distribution des enquêtes selon le type et montant de soins



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

D'après les résultats de la figure 32 on constate que les types de soins dentaires sont couteuse notamment les couronnes, les prothèses dentaires, les appareillages orthodontiques, appareils dentaires avec un prix de [8000-10000[[50 000 80 000[et Plus 80 000 DA, respectivement.

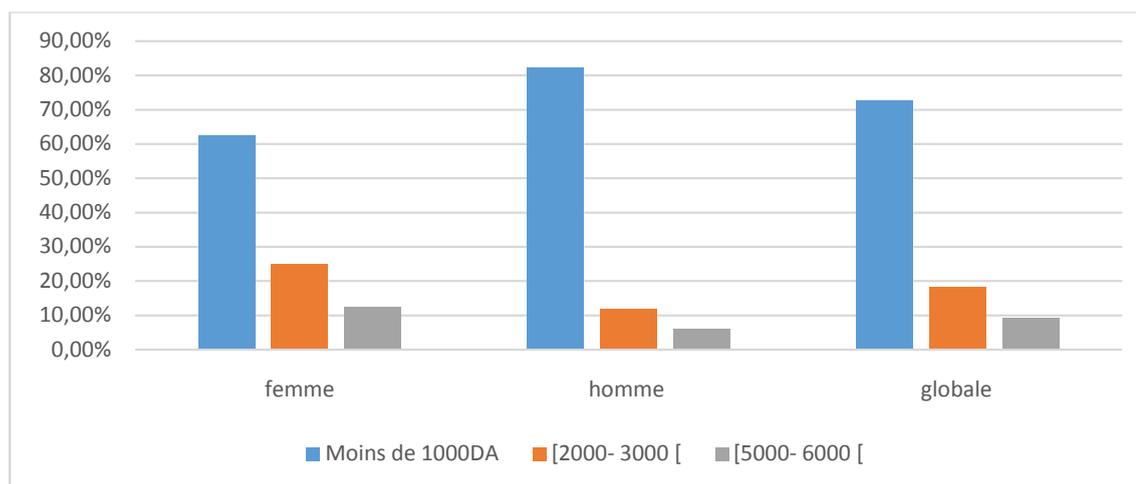
Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Tableau 47 : distribution des enquêtés selon les dépenses annuel pour le transport

Genre Montant	femme		homme		Globale	
	eff	%	eff	%	eff	%
Moins de 1000DA	10	62,5	14	82,35	24	72,72
[2000- 3000 [	4	25	2	11,76	6	18,19
[5000- 6000 [	2	12,5	1	5,89	3	9,09
Total	16	100	17	100	33	100

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

Figure 33 : distribution des enquêtés selon les dépenses annuel pour le transport



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

D'après les résultats du tableau 47, nous remarquons que la majorité des enquêtés dépense moins de 1000da par an pour leur déplacement avec un pourcentage de 72,72%

Et 18,19% dépense une tranche de [2000- 3000 [et seulement 9,09% de la population dépense une tranche de [5000- 6000 [.

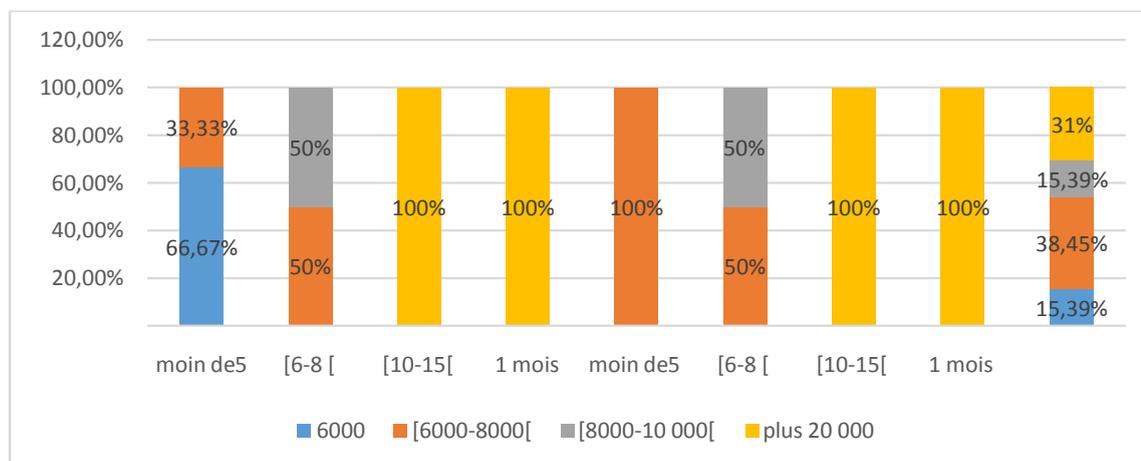
Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

Tableau 48 : distribution des enquêtés selon les jours d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaires

jour montant	femme								homme								Globale		
	Moin de 5		[6-8 [		[10-15[		1 mois		Moin de 5		[6-8 [		[10-15[		1 mois		eff	%	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%			
6000	2	66,67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	15,39
[6000-8000[	1	33,33	1	50	-	-	-	-	2	100	1	50	-	-	-	-	-	5	38,45
[8000-10 000[	-	-	1	50	-	-	-	-	-	-	1	50	-	-	-	-	-	2	15,39
Plus 20 000	-	-	-	-	1	100	1	100	-	-	-	-	1	100	1	100	-	4	30,77
total	3	100	2	100	1	100	1	100	2	100	2	100	1	100	1	100	13	100	

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

Figure 34 : distribution des enquêtés selon les jours d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaire soins dentaires



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

D'après les résultats du tableau 48 on trouve que 15,39 % des enquêtées ont subi seulement moins de 5 jours d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaires avec un montant de 6000da et 38,45% ont subi 6-8 jours pour un montant de 6000 à 8000da et les autres 15,39% des ménages ont subi 10-15 jours avec un montant de 8000 à 10 000 da et 30,77% des

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

enquêtés ont subi 1 mois d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaires avec un montant plus de 20 000 da.

Conclusion :

Notre enquête a touché les habitants de la commune de Bejaïa. A cet effet, nous avons rencontré beaucoup de difficulté et de contraintes pour réaliser cette enquête. Principalement vu l'apparition de la pandémie mondiale du covid 19, l'Etat algérien a pris une décision d'un confinement sur tout le territoire national à partir du mois de mars, ce qui nous a empêché de continuer notre enquête de terrain et rassembler le maximum d'information possible. Ainsi, certains enquêtés 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 enquêtes, nous avons essentiellement tiré les résultats suivants :

- Près de la moitié de la population étudiée est d'un revenu socio-économique moyen.
- Il apparait aussi que l'hygiène bucco-dentaire s'améliore légèrement avec l'élévation du niveau socio-économique.
- Les enquêtés présentant une bonne hygiène bucco-dentaire puisque la plus part des enquêtés sont régulièrement au brossage.
- L'état globale de santé bucco-dentaire des enquêtés est jugée mauvaise de 42,5% portant la majorité des enquêtés consultants le chirurgien-dentiste 85%.
- les enquêtés Aux revenus les plus faible ont une moins santé buccodentaire, présent un taux supérieur de maladies non traités, consultent moins souvent un dentiste, évite d'avantage de consulter un dentiste et refusent plus fréquemment les soins recommandés en raison de leur couts.
- La couverture sociale n'as pas un impact sur l'accès aux soins dentaires dont la mesure ou les soins dentaires ne sont pas remboursable a titre dérisoire.
- Au cours des douze derniers mois, de nos enquêtés en consulté un chirurgien-dentiste alors que n'ont pas consulté.

Chapitre III :ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA

- La principale raison qui pousse les enquêtés à choisir la structure publique c'est la possibilité financière limités avec un taux de 53,35% , par contre la raison de choisir la structure privé c'est la qualité de soins .

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Les familles aux revenus les plus faibles ont une moins bonne santé bucco-dentaire, présentent un taux supérieur de maladies non traitées, consultent moins souvent un dentiste, évitent davantage de consulter un dentiste et refusent plus fréquemment les soins recommandés en raison de leurs coûts.

Dans notre travail, nous avons essayé d'évaluer les dépenses des soins dentaires et de déterminer les dépenses des ménages 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

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 un chirurgien-dentiste. De plus, elle souffre aussi devant de grandes files d'attente qui sont vraiment importante.

Par ailleurs, 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 médecines dentistes. En effet, Les inégalités dans la répartition de l'offre de soins de santé persistent entre les communes de Bejaia est remarquable, en trouve que la commune de Bejaia détient presque la moitié des dentistes avec un taux de 44%, alors que il y'a des commune ils n'ont pas de chirurgiens-dentistes.

Concernant le financement des soins bucco-dentaires, les critères de remboursement de la sécurité sociale date 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 de la dépenses d'où la problématique d'accessibilité financière aux soins bucco dentaires.

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 évaluer les dépense aux

CONCLUSION GENERALE

soins dentaire et les dépenses des ménages . Nous avons ainsi obtenu les résultats essentiels suivants :

- Près de la moitié de la population étudiée est d'un revenu socio-économique moyen.
- les enquêtées Aux revenus les plus faible ont une moins santé buccodentaire, présent un taux supérieur de maladies non traités, consultent moins souvent un dentiste, évite d'avantage de consulter un dentiste et refusent plus fréquemment les soins recommandés en raison de leur couts.
- Il apparait aussi que l'hygiène bucco-dentaire s'améliore légèrement avec l'élévation du niveau socio-économique.
- Les enquêtés présentant une bonne hygiène bucco-dentaire puisque la plus part des enquêtés sont régulièrement au brossage
- L'Etat globale de santé bucco-dentaire des enquêtés est jugée mauvaise de 42,5% portant la majorité des enquêtés consultants le chirurgien-dentiste 85%.
- La couverture sociale n'as pas un impact sur l'accès aux soins dentaires dont la mesure ou les soins dentaires ne sont pas remboursable a titre dérisoire.
- Au cours des douze derniers mois 85%, de nos enquêtés en consulté un churigien- dentiste alors que 15 % 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 53, 35%, par contre la raison de choisir la structure privé c'est la qualité de soins.
- 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.

En définitive, nous pouvons conclure que les soins dentaire sont couteuse et ne sont pas accessibles financièrement a toute la population. Les patients éprouvent des difficultés pour accéder à ces soins.

Référence bibliographiques

Ouvrage

CASTIEL.DIDIE, (2004) « Le calcul économique en santé : méthode et analyse critique », édition ENSP, Rennes.

DRUMMOND MF.al (1998)« Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé », 2ème édition, Economica, paris.

GARRABÉ.Michel, (1994) « Ingénierie de l'évaluation économique, Edition des préparations Ecole médecine », paris edition (Français) Broché.

LAUNOIS, R. LHOSTE, F. (2002) « Quelle place pour l'évaluation économique en matières de politiques de santé, journal d'économie médical ». Editions ESKA, Paris

PARET.H,(1978) « L'économie des soins médicaux » les éditions ouvrières, Paris,

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

ROUVIERE. H, DELMAS.A, Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle. 14eme édition. Paris : Masson, 1997

Thèse et mémoire

BA AÏCHA M, (2018)« extraction des dents définitives au csref de lacommune 2 du district de Bamako », thèse de doctorat en Chirurgie Dentaire,faculté de médecine et d'odonto stomatologie.

Baraldi f, Rosanna A, et Valeriu D, (2014), «Coup d'œil sur la santé buccodentaire des aînés du Québec : une comparaison avec le reste du Canada », Zoom Santé, Institut de la statistique du Québec.

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.

Djelloul N.1998-2000 « État de la dent de six ans et hygiène bucco-dentaire chez la population scolarisée du Secteur Émir Khaled ». Mémoire pour l'obtention du certificat d'études supérieures en Biostatistique, Université d'Oran Faculté de médecine.

FELLAH L, (1992)"Etude exploratoire du système de prévention algérien déterminisme et problématique", thèse de doctorat, Université Montesquieu Bordeaux.

GUERTIN J-R, (2010) « recherche économique en santé cardiovasculaire », mémoire d'obtention de grade maitre en science, Université de Montréal.

Référence bibliographiques

HADGER.J, GUEHZI.S (2018) « contribution à l'étude de l'accessibilité des soins bucco-dentaires en algérie : cas de la commune de Bejaia », mémoire de master en science économique, université de Bejaïa.

Julie G, (2015),« esthétique et relation de soin en odontologie », thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire université Toulouse 3, Paul Sabatier. Faculté de chirurgie dentaire

Rapport et article

Bedos, Christophe et Christine ,(2011), L'oignon, Pauvreté et accès aux soins buccodentaires, cité dans Caroline Monpetit, «Un luxe, les soins dentaires ? ».

Bernabé E, Sheiham A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. International dental journal. 2014;64(5):241-5. 72

BOULAHRIK.M, (2016), « Financement du système de santé Algérien ».

BOUSSAID, F, (2014), « la santé bucco-dentaire chez les patients schizophrènes ».

Brittany S, Walter I, Sharon N, Rebecca C (2016) « Sex differentials in caries frequencies in Medieval London. Archives of oral biology ».

CASTIEL D, (2004), « le calcul économique en santé » ENSP, Paris.

Eisenberg JM (1989)« Clinical economics : à guide to the economic analysis of clinical practices ».

Fiche conseil "Quelles prothèses dentaires pour ma bouche ", Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, UFSBD

Ghédia. A, (2013) « Réflexion sur le système de santé Algérien ».

HAS / Service évaluation des actes professionnels / décembre 2018, P21.

HUSS.B, (2011) « l'ACCES AUX SOINS DENTAIRES DES PERSONNES DEMUNIES », Rhône France,

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

LAUNOIS R., Un coût, des coûts, quels coûts ? Journal d'économie médical, n°1, paris, 1999.

LILIANE .L, (2008), les déterminants de santé : quelles interprétations ? Quelles préventions ? FPS, Bruxelles.

LÔ C.M.M, Cissé D, Diouf M., Faye B, Sarr M, Faye D, Ndiaye N.d. (2011) « Les dépenses en soins bucco-dentaires des populations sénégalaises ».

Macri DV, Chitral A, (2017)« Caries Classification ».

Référence bibliographiques

Marie,C, Woronoff-Lemsi, Samuel L,(1996) « évaluation pharmaco-médico-économique de stratégies thérapeutiques:éléments de méthodologie ».

OMS (1978) les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaire, LAMA ATA Genève.

OMS (1998) «Enquête sur la santé bucco-dentaire. Méthodes fondamentales » 4ème édition, OMS Genève.

OMS (2016) « système de santé ».

OMS, (2010), système de santé.

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

Rapport sur la maladie bucco-dentaire dans le monde.

Schuler CF, (2001), « Inherited risks for susceptibility to dental caries. Journal of dental education ».

Vanaelst B, De Vriendt T, (2012), « Epidemiological approaches to measure Child Hood stress ». Paediatric and perinatal epidemiology.

Site internet

Des prothèses dentaires bientôt remboursées à 100 %", Site de l'Assurance maladie, consulté le 25 juin 2020

<http://www.andrs-dz.org/pages/Encadrement.htm>

Le secteur des prothèses dentaires - État des lieux - Septembre 2015", Agence de développement économique Franche-Comté, 2015 (accessible en ligne).

www.allianceforacavityfreefuture.org.

www.idres.fr

www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi

www.who.int

ANNEXES

Questionnaire d'enquête

Thème du mémoire : *essai sur l'économie des soins dentaire en Algérie : une approche par enquête ménage dans la wilaya de Bejaia.*

Note importante : *nous tenons à attirer l'attention de nos aimables participants que cette présente enquête s'inscrit le cadre d'un travail de recherche académique en vue de préparation d'un mémoire de Master en sciences économique. Les informations recueillies seront traitées **anonymement** et ne seront utilisées qu'à des fins purement **scientifiques**. Nous vous adressons nos vifs remerciements d'avoir participer à cette présente enquête.*

Questionnaire N° :

Date de l'enquête :

Partie 01 : Informations sur les membres du ménage

Numéro d'identifiant du ménage :	
Lieu de résidence (commune) :	
Nombre de membres du ménage (taille du ménage) :	

I. Situation socio-professionnelle des membres du ménage

N°	Age	Sexe :	Lien de parenté (Par rapport au chef de ménage) :	Situation matrimoniale :	Niveau d'instruction :	Occupation, fonction, profession	Assurance maladie :
		<i>1 = Masculin 2 = Féminin</i>	<i>1 = Chef de ménage 2 = Epouse 3 = Enfant 4 = Petit-enfant 5 = parent 6 = frère/ sœur 7 = autre (précisé)</i>	<i>1 = Célibataire 2 = Marié (e) 3 = divorcé (e) 4 = veuf(ve)</i>	<i>1 = Sans instruction 2 = Primaire 3 = Moyen 4 = Secondaire (Lycée) 5 = Universitaire</i>	<i>1 = Fonctionnaire 2 = Employé 3 = Ouvrier 4 = Artisan 5 = Commerçant 6 = Chef d'entreprise 7 = Etudiant/élève 8 = Femme/homme au foyer 9 = Retraité 10 = Chômeur 11 = Autre (précisé)</i>	<i>1 = sans assurance 2 = assuré avec un taux de remboursement à 80% 3 = assuré avec un taux de remboursement de 100%</i>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

10							
11							
12							

II. Veuillez indiquer la tranche du revenu mensuel total du ménage (chef de ménage et membre du ménage compris) :

- a. Moins de 10 000 DA
 - b. Entre 10 000 DA et 20 000 DA
 - c. Entre 20 000 DA et 30 000 DA
 - d. Entre 30 000 DA et 40 000 DA
 - e. Entre 40 000 DA et 50 000 DA
 - f. Entre 50 000 DA et 60 000 DA
 - g. Entre 60 000 DA et 80 000 DA
 - h. Entre 80 000 DA et 100 000 DA
 - i. Entre 100 000 DA et 150 000 DA
 - j. Plus de 150 000 DA
-

Partie 2 : Mesures d'hygiènes, soins préventif et état de santé dentaire

I. Pratiques d'hygiène bucco-dentaire

1. Lavez-vous et les membres de votre famille fréquemment les dents ?
 - a. Oui, fréquemment (tous les jours)
 - b. Oui, mais pas souvent (une à deux fois par semaine)
 - c. Non, pas du tout
2. Si oui, Qu'est-ce que vous et les membres de votre famille utilisez pour vous laver les dents ?
 - a. Brosse à dents
 - b. Rameau de bois
 - c. Doigt
 - d. Autres Précisez :
3. Combien de temps dure votre brosse à dents ?
 - a. 1 mois
 - b. 2-3 mois
 - c. >3 mois
4. Est-ce que vous et les membres de votre famille utilisez du dentifrice ?
 - a. Oui
 - b. Non

5. Est-ce que vous et les membres de votre famille utilisez un bain de bouche médicamenteux ?

a. Oui

b. Non

6. Est-ce que vous et le membre de votre famille utilisez du fil dentaire ?

a. Oui

b. Non

II. Etats de santé et attitude des individus à l'égard des soins bucco-dentaires

1. Est-ce que vous et les membres de votre famille allez régulièrement chez le dentiste pour des examens de routine ?

a. Oui

b. Non

2. Est-ce que vous ou un membre de votre famille avez eu des problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année ? tels que :

a. Douleur

b. Saignement des gencives

c. Halitose (mauvaise haleine)

d. Autres Précisez :

3. Qu'avez-vous fait, vous ou les membres de votre famille, pour résoudre ce problème ?

a. Aller chez le dentiste

b. Aller chez le médecin

c. L'automédication

d. Remèdes à domicile

e. Autres Précisez :

f. Rien, attendre que ça passe

4. Si votre réponse à la question 3 est **a ou b**, quelles sont, pour vous et votre famille, les maladies dentaires diagnostiquées ?

a. Caries dentaires

b. Gingivite (Inflammation des gencives)

c. Plaques dentaires

d. Erosion dentaire

e. Parodontite

- f. Autres Précisez :
5. Si votre réponse est **c, d, e, ou f**, pourriez-vous préciser pour quelles raisons ?
- a. Coûts de traitements trop élevés
- b. Crainte de la douleur des soins dentaires
- c. Difficulté d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide
- d. Eloignement géographique
- e. Autres Précisez :
6. Comment estimez-vous l'état de santé dentaire globale de votre ménage ?
- a. Très mauvais
- b. Mauvais
- c. Plutôt bon
- d. Bon
- e. Très bon
- f. Excellent

Partie 3 : Dépenses préventives (hygiène dentaire) et curative de soins dentaire

1. Combien dépensez-vous par an en hygiène dentaire, pour vous et votre famille, par an ?

Type de dépenses	Montant (en DA)
Brosse à dents	
Dentifrice	
Bain de bouche	
Fil dentaire	

2. Combien dépensez-vous, pour vous et votre famille, pour les examens de routine chez le dentiste ?

.....da.

3. Est-ce que vous consacrez un budget pour faire face aux dépenses de soins dentaire d'urgence ?

a. Oui

b. Non

3.1. Si oui, combien en moyenne par an ?da

4. Combien avez-vous dépensé pour le traitement des problèmes dentaires pour vous et les membres de votre famille depuis un an ?

Type de soins	Montant
Le détartrage	
Le plombage et les composites	
La dévitalisation dentaire	
Les couronnes	
Les prothèses dentaires	
Les appareillages orthodontiques, appareils dentaires	
L'extraction dentaire	

5. Combien avez-vous dépensé en moyenne, pour et votre famille, pour le transport pour les soins dentaire durant cette dernière année ?

.....da

6. Combien avez-vous, ainsi les membres de votre famille, subi de jours d'inactivités et pertes de revenus imputable aux problèmes et aux soins dentaires ?

..... Jours

..... da

Annexe 01 : le Personnel médical dans le secteur public et privé en Algérie 2015, 2016,2017.

Personnel médical dans le secteur public

	2015	2016	2017
Médecins	54 953	55 158	57 227
Chir.dentistes	7 261	7 014	6 928
pharmaciens	1 501	1 695	1 796
TOTAL	63 517	63 867	65 951

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres : résultats / 2015/2016/2017.

Personnel médical dans le secteur privé

	2015	2016	2017
Médecins	18 478	19 779	21 611
Chir.dentistes	6 384	6 733	7 335
Pharmaciens	9 974	10 193	10 541
TOTAL	34 836	36 705	39 487

Source : ONS, L'Algérie en quelques chiffres : résultats / 2015/2016/2017.

Annexe 02 : 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

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 04 :

EPSP	Dénomination de la polyclinique	Département	Commune	Cabinet dentaire		
				Ou/Non / fauteuils dentaires		
				O	N	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				07	0	07
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 MERDI OUAMENE	AMIZOUR	AMIZOUR	01	-	01
	SALLE DE SOINS KHELLIL	BARBACHA	BARBACHA	01	-	01
TOTAL EPSP				08	0	08
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	0	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

Annexe 06 :

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				29		29

Annexe 07 : estimation de la population par sexe et calcul de la densité 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 08

Commune	Pop. au 31/12/2017	Parc d'habitants au 31/09/2016	Habitants au 30/09/2017	Habitants au 30/09/2017	Total Hab. au 30/09/2017	Parc d'habitants au 31/12/2017	Logements Hab. au 31/12/2017	TOI
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
Tilbane	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
Kendra	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

Annexe 09 : effectifs des patients privés Au 31/12/2002

DAIRATES	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	LABORATOIRES D'ANA - PATHOLOGIE	CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE	TOTAL
BEJATA	90	38	58	02	03	191
AOKAS	02	06	07	/	/	15
TICHI	01	07	04	/	/	12
AKBOU	40	07	10	/	01	58
BENI-MAOUCHE	/	03	01	/	/	04
SEADOUK	/	08	05	/	/	13
TAMALT	/	09	06	/	/	15
OUZELLAGUEN	05	06	04	/	/	15
IGHIL-ALI	/	05	02	/	/	07
SIBI-AICH	10	12	10	/	/	32
CHEMINI	/	08	08	/	/	16
TIMEZAIT	/	03	02	/	/	05
ABEKAR	/	01	02	/	/	03
AMIKOUR	03	16	09	/	/	28
BARBACHA	/	06	02	/	/	08
EL-KELI	10	12	15	/	/	37
KHEKATA	05	08	07	/	/	20
SOUH-EL-TEWINE	03	07	08	/	/	18
DARQUINA	/	07	05	/	/	12
	169	169	165	02	04	509

Annexe 10: personnel médical et para médical du secteur prive par commune arrêté 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	-
	OUZELLAGUEN	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.I.L MATHEN	-	-	01	01	-
TOTAL S.S		09	14	21	19	03

Annexe 11 : personnel médical et para médical du secteur prive par commune arrêt 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: personnel médical et para médical du secteur privé par commune arrêté 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.MAUCHE	-	01	01	-
SIDI AICH	10	05	02	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 médecins spécialistes, généraliste chirurgiens

dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêt au 30/11/2011

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	-
	OUZELLAGUEN	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.I.L MATHEN	-	-	01	01	-	
TOTAL S.S		09	14	21	19	03

Annexe 14 : nombre de medecin specialiste , generaliste, 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.IL 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 SMAÏL	-	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 : nombre de médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêt au 30/11/2013

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 médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêt au 30/11/2014

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'GISNA	-	-	-	-
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.IL-MATEN	-	-	-	-
AMIZOUR	5	7	7	2
BENI-DJELLIL	-	1	-	-
FERAOUNE	-	1	2	-
SEMAOUNE	-	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 : nombre de médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêt 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	-	-
SOUKHLIFA	-	-	-	-
ROKAS	3	5	3	4
TIZI-N'BERBER	-	-	2	-
AKBOU	60	12	18	14
IGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	4	7	7	3
SMELIKECHE	-	-	-	-
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	100	210	82

Annexe 18 : nombre de médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêté au 30/11/2016

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	-	-
FERAOUNE	-	1	2	-
SEMAOUNE	-	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	-
TAMRIDJ	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	270	149	219	85

Annexe 19 : nombre de médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêt au 30/11/2017

COMMUNE	MEDECINS SPECIALISTES	MEDECINS GENERALISTES	CHIRURGIENS DENTISTES	PARA-MEDICAUX
BEJAIA	145	143	104	41
BOUED-GHIR	-	2	1	-
BYCHI	1	3	4	1
CHALA-HAMZA	-	2	-	-
BOURHLIFA	-	1	-	-
BOUKAS	7	5	4	4
BOUZI-N'BERBER	-	-	2	-
BOUKBOU	67	11	18	15
BOUGHRAM	-	-	-	-
BOUCHELLATA	-	-	-	-
BOUMOKRA	-	-	-	-
BOUZMALT	9	7	10	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
BOUZELLAGUEN	1	7	7	1
BOUGHIL-ALI	-	2	1	-
BOUIT-R'ZINE	-	1	2	-
BOUJEDOUK	1	5	5	-
BOUAMALOU	-	2	-	-
BOUHAMZA	-	-	-	-
BOUCISNA	-	-	-	-
BENI-MAOUCHE	-	2	2	-
BENI-AICH	25	5	13	7
BOUFLEYE	-	-	-	-
BENINEBDAR	-	1	-	-
BENITIFRA	-	-	-	-
BENISIDI-AYAD	-	1	-	-
BENICHEMINI	-	2	2	-
BOUKOUFELLA	-	1	2	-
BENITIBANE	-	-	1	-
BOUADEKAR	-	2	3	-
BENIKSILA	-	-	-	-
BENITGHIL	-	-	-	-
BOUKFADOU	-	1	1	-
BENITIMEZRIT	-	4	3	1
BENIFIL-MATEN	-	-	1	-
BENIAMIZOUR	9	8	8	2
BENIBENI-DJELLIL	-	0	-	-
BENIFERAOUNE	-	1	2	1
BENISEMAOUNE	-	2	1	-
BENIEL-KSEUR	19	10	12	7
BENITOU DJA	-	0	-	-
BENIBARBACHA	-	2	4	-
BENIKENDIRA	-	1	-	-
BENIKHERRATA	10	9	9	2
BENIDRAA-EL-GAID	-	-	-	-
BENIDARGUINA	-	2	3	-
BENIAIT-SMAIL	-	2	1	-
BENITASKRIOUT	-	6	1	-
BENISOUK-EL-TENINE	14	5	7	2
BENIMELBOU	-	3	2	-
BENITAMRIDJI	-	-	-	-
TOTAL WILAYA	308	261	236	87

Annexe 20 : nombre de médecins spécialistes, généraliste chirurgiens dentistes et para médicaux du secteur privé par commune arrêté au 30/11/2018

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	-
ARBOU	68	12	18	15
TGHRAM	-	-	-	-
CHELLATA	-	-	-	-
TAMOKRA	-	-	-	-
TAZMALT	9	7	10	3
B.MELIKECHE	-	-	-	-
BOUDJELLIL	-	-	-	-
OUZELLAGUEN	1	7	7	1
TGHIL-ALI	-	2	1	-
AIT-RZINE	-	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.II-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	-
RENDIRA	-	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	310	261	209	67

LISTE DES TABLEUX

Liste des tableaux

Tableau 01 :Dépenses en santé bucco-dentaire selon la région et le milieu.....	27
Tableau 02 :Dépenses en santé bucco-dentaire selon la catégorie d'âge et la situation matrimoniale.....	28
Tableau 03 : Dépenses en santé bucco-dentaire selon les prix appliqués.....	28
Tableau 04 : Dépenses en santé bucco -dentaire selon la prise en charge.....	29
Tableau05 : Montant remboursé et payé en parodontologie.....	35
Tableau06 : Montant remboursé et payé en orthodontie.....	36
Tableau07 : Montant remboursé et payé pour les implants.....	36
Tableau08: Montant remboursé et payé pour les prothèses.....	37
Tableau09:Montant remboursé et payé pour les bridges.....	37
Tableau10:Montant remboursé et payé pour les couronnes.....	37
Tableau11 : diffusion des montants payés.....	38
Tableau12 : Fréquence des soins dentaires.....	39
Tableau 13 : lettres-clés utilisées par les médecins chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux ainsi que leur valeur unitaire.....	44
Tableau14:Tarif des consultations et visites effectuées par les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux.....	46
Tableau15:Tarif des consultations et visites chez le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste spécialiste, à l'exclusion du médecin spécialiste en psychiatrie.....	47
Tableau16:tarifdes consultations et visite effectuées par le chirurgien-dentiste.....	48
Tableau17 :Tarif de chaque type d'extraction dentaire dans le secteur privé.....	50
Tableau18 :Tarif de chaque type de soins dentaires dans le secteur privé.....	50
Tableau19 :Tarif des prothèses dentaires dans le secteur privé.....	51
Tableau20:L'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé entre 2001 à2017.....	53
Tableau21:L'évolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public entre 2008 et 2017..	54
Tableau 22 : Répartitiondes chirurgiens-dentistes parsecteur en 2017.....	55
Tableau23:Répartition des chirurgiens-dentistes privés au niveau de la wilaya de Bejaïa par commune en 2017.....	56

Tableau24:Répartition des fauteuils dentaires au secteur public par EPSP (2013-2017).....	59
Tableau 25 : profil personnel des interrogés.....	64.
Tableau 26 : répartition de la population selon le sexe.....	66
Tableau 27 :distribution des enquêtes selon l'âge	67
Tableau 28 :distribution des enquêtés selon le niveau d'instruction.....	68
Tableau 29 : répartition des enquêtés selon la fonction.....	69.
Tableau 30 répartition des enquêtés selon l'assurance maladie	70
Tableau 31 :distributiondes enquêtés selon le revenu mensuel totale.....	71.
Tableau 32 : distribution des enquêtés selon la Fréquence du brossage dentaire.....	73
Tableau 33 : la Qualité de brossage dentaire.....	74
Tableau 34 : la durée de la brosse à dents.....	75
Tableau 35 : distribution des enquêtés selon l'utilisation de la pâte dentifrice.....	76
Tableau36 : Utilisation du bain de bouche médicamenteux.....	77
Tableau37 : utilisation du fil dentaire.....	78
Tableau38 : distributiondes enquêtées selon l'examen de routine chez un dentiste.....	79
Tableau39:distribution des enquêtés selon les problèmes bucco-dentaires au cours de la dernière année.....	80
Tableau40:distribution des enquêtés selon la Résolution de problème bucco-dentaire.....	82
Tableau41 : distribution des enquêtés selon les maladies dentaires diagnostiquées.....	83
Tableau42 : distribution des enquêtés selon les Raison de ne pas allez chez médecin ou dentiste.....	85
Tableau 43 : distribution des enquêtes selon l'état de santé dentaire globale.....	86
Tableau 44:distribution des enquêtés selon les dépense d'hygiène dentaire, par an.....	87
Tableau45:les dépenses pourles examens de routine chez le dentiste.....	88.
Tableau46:distribution des enquêtées selon le type et montant de soins.....	89
Tableau47:distributiondes enquêtés selon les dépensé annuel pour le transport.....	91
Tableau48:distribution des enquêtés selon les jours d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaires.....	92.

LISTE DES FIGURES

Liste des figures

Figure 01 : Dépenses des ménages liées aux soins dentaires (\$ courants), Québec, 2010-2016	30
Figure 02 : Comparaison de l'évolution des dépenses des ménages pour les soins dentaires avec celle de l'inflation (2010=100), Québec, 2010-2016.....	31
Figure 03 : Évolution des dépenses totales des ménages pour les soins dentaires (courants \$), Québec et reste du Canada, 2010-2016.....	32
Figure 04 : Proportion des adultes qui n'ont pas reçu n'ont pas de soins dentaires ou d'examens dentaires au cours des 12 derniers mois, en raison du (%), Québec, 2013-2016....	33
Figure 05 : Proportion des adultes qui n'ont pas reçu n'ont pas de soins dentaires ou d'examens dentaires au cours des 12 derniers mois, en raison du (%), Québec, 2013-2016....	33
Figure06: Certaines caractéristiques de l'état des dents(%), adultes de 45ans et plus Québec et reste du Canada, 2008-2009.....	34
Figure07:L'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes(CD) dans le secteur privé de la wilaya de Bejaia de 2001 à2017.....	53
Figure08:l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes(CD) dans les secteur public de la wilaya de Bejaia entre2008 et 2017.....	54
Figure09: la répartition du chirurgien-dentiste par secteur à Bejaia en 2017.....	55
Figure10: répartition de la population étudiée selon les sexe.....	66.
Figure 11 : distribution des enquêtes selon l'âge.....	67
Figure 12: répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction.....	68
Figure13: répartition des enquêtés selon la fonction,.....	69
Figure14: répartition des enquêtés selon l'assurance de l'enquêté.....	70
Figure15: distribution des enquêtés selon la tranche du revenu mensuel.....	72
Figure16:distribution des enquêtés selon la Fréquence du brossage dentaire.....	73
Figure17: qualité de brossage dentaire.....	74.

Figure18:la durée de la brosse à dents.....	75
Figure19:utilisation de la pâte dentifrice.....	76
Figure20:utilisation de la pâte dentifrice.....	76
Figure21 : Utilisation du bain de bouche médicamenteux.....	77
Figure22:utilisation du fil dentaire.....	78
Figure 23:distribution des enquêtées selon l'examen de routine chez un dentiste.....	80
Figure24:distributiondesenquêtésselonlesproblèmesbucco-dentairesaucoursde la dernière année.....	81
Figure25:distributiondesenquêtésselonlesproblèmesbucco-dentairesaucoursde la dernière année.....	81
Figure26:distribution des enquêtés selon la Résolution de problème bucco-dentaire.....	83
Figure27:distribution des enquêtés selon les maladies dentaires diagnostiquées.....	84
Figure28:distribution des enquêtés selon les Raison de ne pas allez chez médecin ou dentiste.....	85
Figure29:distribution des enquêtes selon l'état de santé dentaire globale.....	86
Figure30:distribution des enquêtés selon les dépense d'hygiène dentaire, par an.....	87
Figure31 : les dépensespourles examens de routine chez le dentiste.....	88
Figure32:distribution des enquêtes selon le type et montant de soins.....	90
Figure33 : distribution des enquêtés selon les dépensé annuel pour le transport.....	91
Figure34 : distribution des enquêtés selon les jours d'inactivités imputable aux problèmes de soins dentaire soins dentaires.....	92

REMERCIEMENT

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I : DE L'ÉCONOMIE DES SOINS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE :
FONDEMENT THEORIQUE ET REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

INTRODUCTION	4
I. LES SOINS BUCCO DENTAIRE.....	5
1. Définition de la santé bucco-dentaire	5
2. Promotion de la santé bucco-dentaire.....	5
3. Les différents types de traitements des soins bucco-dentaires	6
3.1. Les traitements curatifs.....	7
3.1.1. Détartrage et polissage.....	7
3.1.2. Traitement d'une carie et dévitalisation	7
3.1.3. Les traitements de maladies de gencives	7
3.1.4. Extraction	8
3.1.5. Orthodontie	8
3.1.6. Les prothèses	9
3.2. Les traitements préventifs	10
3.3. Les traitements esthétiques	10
4. Les facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire :.....	11
4.1. Mauvaise hygiène bucco-dentaire.....	11
4.2. Le tabac	11
4.3. L'alcool.....	11

4.5.	L'alimentation déséquilibrée, Hygiène alimentaire et santé bucco-dentaire	11
4.6.	L'âge	11
5.	Stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie globale de santé.....	12
5.1.	Promouvoir l'hygiène bucco-dentaire	12
5.2.	La prévention des comportements à risque	12
5.3.	La prévention en cabinet dentaire Améliorer la prévention,.....	12
5.4.	Prévenir, prendre en charge, accompagner les maladies chroniques.....	13
6-	Recommandations de l'OMS dans le cadre de la prévention et du traitement	13
II.	FONDEMENTS THEORIQUE DES INEGALITES DE SANTE.....	14
1.	Définition des inégalités de santé.....	14
1.1.	Les inégalités sociales de santé.....	14
1.2.	Les inégalités territoriales de santé	15
III .	L'évaluation économique de santé	16
1.	Aspect théorique sur l'évaluation économique en santé	17
2.	L'évaluation économique et les coûts en santé.....	18
2.1.	Définition de l'évaluation économique	18
2.2.	Les raisons d'une évaluation économique en santé	18
2.3.	L'importance de l'évaluation économique	19
2.4.	Les limites de l'évaluation économiques	20
3-	Les dimensions du calcul économique	21
3-1-	Nature des coûts	21
3.1.1.	Coûts directs	22
3.1.1.1.	Les coûts directs médicaux	22
3.1.1.2.	Les coûts directs non médicaux	22

3.1.2 Les coûts indirects : productivité perdue	22
3.1.3. Coûts intangibles : coûts humains et psychologiques.....	23
1.2. Types d'analyse économique	23
3.2.1. Analyse de minimisation des coûts	23
1.2.2. Analyse coût-efficacité	24
3.2.3 Analyse coût-utilité.....	24
3.2.4. Analyse cout-bénéfice (ACB).....	23
4. Revue de la littérature des études empiriques de l'évaluation les dépenses des soins dentaires.....	26
4.1. L'étude de LÔ et al. (2011) au Sénégal.....	26
4.2. L'ETUDE DE Philippe Hurteau sur Le coût des soins dentaires au Québec	29
4.3. Etude de L'état de Bram P et Pauline V, Enquête national MC sur les soins dentaires « combien coutent vos soins dentaires ? ».....	35
Conclusion	40
 CHAPITRE II : ANALYSE DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRNS WILAYA DE FINANCEMENT	
Introduction	41
 I.LE FINANCEMENT DES SOINS BUCCO –DENTAIRES	
1.Le financement de la sante en Algérie.....	41
1.1.L'Etat	41
1.2.La sécurité sociale	42
1.3. Les ménages.....	42
1.4. Les mutuelles et les compagnies d'assurances privées	42
2. Le financement des soins bucco-dentaire au niveau de la caisse national des assurances sociales (CNAS)	43
2.1. Taux de remboursement des soins bucco-dentaire	43

2.2. Tarif des consultations et des visites chez les médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux	45
2.3. Frais de soins et prothèses dentaires.....	48
3. Les tarifs des soins bucco-dentaires dans le secteur privé.....	50
3.1. Le tarif d'une consultation et le tarif de chaque type d'extraction	50
3.2. Le tarif de Détartrage.....	50
3.3. Tarif des soins dentaires.....	50
3.4. Le tarif des Prothèses.....	51
3.5. Le tarif de l'implant dentaire.....	51
3.6. Le tarif de la chirurgie bucco-dentaire.....	52
II. la répartition territoriale de l'offre de soins bucco-dentaires dans la wilaya de Bejaia .52	
1. Présentation de la wilaya de Bejaia	52
2. Evolution du nombre de chirurgiens-dentistes.....	52
2.1 Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur privé.....	53
2.2. Evolution des chirurgiens-dentistes dans le secteur public	54
3. La répartition des chirurgiens-dentistes par secteur.....	55
3.1. La répartition des chirurgiens-dentistes privés par commune.....	55
3.2. La répartition des chirurgiens-dentistes publics par daïra.....	58
Conclusion	60
 Chapitre III : ETUDE EXPLORATOIRE DE L'ECONOMIE DES SOINS DENTAIRE DANS LA COMMUNE DE BEJAIA	
Introduction	61
I. Présentation de l'enquête.....	61
1. l'objectif de l'enquête	61
2. L'échantillon de l'enquête	62
3. Déroulement de l'enquête	62

4. Dépouillement	63
5. les difficultés rencontrés	63
II. ANALYSE ET INTERPRITATION DES RESULTATS	
1. Caractéristique générale de l'échantillon.....	63
2. Information sur les membres du ménages.....	66
3. Mesure d'hygiène, soins préventif et état de santé dentaire	72
4. dépenses préventives (hygiène dentaire) et curative de soins dentaire	78
Conclusion	93
CONCLUSION GENERALE	95
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES	
LISTE DES ANNEXES	
LISTE DES TABLEAUX	
LISTE DE FIGURE	
TABLE DE MATIERES	

Résumé :

La santé bucco-dentaire est un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elle peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation), mais aussi en partie par un accès aux soins plus en moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière.

La santé bucco-dentaire n'est pas uniquement synonyme de dents saines ; elle fait partie intégrante de l'état de santé générale 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 ce présent travail est de faire une étude exploratoire sur l'économie des soins dentaire en prenant comme cas d'étude la wilaya de Bejaia. Plus concrètement, nous avons réalisé une enquête qui nous a permis de savoir quelles sont les principales caractéristiques du secteur de soins bucco-dentaire dans wilaya de Bejaia. Nous avons ainsi obtenu le résultat essentiel suivant :

- Les soins dentaires sont remboursables à titre dérisoire par la sécurité sociale.
- Malgré l'augmentation du nombre de dentiste dans les deux secteurs public et privé, la wilaya de Bejaia souffre face à la mauvaise répartition des chirurgiens-dentistes
- Les obstacles financiers chez la majorité de la population sont à l'origine des inégalités d'accès et de recours aux soins bucco-dentaire.

Mots clé : les soins dentaires, économie des soins dentaires, Algérie, Bejaia.

صحة الفم هي مجال تواجد فيه تفاوتات اجتماعية قوية. يمكن تفسيرها بالعوامل السلوكية (نظافة الاسنان والنظام الغذائي وما الى ذلك) ولكن أيضا جزئيا بسبب الصعوبة المتزايدة في الحصول الرعاية اعتمادا على مستوى الدخل ووجود تغطية إضافية ومستوى سداد هذا الأخير.

لا تقتصر صحة الاسنان فحسب انه جزء لا يتجزأ من الصحة العامة وضروري للرفاهية. ثم اثبات العلاقة بين صحة الفم والصحة العامة علميا.

ولهذه الغاية فان الهدف من هذا العمل الحالي هو اجراء دراسة استكشافية حول اقتصاديات رعاية الاسنان مع الاخذ في الاعتبار ولاية بجاية كدراسة حالة بشكل ملموس أكثر قمنا بأجراء مسح سمح لنا بمعرفة الخصائص الرئيسية لقطاع العناية بالفم في ولاية بجاية. وهكذا حصلنا على النتائج التالية

تعتبر رعاية الاسنان من قبيل السخرية من الضمان الاجتماعي.

بالرغم من زيادة عدد أطباء الاسنان في القطاعين العام والخاص الا ان ولاية بجاية تعاني من ضعف توزيع أطباء الاسنان العقبات المالية تواجه غالبية السكان هي السبب الجذري لعدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية عن طريق الفم واستخدامها.

الكلمات الرئيسية العناية بالأسنان. اقتصاديات رعاية الاسنان. الجزائر. بجاية.