

Benoît Varenne a soutenu sa thèse de doctorat mardi 3 avril à l'Université Paris VI devant le jury composé de :

Pr. Pascal ASTAGNEAU, Université Paris 6

Pr. Marie-Laure BOY-LEFEVRE, Professeur, Université Paris 7

Dr.. Philippe MSELLATI, IRD

Pr.. Poul Erik PETERSEN, Université de Copenhague et OMS

Pr.. Gérard SALEM, Professeur, Université Paris 10, (Directeur de thèse) ;

Pr. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Université Clermont 1

Pr.Philippe VANDE PERRE, Université Montpellier 1.

TITRE

Transition épidémiologique et santé orale au Burkina Faso : Disparités d'états de santé et de recours aux soins

RESUME

Ce travail de thèse est le résultat de deux périodes de recherche distinctes mais complémentaires conduites toutes les deux au Burkina Faso. Distinctes tout d'abord car la première période, de 1999 à 2003, s'est inscrite dans le cadre d'un projet de santé publique dentaire mené par le Ministère de la Santé du Burkina Faso et une ONG, l'AOI (<http://www.aoi-fr.org/>) alors que la deuxième période, de 2002 à 2006, s'est déroulée au sein d'un programme de recherche pluridisciplinaire de l'IRD en santé urbaine (<http://www.ird.bf/activites/persan.htm>). Complémentaires ensuite car chacune de ces périodes de recherche a contribué par des approches souvent innovantes, à une meilleure compréhension d'une situation sanitaire complexe, dans laquelle la santé orale connaît bien des difficultés à se faire admettre en tant que problème de santé publique. Un domaine qui reste à intégrer dans le système de santé général et qui mérite une attention particulière.

En Afrique subsaharienne, un nouveau profil épidémiologique semble se dessiner avec la persistance des pathologies infectieuses concomitante à l'installation des maladies chroniques et dégénératives. Les affections de la sphère orale, pathologies d'origine multifactorielle et d'évolution chronique s'apparentent au groupe des maladies en progression et constituent des marqueurs potentiels de la transition épidémiologique. L'objectif de ce travail était, à travers l'étude des disparités de santé orale et des facteurs individuels et contextuels qui leur sont

associées, de contribuer à la compréhension de cette nouvelle situation sensible aux changements socio-économiques et de modes de vie des populations. *In fine*, il s'agit bien d'essayer, d'une part, de comprendre comment les facteurs associés à la santé orale s'inscrivent dans un environnement qui ne se réduit pas à celui des comportements individuels. D'autre part, de percevoir quelle est la place donnée à la santé orale dans le quotidien des individus et l'impact de la douleur si souvent associée aux pathologies orales sur ce quotidien ? Enfin, est ce que des stratégies d'intervention basées sur les soins de santé primaires et sur le concept des facteurs communs de risque sont pertinentes dans le domaine de la santé orale ?

Les résultats ont montré que les disparités de comportements en santé orale apparaissent importantes entre les différents milieux de résidence. En effet, les niveaux de connaissances sont globalement très faibles et les attitudes peu favorables en matière de santé orale. Ce constat se vérifie de façon plus aiguë en milieu rural. Par ailleurs, les pratiques traditionnelles d'hygiène orale sont toujours très répandues tous milieux de résidence confondus, mais laissent progressivement la place, en particulier dans la capitale, à l'utilisation d'outils d'hygiène modernes comme la brosse à dents et la pâte dentifrice. Cependant, il faut préciser que la pâte dentifrice est souvent de mauvaise qualité, c'est à dire sans fluor, et demeure dans les autres cas, peu accessible financièrement pour une majorité de la population. Par ailleurs, quels que soient l'âge et le milieu de résidence, les indices de prévalence et de sévérité des deux principales pathologies orales, la carie dentaire et les affections parodontales, ont peu varié sur une période de 20 ans. Ils s'établissent à des niveaux globalement faibles et tendent plutôt à une stagnation voir à une baisse dans le temps. Le flux migratoire continu et important de jeunes adultes ruraux en direction des villes et l'exposition au fluor d'une frange favorisée de la population citadine semblent être des éléments à prendre en considération pour interpréter ces tendances qui remettent en question le scénario alarmiste évoqué dans les années quatre-vingt pour les pays en développement. Autre constat, les groupes de populations à risques en matière d'état de santé orale sont issus de catégories sociales et culturelles très diverses selon les âges et les milieux de résidence. A l'âge de 12 ans, les disparités d'états de santé dentaire s'établissent en défaveur des enfants qui résident en ville et qui sont issus d'un milieu familial socio-économiquement favorisé et bien intégré aux réseaux sociaux urbains existants. Chez les adultes entre 35 et 44 ans, une situation originale se dessine à Ouagadougou puisque c'est une population néocitadine de confession musulmane particulièrement vulnérable qui est la cible privilégiée de la carie. Dans les autres milieux de

résidence (urbain secondaire et rural), les adultes qui présentent un état dentaire plus dégradé sont issus majoritairement d'un milieu socio-économique favorisé. Cependant, tous milieux de résidence et niveaux socio-économiques confondus, ce sont les femmes qui représentent le groupe de population soumis aux plus fortes inégalités d'états de santé orale. Enfin, les inégalités de santé orale qui apparaissent comme les plus flagrantes dans notre étude concernent sans aucun doute l'accès aux soins dentaires. Aujourd'hui, au Burkina Faso, les populations rurales n'ont droit à aucune forme de prise en charge acceptable en cas de besoin en soins. En milieu urbain où l'accès aux structures de soins est théoriquement facilité, les taux de recours demeurent extrêmement faibles alors que la tendance est clairement au développement d'établissements de santé à but lucratif. A Ouagadougou où l'offre de soins est la plus développée, ce sont les populations économiquement défavorisées, faiblement intégrées et de confession musulmane qui ont la plus forte probabilité de renoncer à des soins ou de pratiquer l'automédication.

Ces éléments permettent de dresser un tableau épidémiologique qui soutient notre hypothèse de départ. Ils traduisent en effet l'existence d'un processus de transition épidémiologique complexe et différencié, en voie d'installation selon le milieu de résidence, le milieu culturel et le niveau socio-économique mais aussi selon les catégories d'âge de la population. La période dite de « transition du risque » qui devance l'installation d'une morbidité élevée des pathologies non transmissibles semble engagée dans la capitale Ouagadougou. Les conséquences préjudiciables de cette situation sont déjà perceptibles chez les adultes néocitadins issus des couches vulnérables de la population et chez les enfants originaires d'un milieu social plus favorisé. Le milieu rural et le milieu urbain secondaire apparaissent cependant encore peu atteints par ce processus en voie d'installation. De même, le scénario d'un double fardeau qui verrait les populations les plus défavorisées être à la fois la cible des maladies traditionnelles infectieuses et de celles non transmissibles émergentes telles les pathologies orales, n'est plus à exclure chez les adultes à Ouagadougou.

Au Burkina Faso, la crise socio-économique qui se maintient depuis les années quatre-vingt dix et se cristallise en milieu urbain, apparaît comme un élément contextuel majeur qui influence les facteurs de risques immédiats. Ainsi, à Ouagadougou, les changements modérés des modes de consommation et de styles de vie chez les adultes issus d'un milieu défavorisé ne sont pas compensés par l'utilisation de produits d'hygiène efficaces, qui restent accessibles aux seules populations aisées. Chez les enfants des couches sociales favorisées, les faibles connaissances en matière de prévention des affections orales combinées à des pratiques

alimentaires et d'hygiène à risques, mais pour lesquelles, les parents accordent encore peu d'importance, aboutissent à des états de santé dentaire dégradés.

Ainsi, même si les données analysées dans la présente recherche n'apportent pas d'éléments probants en faveur d'un processus de transition épidémiologique très avancé, la société burkinabé, en particulier dans la capitale Ouagadougou, semble engagée dans des mutations profondes, prémises d'une transition du risque en défaveur des populations les plus vulnérables. Des initiatives de santé publique s'imposent donc dès maintenant pour freiner l'installation d'un tableau épidémiologique qui représenterait un coût social et économique difficilement supportable par une société déjà lourdement pénalisée. Pour répondre à cette situation, la mise en place de stratégies alternatives basées sur des activités scientifiquement efficaces telles l'accès au fluor et la prise en charge de la douleur est une priorité. Pour que ces stratégies d'intervention soient acceptées, elles doivent être rattachées à un cadre politique plus large et répondre à une démarche de promotion de la santé, seule sans doute à-même de remettre en question une représentation de la santé basée sur un paradigme biomédical désuet.

Mots-clés : Afrique, Carie dentaire, Comportement en santé, Facteur socio-économique, Maladies non transmissibles, Maladies parodontales, Santé bucco-dentaire, Recherche en système de santé, Comportement vis à vis de la maladie, Recours aux soins, Automédication, Inégalités de santé, Urbanisation.