

DEMANDE EN TRAITEMENT D'ORTHODONTIE A MADAGASCAR : INFLUENCE DE L'AGE, DU SEXE ET DU STATUT SOCIO-ECONOMIQUE.

RANDRIANARIMANARIVO HM, RASOANIRINA MO, ANDRIAMBOLOLO-NIVO OR, ANDRIAMBOLOLO-NIVO RD.

Institut d'Odonto-Stomatologie Tropicale de Madagascar, Département d'Orthopédie Dento-faciale, Université de Mahajanga, Madagascar.

Résumé

Cette étude s'est donnée pour objectif de connaître le profil des consultants en orthopédie dento-faciale auprès d'un cabinet d'orthodontie libéral de Madagascar. Il s'agit d'une enquête transversale descriptive et exhaustive auprès de 538 consultants pour orthodontie durant les années 2006, 2007 et 2008. L'âge moyen de la première consultation pour orthodontie se situe vers 13,5 ans. La demande en traitement orthodontique est plus importante auprès des sujets de sexe féminin et chez les familles appartenant à la classe sociale « moyenne ».

Mots-clés : orthopédie dento-faciale, orthodontie, demande de traitement, âge, sexe, statut socio-économique, Madagascar

ORTHODONTIC TREATMENT NEED IN MADAGASCAR : INFLUENCE OF AGE, GENDER AND SOCIO-ECONOMIC STATUS.

RANDRIANARIMANARIVO HM, RASOANIRINA MO, ANDRIAMBOLOLO-NIVO OR, ANDRIAMBOLOLO-NIVO RD.

Institute of Dentistry, Orthodontics Department, Mahajanga University, Madagascar.

Abstract: *the purpose of this study was to evaluate demand for orthodontic treatment in a private practice among 538 private orthodontic clinic patients in Antananarivo Madagascar. A private practice sample of people aged 4-36 years seeking orthodontic care was investigated. Orthodontic treatment demand exists. The prevalence of orthodontic treatment demand is higher among Malagasy females and middle class people.*

Key words: *orthodontic treatment need, age, gender, socio- economic status, Madagascar*

INTRODUCTION

Contrairement à ce que d'aucun pourrait penser, dans les pays émergents comme Madagascar, malgré le coût financier assez élevé des traitements orthodontiques, la demande émanant de parents d'enfants en âge de recevoir des soins d'orthopédie dento-faciale, ainsi que d'adultes porteurs de dysmorphoses, augmente de plus en plus. De

nombreux facteurs, autres que pécuniaires interviendraient dans la motivation aux soins.

Aussi les investigateurs ont-ils trouvé intéressant d'entreprendre une étude descriptive afin de cerner le profil des demandeurs en soins orthodontiques dans ces

pays émergents tels que Madagascar et de le comparer avec celui des pays développés.

Ce travail porte sur l'évaluation de l'influence de l'âge, du sexe et du statut socio-économique sur les demandeurs en soins d'orthodontie à Madagascar.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive et exhaustive sur les demandes en soins d'orthopédie dento-faciale formulées auprès d'un Cabinet libéral d'orthodontie.

La méthodologie utilisée a consisté à dépouiller les renseignements sur la fiche remplie par chaque consultant pour « motif orthodontique » lors de la première consultation, sans tenir compte si celle-ci a fait ou non l'objet de suite thérapeutique.

La population d'étude était constituée par l'ensemble des consultants pour « motif orthodontique » auprès d'un Cabinet libéral d'orthodontie sis à Antananarivo-Madagascar.

Aucun échantillonnage n'a été effectué : toutes les fiches des consultants pour « motif orthodontique », sans exception, ont été prises en compte.

Le seul critère d'inclusion retenu était le « motif de consultation pour traitement d'orthopédie dento-faciale ».

La collecte des données a été effectuée sur tous les dossiers des consultants durant les années 2006, 2007 et 2008.

Cette étude a été réalisée dans le but de connaître le profil des consultants en orthopédie dento-faciale.

Le groupe des investigateurs a assuré l'élaboration de la méthodologie et l'enquête. Un test de faisabilité a été effectué. Une réunion de calibrage, réunissant les participants à l'étude, a eu lieu afin d'éviter des biais de saisie.

Les informations recueillies concernaient :

***le référent** qui a adressé au cabinet d'orthodontie pour consultation d'orthopédie dento-faciale : chirurgien dentiste, médecin, famille/connaissance ou autre,

***le consultant** : sexe, âge, couverture sociale (existence ou non de systèmes de prise en charge des frais de traitement du type assurance, mutuelle ou autres), statut socio-économique (profession du consultant ou profession des parents pour les enfants).

La classification du statut socio-économique a été déterminée conformément au système de codage des professions établi par l'Organisation Mondiale de la Santé qui distingue selon le type trois niveaux : bas, moyen et élevé (Tableau 1).

Tableau 1 : Système de codage des professions établi par l'O.M.S.

N.S.E.	Système de codage des professions
--------	-----------------------------------

1 BAS	1	Sans profession
	2	Journaliers et ouvriers
	5	Agriculteurs
	7	Artisans
2 MOYEN	4	Petits fonctionnaires et employés
	6	Professions libérales
	8	Petits commerçants
3 ELEVE	3	Hauts fonctionnaires et cadres
	9	Moyens et gros commerçants

Les informations ont été recueillies à partir de la fiche de renseignements remplie lors de la première visite par le consultant, pour les adultes, et par les parents ou la personne accompagnant l'enfant mineur.

Les informations ont été retranscrites par les investigateurs sur un questionnaire papier rendu anonyme.

Dans un second temps, les fiches anonymes ont été répertoriées et validées par le groupe d'investigateurs.

Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel SPSS 13,0 pour déterminer la fréquence entre les variables.

Tous les résultats ont été saisis dans un fichier unique regroupant la totalité des informations.

L'analyse des résultats a été réalisée par le groupe d'investigateurs.

RESULTATS

Tableau 2 : Répartition des référents

REFERENT	N	%
Chirurgien dentiste	347	64,5
Médecin	51	9,5
Famille/connaissances	104	19,3
Autres	36	6,7
Total	538	100,0

La majorité des demandes de traitement orthodontique provenait de recommandations d'un chirurgien dentiste (64,5 %) qui était soit le chirurgien dentiste traitant soit un chirurgien dentiste qui a été consulté en première intention.

9,5 % des demandes ont été établies par des médecins : médecin de famille ou pédiatre.

19,3 % ont été adressés par des familles ou des connaissances.

6,7 % des sujets sont venus consulter après avoir été informés par d'autres sources.

Tableau 3: Répartition de la population selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Total
------	----------	---------	-------

	N	%	N	%	N	%
Total	192	35,7	346	64,3	538	100

Près de deux-tiers des consultants sont de sexe féminin (64,3 %).

Tableau 4 : Répartition des consultants selon l'âge

Tranche d'âge	4-11ans		12-19ans		20-27ans		28-35ans		35ans et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	252	46,8	216	40,1	52	9,7	11	2	7	1,3	538	100

La tranche d'âge des consultants s'étale de 4 ans pour le plus jeune jusqu'à 45 ans pour le plus âgé.

L'âge moyen des consultants est de 13, 5 ans.

Tableau 5 : Répartition de la population selon le statut socio-économique et l'âge.

Statut	4-11ans		12-19ans		20-27ans		28-35ans		35ans et plus		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bas	19	3,5	18	3,3	6	1,1	1	0,2	2	0,4	46	8,6
Moyen	139	25,8	133	24,7	35	6,5	8	1,5	4	0,7	319	59
Elevé	94	17,5	65	12,1	11	2	2	0,4	1	0,2	173	32,2
Total	252	46,8	216	40,1	52	9,7	11	2	7	1,3	538	100

Tableau 6 : Répartition des consultants selon le statut socio-économique et le sexe

Statut	Masculin	Féminin	Total
--------	----------	---------	-------

	N	%	N	%	N	%
Bas	13	2,4	33	6,1	46	8,6
Moyen	113	21,0	206	38,3	319	59,3
Elevé	66	12,3	107	19,9	173	32,2
Total	192	35,7	346	64,3	538	100

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes, il y a une prédominance de consultants issus de la classe sociale « moyenne » (59,3 %), par rapport à ceux issus de la classe « élevée » (32,2 %).

Les sujets appartenant à la classe « basse » ne représentent que seulement 8,6 % des consultants.

Tableau 7 : Répartition des consultants selon la couverture sociale

Existence de couverture sociale		
	N	%
Oui	55	10,7
Non	483	89,7
Total	538	100

La grande majorité des consultants (89,7%) ne possède aucune couverture sociale (ni assurance, ni mutuelle).

DISCUSSION

La majorité des demandeurs en soins d'orthopédie dento-faciale auprès d'un Cabinet d'orthodontie libéral à Madagascar consultent l'orthodontiste suite à une recommandation d'un chirurgien dentiste surtout, puis de son médecin. Se rendant compte de l'existence d'une « anomalie » de

son alignement dentaire ou de celui de son enfant, le demandeur se rend soit auprès de son chirurgien dentiste traitant ou non, soit auprès d'un médecin, le plus souvent un pédiatre, qui le réfère auprès de l'orthodontiste.

Près d'un tiers des consultants a été recommandé par des familles ou connaissances qui ont été traitées ou qui ont eu des membres déjà traités.

Les médias de toutes sortes jouent un rôle non négligeable. L'analyse des fiches de renseignements remplies par les consultants révèlent que les émissions radiophoniques et télévisuelles ainsi que les articles dans des journaux et revues populaires (*People*) sur l'orthopédie dento-faciale ont contribué pour une grande part dans leur démarche.

L'âge moyen de la première consultation de la population étudiée se situe vers 13,5 ans. Comparativement, la plupart des traitements orthodontiques se situent autour de 10-15 ans, vers la puberté et en denture adulte jeune (1).

Quel que soit le statut socio-économique, les malgaches de sexe féminin consultent plus pour « motif orthodontique » que ceux du sexe masculin. Cette constatation rejoint les résultats observés dans divers pays tels que l'Allemagne (2), l'Angleterre (3), la France (4-6), l'Irlande (7) ou le Maroc (8). Prabu évoque la place du facteur esthétique chez les femmes (9).

Comme dans les autres pays, à Madagascar, la classe « moyenne » est la plus attirée par les soins d'orthodontie.

Prabu (9) a mis en exergue la corrélation entre la motivation professionnelle et le besoin

d'une bonne apparence dentaire. Selon cet auteur, la motivation professionnelle serait plus forte auprès de sujets appartenant à la classe sociale « moyenne » qui se doivent constamment de se mettre en valeur.

Toutefois, Prabu relève que cet engouement des familles de la classe sociale « moyenne » ne porte pas seulement sur les soins orthodontiques, mais également sur les soins dentaires en général suite à leur forte motivation (9).

Tout comme dans les autres pays, les malgaches appartenant à la classe dite « basse » attachent une importance moindre aux soins dentaires dont les soins d'orthodontie (9-10).

La grande majorité des consultants ne possèdent pas de couverture sociale, contrairement à ce qui se passe dans les pays industrialisés où existe, selon le pays, une prise en charge partielle à 20% du coût en France pour un traitement entamé avant l'âge de 16 ans (4) ou totale en Angleterre et en Irlande (7).

Germa parle d'inégalités sociales en France en matière de traitement orthodontique liées essentiellement au statut socio-économique, au niveau d'éducation maternelle, au coût financier du traitement, à la nécessité d'une assurance complémentaire et au lieu de résidence (4).

CONCLUSION

La demande en soins d'orthodontie existe auprès de la population malgache. Cette

étude a permis de relever certains éléments du profil des demandeurs en soins

orthodontiques à Madagascar. La demande est forte plus particulièrement auprès des sujets de sexe féminin et auprès des familles

issues de la classe sociale moyenne. La grande majorité des consultants ne possède pas de couverture sociale.

REFERENCES

1. Guay AH et al. Orthodontic dental patients and expenditures 2004. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008 Sept; 134(3):337-43.
2. Krey KF, Hirsch C. Frequency of orthodontic treatment in German children and adolescents: influence of age, gender, and socio-economic status. *Eur J Orthod* (2011) doi:10.1093/ejo/cjq 155.
3. Chestnutt IG, Burden DJ et al. The orthodontic condition of children in the United Kingdom. *Br dent J.*2006 Jun 10; 200:609-12.
4. Germa A, Kaminski M, Nabet C. Impact of social and economic characteristics on orthodontic treatment among children and teenagers in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Apr; 38(2):171-9.Epub 2009 Dec 7.
5. Guignon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de 3 ème en 2003-2004. *Etudes et résultats. DREES ; 2007.*
6. Guignon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de CM2 en 2004-2005. *Etudes et résultats. DREES; 2008.*
7. Breistein B, Burden DJ et al. Equity and orthodontic treatment: a study among adolescents in Northern Ireland. *Am J Orthod dentofacial Orthop.*1998 Apr; 113(4):408-13.
8. Bilan d'activités du Service d'Orthopédie dento-faciale de Casablanca. Carrefour dentaire.xooit.com.
9. Prabu D, Naseem B et al. A relationship between socioeconomic status and orthodontic treatment need. *Virtual Journal of Orthodontics (serial online)* 2008 June 09; 8(2):p.1-7.
10. Kenealy P, Frude N, Shaw W. The effects of social class on the uptake of orthodontic treatment. *Br J Orth.* 1989 May, 16(2):107-11.
11. Roberts EE, Beales JG, Dixon L, Willcocks AJ, Willmot DR. The orthodontic condition and treatment status of a sample of 14-year-old children in North Derbyshire. *Community Dent Health.* 1989 Sep; 6(3):249-56.