

Intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaires: le rôle de la communication dans l'acquisition de compétences et la pratique des soins bucco-dentaires par le personnel de santé primaire

Bassémory KONE

Enseignant-Chercheur,

Maitre-Assistant

Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire

UFR Information, Communication et Arts, département de Communication

Marie-Laure TCHERE

Doctorat en Santé Publique

Enseignante-Chercheuse, Assistante

Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire

UFR Information, Communication et Arts, département de Communication

Résumé: La présente étude rapporte les résultats d'une enquête réalisée en 2016, en Côte d'Ivoire, dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé. L'enquête a porté sur les connaissances et pratiques des professionnels de la santé, en matière de santé bucco-dentaire. Sur la base des données de l'enquête, deux variables ont été analysées : i) la formation reçue par les agents de santé ; ii) la pratique des soins bucco-dentaires par les agents de santé. Conformément aux objectifs de l'étude, les résultats suivants ont été obtenus : i) l'hypothèse d'une association entre la formation reçue et la pratique des soins bucco-dentaires par le personnel de santé n'a pas été confirmée ; ii) une stratégie de communication pour un renforcement de la pratique des soins bucco-dentaires par le personnel de santé a été proposée. En conclusion, toute action de formation doit intégrer une communication fondée sur une approche holistique, et qui considère l'intégration des soins comme une « innovation ».

Mots-clés : Pratiques médicales, soins bucco-dentaires, soins de santé primaire, communication.

Abstract:

Our study used the data of one survey realized in 2016, in a region (Agnéby-Tiassa-Mé) of Côte d'Ivoire. Investigations have been conducted to collect information on knowledge and practice of oral health by the primary health care personal. On the basis of the data survey, two variables were analyzed: i) the training of the health care agents; ii) the practice of the oral care by the health care agents. The following results were obtained and are fit the aims of our study: i) there is no significant association between the two variables; ii) a communication strategy has been proposed in order to strengthen the oral health practice by the primary health care agent. In conclusion, all training actions must include a communication which is founded on an holistic approach, and which consider that the health service integration is an innovation.

Keywords: Medical practice, oral care, primary health care, communication.

Introduction

L'intégration des services est un concept qui a fait l'objet de diverses études mais dont les contours restent flous et variables selon les contextes de la recherche. Les études s'accordent

Deuxième semestre 2017

cependant sur deux faits : i) la complexité de l'approche, du fait de l'intrication de divers déterminants ; ii) l'efficacité des services intégrés, à travers la continuité des soins et la gestion optimale des ressources sanitaires.

Dans un contexte de maigres ressources, l'intégration des services est une stratégie à promouvoir. Elle permet la dispensation de paquets de soins en première ligne; dans ce cas, elle apporte aux usagers une solution aux problèmes d'accès aux services spécialisés et fournit aux décideurs un moyen de renforcer la prévention en, dans les structures de premier contact.

Les soins bucco-dentaires ne sont pas en reste dans cette logique de l'intégration. Ainsi, des travaux et des études, récents pour la plupart, s'intéressent à l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins de santé primaires. Il s'agit plus précisément de réflexions ou propositions sur le développement de mécanismes relatifs à la pratique des soins bucco-dentaires par les agents de santé de première ligne, autre que le personnel dentaire.

Notre étude s'inscrit dans cette démarche et vise deux objectifs principaux:

- i) vérifier l'hypothèse d'une association entre la formation reçue et la pratique des soins bucco-dentaires par le personnel de santé en Côte d'Ivoire;
- ii) proposer une stratégie de communication pour un renforcement de la pratique des soins bucco-dentaires par le personnel de santé en Côte d'Ivoire.

En effet, de la formation à l'intégration des soins, le chemin à parcourir est long. Il passe par; i) la compréhension du rôle des facteurs influençant (y compris la formation) la modification des pratiques médicales et l'adoption de nouvelles pratiques dans une perspective multidisciplinaire; ii) le développement d'équipes multidisciplinaires caractérisées par des entités professionnelles distinctes mais capables d'une mise en commun des compétences et des synergies au service d'interventions spécifiques, quel que soit le secteur concerné; iii) l'implication des secteurs de développement ayant une influence potentielle sur le secteur de la santé.

L'étude des liens entre la formation et les pratiques est donc une étape primordiale vers l'intégration.

METHODOLOGIE

La méthodologie ci-après présentée décrit le cadre de référence de l'étude, la base de données exploitée et les variables ayant fait l'objet d'analyses statistiques.

1- Cadre de référence de l'étude

La réflexion menée dans le cadre de cette analyse s'appuie sur les résultats d'une étude antérieure, intitulée « Déterminants de l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins primaires en Côte d'Ivoire: enjeux de la multidisciplinarité et de l'approche intersectorielle »¹. En effet, l'étude fournit un cadre explicatif du succès ou des obstacles de l'intégration des soins. Il en ressort que les compétences cliniques, les perceptions et les attitudes des personnels de santé figurent au nombre des facteurs susceptibles d'influencer la multidisciplinarité au sein des équipes de soins. Ceux-ci pourraient favoriser l'adoption de nouvelles pratiques médicales et induire une collaboration entre les personnels de santé exerçant dans des secteurs a priori distincts. Ainsi, l'intégration d'un paquet de soins bucco-

dentaires au sein des équipes médicales nécessite la disponibilité de compétences cliniques adaptées. Les compétences cliniques constituent un facteur de succès de l'intégration. Basées sur le savoir, le savoir-être et le savoir-faire, elles accroissent la confiance des personnels de santé dans la réalisation des soins.

Du fait de la nature des données utilisées pour notre étude, seule la variable « compétences cliniques » retiendra notre attention au cours de cette analyse. Selon l'étude précédemment évoquée, la compétence s'acquiert par l'apprentissage, la formation et favorise la motivation, l'engagement, la compréhension et la capacité à exécuter un acte spécifique. L'agent de santé formé est plus confiant et plus à même d'accomplir une nouvelle tâche. Ainsi, la compétence clinique a été associée à la pratique d'un acte médical.

Ladite étude recommandait la poursuite des investigations afin de confirmer le cadre théorique proposé et obtenir une meilleure compréhension des déterminants de l'intégration des soins. L'étude des liens existants entre les compétences cliniques et l'adoption d'une pratique médicale fera donc l'objet particulier de notre recherche.

2- Base de données de l'étude

Les données utilisées relèvent d'une enquête sur les connaissances, aptitudes, et pratiques des professionnels de la santé, en matière de santé bucco-dentaire (*see : Programme national de santé bucco-dentaire, 2016*). Réalisée en 2016 dans la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé, cette enquête ciblait les praticiens n'exerçant pas dans le secteur bucco-dentaire. Il s'agit en l'occurrence des médecins, infirmiers, sages-femmes. Au total 717 personnes dont 58% d'infirmiers, 21% de médecins et 21% de sage femmes (fig 1) ont été interrogés sur leurs savoirs, savoirs être et savoirs faire en matière de santé bucco-dentaire.

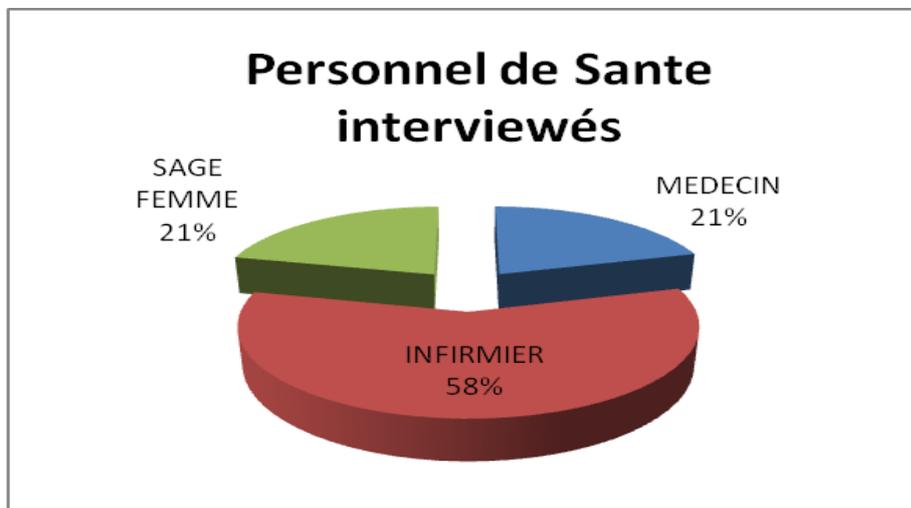


Figure 1 : Répartition échantillonnale de l'enquête sur les connaissances et pratiques des professionnels de la santé, en matière de santé bucco-dentaire.

Les résultats statistiques fournis par le logiciel Excel précisent que 32% du personnel interrogé ont de bonnes aptitudes pour pouvoir diagnostiquer les affections bucco-dentaires (y compris le noma); 25% pratiquent la détection de ces affections. Force est de constater que ces résultats présagent d'un gap entre l'aptitude et la pratique. Tout le personnel formé ne pratique pas nécessairement les actes d'hygiène dentaire. Notre étude tentera d'évaluer ce gap selon la catégorie professionnelle d'appartenance (médecin, infirmier, ou sage-femme) et reposera sur la base de données de ladite enquête.

3- Variables clés d'analyse

Comme mentionné précédemment, deux variables clés sont l'objet de notre analyse. Ce sont : i) les aptitudes et ii) la pratique, l'aptitude étant une notion proche de celle de compétences cliniques. Selon la base de données, trois variables étudient l'aptitude : la formation, la détection précoce des affections bucco-dentaires (y compris le noma) et la conduite à tenir. En promotion de la santé, l'apprentissage dans le cadre scolaire est un mécanisme central menant à l'acquisition d'aptitudes comportementales (savoir détecter une affection, savoir la conduite à tenir). En conséquence, nous retenons comme variable à examiner la formation initiale et continue du personnel de santé, laquelle repose sur la question suivante : « Avez-vous reçu une formation sur les affections bucco-dentaires (y compris le noma) au cours de votre cursus universitaire ou post universitaire? », soit la question n°7 du questionnaire d'enquête (Q7).

En ce qui concerne la pratique, deux variables sont décrites : examen endo-buccal et diagnostic des affections bucco-dentaires. Dans une perspective de prévention des affections bucco-dentaires dans les soins de santé primaires, notre étude s'est penchée davantage sur la pratique de l'examen endo-buccal par les personnels de santé, diagnostic étant généralement du ressort des chirurgiens-dentistes. La question examinée est donc la suivante: « Faites-vous un examen endo-buccal systématique chez tous les patients? », soit la question n°1 (Q1).

En conclusion, les deux variables Q7 et Q1, comme ci-dessus mentionnées, seront statistiquement croisées afin d'identifier les différences existantes entre les trois groupes de l'étude. Il s'agit d'une analyse bi variée susceptible d'identifier l'association entre ces deux variables.

RESULTATS

Une analyse descriptive des résultats de l'étude bi variée indique les résultats ci-après présentés. Celles-ci sont relatives d'une part, aux caractéristiques spécifiques à chaque catégorie de personnel, d'autre part à la corrélation entre les deux variables étudiées.

1- Répartition générale des effectifs

Groupe professionnel	N	%
Infirmier	416	58%
Médecin	148	21%
Sage-femme	153	21%
Total	717	100%

Tableau n°1 : Effectif total et pourcentage par groupe étudié

Le tableau n.1 montre un échantillon représentatif du contexte des ressources humaines de la région sanitaire de l'Agnéby-Tiassa-Mé. Pour une population totale de 1.150.198 habitants, notre échantillon s'estime à 1 médecin pour 7712 habitants, 1 infirmier pour 2765 habitants et 1 sage-femme pour 2631 femmes en âge de procréer, soit des ratios en adéquation avec ceux fournis par le PNDS 2016-2020, si l'on considère que du personnel supplémentaire a été recruté entre 2015 (année des statistiques délivrées par le PNDS) et 2016 (année de réalisation de l'enquête). Les données du PNDS étaient, en 2015, de 1 médecin pour 10.270 habitants, 1

Deuxième semestre 2017

infirmier pour 2278 habitants et 1 sage-femme pour 1828 femmes en âge de procréer. Globalement, nous pouvons affirmer que notre échantillon correspond à la quasi-totalité de l'effectif en personnel de santé de l'Agnéby-Tiassa-Mé.

2- Répartition de l'échantillon selon la formation reçue dans le domaine des affections bucco-dentaires

La formation initiale du personnel de santé est assurée par l'INFAS (Institut National de Formation des Agents de l'Etat) pour les infirmiers et sages-femmes, l'UFR des sciences médicales pour les médecins. A ce niveau, la santé bucco-dentaire est enseignée en première année de médecine au cours du tronc commun et pendant le cursus de formation des agents de santé. Concernant la formation continue, celle-ci s'organise dans le cadre des activités de renforcement des capacités du Ministère de la santé. Ainsi, des directives, algorithmes et ateliers de formation sont adressés à l'ensemble du personnel. Tous les domaines de la santé sont concernés, y compris le secteur de la santé bucco-dentaire qui renforce prioritairement les capacités de prévention des maladies bucco-dentaires, par les agents de santé primaire exerçant dans les établissements sanitaires de premier contact.

En conséquence de ce préambule sur la formation du personnel de santé, l'analyse de notre échantillon devrait ressortir des taux élevés de réponse positive à la question « Avez-vous au cours de votre cursus universitaire ou post universitaire reçu une formation sur le noma et les maladies bucco-dentaires ? ». Mais ce sont seulement 22% des agents qui affirment avoir reçu cette formation, avec le taux le plus faible chez les sages-femmes, soit 10% (tableau 2).

Divers biais se proposent face à ce constat : i) existe-t-il un biais de compréhension dû à la formulation de la question? ; ii) y a-t-il un biais de désirabilité, lié à l'éventualité d'une participation à des ateliers de formation? ; iii) les répondants ont-ils été guidés par un biais de sélection entre la formation initiale (cursus universitaire) et la formation continue (cursus post universitaire)?

Une analyse qualitative complémentaire doit être menée afin de renseigner sur la pertinence de ces questionnements.

Groupe professionnel	N	%
Infirmier	105	25%
Médecin	38	26%
Sage-femme	15	10%
Total	158	22%

*Tableau n*2 : Effectifs et pourcentage des personnels de santé ayant reçu une formation sur la santé bucco-dentaire au cours de leur cursus universitaire ou post universitaire*

3- Répartition des effectifs selon la pratique systématique de l'examen endo-buccal

La pratique systématique de l'examen endo-buccal est un axe central de la formation en renforcement des capacités. Ce fait peut expliquer que 45% du personnel examine la sphère endo-buccale (tableau n* 3) alors que seulement 22% d'entre eux affirment avoir reçu une formation, comme préalablement mentionné au tableau n*2. Des études futures doivent se pencher sur l'impact de la seule formation continue sur la pratique effective de l'examen de la face et de la cavité buccale par les agents de santé primaire.

**Deuxième semestre 2017**

Par ailleurs, les résultats obtenus donnent des taux de pratique appréciables, pour chaque catégorie de personnel, allant de 29% chez les sages-femmes à 54% chez les médecins. Toutefois, les efforts doivent être poursuivis afin de situer la barre haute pour l'ensemble du personnel. En effet, tout agent de santé des établissements sanitaires de premier contact doit être à même de pratiquer systématiquement l'examen endo-buccal.

Groupe professionnel	N	%
Infirmier	202	49%
Médecin	80	54%
Sage-femme	44	29%
Total	326	45%

Tableau n*3 : Effectifs et pourcentage des personnels de santé pratiquant l'examen endo-buccal systématique chez tous les patients

4- Répartition des effectifs selon la date de première prise de service

Les tableaux n*4 à 6 donnent les résultats de l'enquête sur la formation et la pratique systématique des personnels de santé selon la date de première prise de service. 73% du personnel se compose d'agents ayant moins de dix ans de service (tableau n*4).

Ces dix dernières années, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités dans le domaine de la santé bucco-dentaire, et ce dans au moins 80% des districts sanitaires (*Programme national de santé bucco-dentaire, 2017*). De ce fait, le personnel ayant moins de 10 ans de service est susceptible de présenter des taux de formation et de pratique plus élevés. Or les résultats de l'étude sont mitigés et ne reflètent pas ce postulat.

Ainsi, en ce qui concerne la formation, la majorité des médecins, infirmiers et sages-femmes ayant plus de dix ans de service affirme avoir reçu une formation en santé bucco-dentaire. Les chiffres varient de 55% pour les médecins à 88% pour les sages-femmes (tableau n*5).

L'analyse de la pratique associée à la date de prise de service révèle en revanche qu'une plus forte proportion de médecins et d'infirmiers ayant moins de 10 ans de service, pratique l'examen endo-buccal systématique. Ce résultat est en conformité avec le postulat ci-dessus évoqué. Toutefois, la situation est différente en ce qui concerne les sages-femmes; seulement 30% de sages-femmes ayant moins de 10 ans de service pratiquent l'examen endo-buccal (tableau n*6).

Au regard de ces résultats, il se pose une fois de plus la question des biais telle que soulignée au point 2 de ce chapitre. Il importe également de réaliser une analyse qualitative sur l'adoption de nouvelles pratiques médicales par la sage-femme.

Date de première prise de service	N	%
Moins de 10 ans (2007 -2017)	520	73%
Plus de 10 ans (\leq 2006)	197	27%
Total	717	100%

Tableau n*4 : Répartition échantillonnale du personnel de santé pratiquant l'examen endo-buccal systématique chez tous les patients, selon la date de première prise de service

Personnel de santé	Date de première prise de service et formation		
	Moins de 10 ans (2007 -2017)	Plus de 10 ans (\leq 2006)	Total



Médecin	49 (45%)	60 (55%)	109 (100%)
Infirmier	73 (25%)	219 (75%)	292 (100%)
Sage-femme	14 (12%)	105 (88%)	119 (100%)

Tableau n*5: Répartition échantillonnale du personnel de santé selon la Date de première prise de service et la formation reçue en santé bucco-dentaire

Personnel de santé	Date de première prise de service et pratique		
	Moins de 10 ans (2007 -2017)	Plus de 10 ans (\leq 2006)	Total
Médecin	59 (54%)	50 (46%)	109 (100%)
Infirmier	157 (53%)	135 (47%)	292 (100%)
Sage-femme	36 (30%)	83 (70%)	119 (100%)

Tableau n*6: Répartition échantillonnale du personnel de santé selon la Date de première prise de service et la pratique systématique de l'examen endo-buccal

5- Corrélation entre la formation reçue (aptitude) et la pratique systématique de l'examen endo-buccal

L'analyse du coefficient de corrélation présenté dans le tableau n*7 fait ressortir qu'il n'existe pas de relation significative entre les variables étudiées. Ce constat corrobore les données ci-dessus exposés, mais semble contredire les résultats de notre étude antérieure sur l'intégration des soins. Pour cette raison, et comme souligné aux points 1 à 4 de ce chapitre, des investigations doivent être menées afin d'étudier distinctement les deux aspects de la variable formation. Il s'agira d'explorer l'influence de la formation continue sur la pratique systématique de l'examen endo-buccal, de même le rôle que pourrait jouer la formation initiale.

	P^*	F^{**}
P	1	
F	0,05580087	1

*pratique ** Formation

Tableau n*7 : Coefficient de corrélation entre la pratique et la formation reçue

DISCUSSION :

L'adoption de nouvelles pratiques médicales est un facteur favorisant de la multidisciplinarité des soins. Cette multidisciplinarité est indispensable à la continuité et l'efficacité des soins au sein des établissements de premier contact. A ce niveau, la rareté du personnel spécialisé rend judicieux la polyvalence des agents en poste dans ces structures. Les médecins, les infirmiers et les sages-femmes des centres de santé ruraux et urbains jouent alors un rôle indispensable de première ligne, pour la détection précoce des maladies bucco-dentaires, le soulagement de la douleur, l'interception précoce des pathologies et la prévention des complications. Ces attentes placent l'examen endo-buccal systématique en première ligne des interventions de ce personnel de la santé.

Les résultats de la présente étude fournissent l'état des lieux ci-après résumé sur le comportement des agents de santé en matière de pratique systématique de l'examen endo-buccal.

1- Points saillants relatifs à la pratique des soins bucco-dentaires par les agents de santé primaire

L'analyse de la pratique des soins bucco-dentaires par les agents de santé primaire révèle un certain nombre de points qu'il convient de souligner:

i) A priori, tous les agents de santé primaires bénéficient d'informations, au moins théoriques ou rudimentaires, sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de leur formation initiale. En revanche, ce n'est pas le cas en ce qui concerne la formation continue. Les choix sont faits selon les priorités des institutions, en l'occurrence le Ministère de la santé. En conséquence, les sessions de formation ne couvrent pas l'ensemble du personnel. Or c'est la formation continue qui insiste sur la pratique des soins bucco-dentaires. Ainsi, notre analyse ayant combiné à la fois la formation continue et la formation initiale, l'impact de la variable formation sur la pratique est mitigé. Cette situation peut donc expliquer les paradoxes relevés par les résultats de l'étude. En effet, malgré une faible proportion d'agents (22%) qui affirment avoir bénéficié d'une formation, 45% d'entre eux pratiquent l'examen endo-buccal.

ii) Les études futures devront se pencher sur l'analyse de la formation initiale d'une part, et de la formation continue d'autre part, en vue de vérifier l'hypothèse de leur association avec la pratique des soins bucco-dentaires. En effet, les résultats de notre étude ont révélé que la formation (initiale + continue) n'a pas d'impact sur la pratique systématique de l'examen endo-buccal. L'acquisition de connaissances par la formation n'entraîne pas nécessairement une modification des pratiques ou l'adoption de nouvelles pratiques.

iii) Il convient enfin de se pencher sur les contenus pédagogiques, dans la perspective de renforcer les aspects pratiques de la formation et accroître les aptitudes de prévention des maladies bucco-dentaires. En effet, plus de 50% du personnel, en l'occurrence les infirmiers et les sages-femmes, ne pratiquent pas systématiquement l'examen endo-buccal, alors que la situation inverse est constatée chez les médecins dont plus de 50% examinent systématiquement la sphère endo-buccale.

iv) Quel que soit le cas de figure, il est impérieux de s'interroger sur l'apport de mécanismes nouveaux pour un renforcement des systèmes de formation. Dans cette perspective, l'utilisation judicieuse des outils de communication et la définition de stratégies de communication adaptées et ciblées, offrent les leviers d'une « transmission d'aptitudes » à fort impact sur une modification éventuelle des pratiques². En effet, conformément à la stratégie en cascade de renforcement des capacités en santé bucco-dentaire (*Programme national de santé bucco-dentaire, 2006-2017*), la formation des agents de santé primaire est dispensée par le biais du chirurgien-dentiste représentant le point focal du district de santé en matière de santé bucco-dentaire. Il constitue de ce fait l'acteur central de l'équipe multidisciplinaire.

Les paragraphes suivants analysent les pistes d'une communication efficace depuis la formation, jusqu'à l'intégration des soins bucco-dentaires dans les pratiques quotidiennes des agents de soins de santé primaires.

2- Quelle stratégie de communication pour accroître la pratique des soins bucco-dentaires par les agents de santé primaire ?

Afin de répondre à cette question, nous nous référons, d'une part, aux théories de changement des pratiques et, d'autre part, aux stratégies de communication pour le changement de comportement. Il s'agira, en effet, d'identifier les leviers susceptibles d'influencer les agents de santé dotés d'une connaissance suffisante en santé bucco-dentaire mais ne pratiquant pas

cette discipline dans l'exercice quotidien de leurs tâches professionnelles. De même, une sélection des méthodes et approches de communication pour le changement de comportement ou le changement social a été réalisée. Cependant, cette dernière approche n'a pas occulté les modèles d'intégration des services car la finalité de notre démarche- bâtir un système de communication efficace- s'inscrit dans l'interdisciplinarité et la qualité des soins dentaires primaires. L'intérêt réside dans la quête d'une amélioration de l'accès aux soins dentaires, notamment en région rurale caractérisée par des déserts médicaux, c'est-à-dire une faible disponibilité des ressources sanitaires, matérielles et humaines.

Au total, notre cadre de référence se situe au carrefour de théories liées i) au changement des attitudes et pratiques ; ii) à la communication pour le changement social; iii) à l'intégration des soins. Ce positionnement théorique comme évoqué dans les paragraphes ci-après, tente une analyse holistique des mécanismes de changements des pratiques professionnelles et justifie le choix judicieux de la stratégie de communication associée à de tels changements.

-Théorie de l'innovation et du changement des pratiques

Le choix d'une théorie du changement se situerait dans une optique d'innovation des pratiques médicales professionnelles au sein des centres de santé ruraux et autres établissements sanitaires de premier contact (Badillo, 2013). Du fait de l'absence de personnel suffisant et d'équipements médicaux dans plus de 80% de ces structures, le développement d'équipes de soins est vivement recommandé pour la prise en charge multidisciplinaire des maladies chroniques. Comme cela a été prouvé dans les pays développés, les soins multidisciplinaires fondés sur la numérisation des données médicales, notamment en ce qui concerne les maladies cardiaques, le diabète et le cancer, accroissent la qualité et l'efficacité des soins, la satisfaction des patients et la collaboration interprofessionnelle.

En Côte d'Ivoire, les efforts politiques ont contribué à la mise à la disposition des agents de soins primaires, d'algorithmes et autres outils pratiques pour la multidisciplinarité des soins, y compris l'hygiène bucco-dentaire. Toutefois, des soins tels que l'enseignement du brossage dentaire avec usage du dentifrice au fluor, l'éducation sanitaire, l'examen bucco-dentaire, les soins préventifs, comme le détartrage, ou la fluoruration demeurent insuffisants aussi bien dans les pratiques des centres de santé que dans les activités routinières du district sanitaire. Cette constatation impose la recherche de mécanismes pour un changement ou une amélioration des pratiques. Compte tenu de l'imbrication de l'intention, des attitudes, des normes subjectives et du contrôle dans la planification du comportement, telle que postulée par Fishbein et al. Il importe que la prise en compte de ces éléments précède l'influence de la pratique professionnelle.

En s'intéressant tout particulièrement aux théories de changement focalisées sur les acteurs, et plus précisément, la pratique chez un acteur, la cartographie des incidences semble la mieux indiquée en terme de méthodologie plaçant les acteurs et leurs interrelations comme forces clé du changement. L'accès à l'information pour les populations reculées est l'axe central de la promotion de l'hygiène bucco-dentaire. Toute personne venant en consultation au centre de santé doit être en mesure de bénéficier des informations indispensables à son auto responsabilisation en matière de santé bucco-dentaire. A ce propos, l'enjeu consiste à agir sur les émetteurs potentiels, ici les agents de santé, afin que le message soit effectivement délivré, ce de façon systématique. D'une part, il faudra agir sur chacun des acteurs, et d'autre part créer une interrelation entre tous les acteurs concernés par la transmission de l'information. Par conséquent, l'identification précise des acteurs en tant que sources d'information et émetteurs préside à la planification d'un système de communication efficace. A juste titre, la cartographie des incidences apportera des réponses à la question fondamentale de cette



réflexion: Quelle relation durable développer entre les agents de santé, le chirurgien-dentiste y compris, afin que l'information i) soit transmise au patient et aux communautés, ii) circule d'un agent de santé à l'autre, le long de la prise en charge médicale?

Au-delà de la théorie du comportement planifié précédemment évoquée, la cartographie des incidences peut apporter les outils pour identifier les acteurs et analyser les interrelations. La méthodologie a certes été développée dans le contexte occidental (canadien et européen), mais son adaptation aux pays en développement et aux contextes les plus économiquement faibles, ouvre le champ de la communication pour le changement social. En effet, la bonne connaissance des relations communicationnelles entre acteurs limite les problèmes d'ordre technique sémantique et pragmatique susceptibles de ralentir l'efficacité de tout système de communication.

-Communication pour le changement de comportement

Le chapitre précédent éclaire sur les facteurs susceptibles de prédire le comportement des agents de santé face à la pratique des soins bucco-dentaires chez le patient. Le chapitre fournit également un outil d'analyse des interrelations entre les agents, notamment en ce qui concerne la circulation de l'information.

Il en ressort que toute stratégie de communication devrait accroître l'intention de l'agent de santé de proposer des soins d'hygiène bucco-dentaire à toute personne venue consulter au centre de santé. De même, l'environnement de l'agent de santé, notamment ses relations avec ses collègues de spécialités différentes, la disponibilité d'un cadre technique suffisant, et probablement l'existence d'une motivation, sont à considérer dans l'analyse des incidences.

Au total, la communication pour le changement de comportement résultera de la synthèse de deux approches inclusives et cumulatives: i) une approche de proximité qui prendra en compte le critère de finalité-ici l'intention- ii) une approche communautaire qui considère les agents de santé en tant que communauté, partenaires actifs pour leur propre changement car ayant une maîtrise de leur environnement et des solutions pour parvenir au changement. Dans les deux cas, il serait pertinent de faire appel aux théories de la diffusion des innovations afin de faire accepter ce nouveau mode de penser, « la promotion de l'hygiène bucco-dentaire », aux agents des soins de santé primaires. Ainsi, quelle que soit la méthodologie adoptée, le changement de comportement ne saurait survenir dans un contexte dénué du numérique. L'information doit être présente au centre de santé et faciliter le travail de l'agent qui, tout en se l'appropriant, se positionne en acteur central de l'innovation. Actuellement, la couverture nationale en réseau internet est insuffisante, et quasi inexistante en milieu rural. La culture internet est loin d'être acquise dans un contexte encore caractérisé par l'oralité et un faible niveau d'instruction. Cependant, à travers l'usage du téléphone portable et du smartphone, très répandu d'ailleurs, le numérique peut s'exercer et créer un important capital d'influence des intentions comportementales. Le modèle français proposé récemment par Badillo (Badillo, 2013), explicite cette approche communicationnelle et sociale des processus d'innovation fondés sur le numérique. Ce modèle vise à réduire les investissements, en général coûteux, dans les infrastructures technologiques. Il apparaît ainsi adapté au contexte de maigres ressources caractéristiques des pays en développement. De ce fait, les investissements technologiques devraient se limiter aux échelons supérieurs de la pyramide sanitaire (central, régional ou district) et consister à fabriquer de l'information numérique itérative, qui sera ensuite mise à la disposition de l'agent des soins de santé primaire, par le biais de téléphones portables ou de smartphones.

-Vers un système de communication efficace pour l'intégration des services bucco-dentaires au sein des pratiques de soins de santé primaires

Les déterminants de l'intégration des soins bucco-dentaires au sein des pratiques de soins de santé primaires ont été identifiés dans un article précédent. Une analyse des niveaux macro, méso et micro a permis de déterminer les facteurs associés à l'approche intersectorielle et à la multidisciplinarité des soins. Pour ce qui concerne les personnels de santé, les déterminants sont associés essentiellement à la pratique de la multidisciplinarité. Ainsi, selon le *physician guideline compliance model*, outre les compétences cliniques, ce sont les attitudes et perceptions des agents de santé qui sont susceptibles d'influencer leur adoption de nouvelles pratiques cliniques. Ces résultats confirment l'intérêt de la communication pour le changement de comportement. En conformité au modèle de Fishbein, la modification des attitudes et les perceptions (normes subjectives) agira sur l'intention d'adopter un nouveau comportement.

La définition d'un système de communication efficace, placera l'intégration en tant qu'innovation au sein des services de santé, concept résultant lui-même de l'acquisition du comportement recherché. Globalement, les conditions suivantes devraient caractériser tout système de communication visant la pratique de l'hygiène bucco-dentaire par les agents de soins de santé primaires:

- i) communiquer en fonction de la finalité et moduler le message selon l'effet recherché, c'est à dire influencer l'intention à travers une modification des attitudes et des normes subjectives;
- ii) adopter une approche qui prend en compte les facteurs environnementaux de l'intégration (déterminants macro, méso et micro) et ceux associés à l'interrelation entre les agents de santé;
- iii) fonder l'information sur le numérique et peu d'investissements en équipements.

La réunion de cette triple composante de la communication apportera un moyen de surmonter les obstacles techniques, sémantiques et pragmatiques. Le choix du bon canal de communication réduira l'entropie et les défauts de transmission. De même, le système développé doit être flexible et adaptable à l'environnement. A priori, la stratégie de communication s'interrogera sur le choix de l'approche, de la forme et du canal.

La planification d'un tel système de communication s'appuiera sur une analyse des interrelations (cartographie des incidences) et un décryptage du processus de changement de comportement à travers l'exploration des modèles d'applications.

Toutefois, le modèle ci-dessus proposé n'est qu'une ébauche qu'il conviendrait d'approfondir par le biais de recherches ultérieures. Les conditions évoquées sont, en effet, des questionnements qui méritent davantage de recherches documentaires et d'expérimentation pour une meilleure compréhension des mécanismes communicationnels. Notons, par ailleurs, que dans le cadre de notre étude, la santé bucco-dentaire est la porte d'entrée que nous explorons mais tout autre domaine de la santé en lien avec les maladies non transmissibles aurait pu être objet d'analyse dans la perspective des soins multidisciplinaires.

Conclusion

La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays de la sous-région africaine, a adhéré à l'approche de prévention intégrée des maladies bucco-dentaires, et a opté pour la définition et

Deuxième semestre 2017

l'intégration dans son système général de santé d'un paquet minimum d'activités bucco-dentaires (PMABD). Il s'agit d'un ensemble d'interventions essentielles à exécuter au sein du district sanitaire. L'intégration du PMABD au sein des soins de santé primaires est donc un enjeu opérationnel de la lutte contre les maladies bucco-dentaires. Dans le cas particulier de la multidisciplinarité, l'objectif recherché est la mise en place d'équipes composites, multi-professionnelles et compétentes pour la prise en charge intégrée des maladies bucco-dentaires, associant les maladies non transmissibles et les facteurs de risque commun (*Programme national de santé bucco-dentaire, 2011-2017*). Outre le chirurgien-dentiste, acteur traditionnel des soins bucco-dentaires, les professionnels de la santé exerçant dans les établissements sanitaires de premier contact composent ces équipes multi-professionnelles.

Notre étude est une modeste contribution qui s'inscrit dans la quête de stratégies novatrices pour le développement de services multidisciplinaires, au niveau des centres de santé ruraux. Ces établissements de premier contact doivent être en mesure de fournir un paquet de soins complets, sans discontinuité dans la chaîne de prise en charge. Faut-il le rappeler, la communication est primordiale pour l'atteinte de cet objectif. Il importe de sortir des sentiers battus et de se positionner au-delà de l'IEC qui constitue la stratégie centrale au niveau des formations sanitaires de premier niveau, en référence à l'arrêté n°741 MSP.CAB/ du 09 décembre 1996 définissant le paquet minimum d'activités des établissements sanitaires de premier contact.

En effet, l'intégration du PMABD nécessite une maîtrise des déterminants de l'intégration dont les compétences cliniques des agents de santé primaire. Notre étude s'est attelé, in fine, à montrer que i) la transmission de compétences cliniques à travers la formation nécessite des mécanismes complémentaires pour déclencher le processus de modification des pratiques. La communication, en tant qu'outil et en tant que stratégie, se positionne comme catalyseur susceptible de modifier les attitudes et les intentions précédant le processus de changement de comportement du personnel vis-à-vis de la pratique des soins bucco-dentaires.

En définitive, il ressort qu'une stratégie de communication efficace considère que l'intégration est une innovation et adopte une approche écologique, holistique agissant à la fois sur les intentions individuelles et les interrelations entre les agents de santé, y compris le personnel dentaire (*fig 1*). Toute action de communication pour une amélioration des connaissances générales et spécifiques des professionnels de la santé face à la prévention et aux soins bucco-dentaires doivent intégrer ces recommandations. Toutefois, l'identification des savoirs étant indispensable à la détermination des besoins éducationnels du personnel, l'analyse approfondie des contenus pédagogiques actuels et de renforcement des capacités est un préalable à la définition d'une stratégie nationale de communication.

Bibliographie:

D.Droz R.Guéguen P.Bruncher^cJ.-L.Gerhard^cE.Roland (2006), Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle, *Archives de Pédiatrie* Volume 13, Issue 9, September 2006, Pages 1222-1229, disponible en ligne <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X06003484>, consulté le 15 novembre 2017

GIANNELLONI J. VERNETTE -L. É. (2001), Études de marché 4e édition Paris Vuiber

Deuxième semestre 2017

Lacoste-Ferré MH, Hermabessière S, Jézéquel F, Rolland Y. « L'écosystème buccal chez le patient âgé ». *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(2) :144-50
doi:10.1684/pnv.2013.0401

TCHERE Marie-L. (2017). Déterminants de l'intégration des soins bucco-dentaires dans les soins primaires en Côte d'Ivoire: Enjeux de la multidisciplinarité et de l'approche intersectorielle ». Com en question.

BADILLO Patrick-Y., « Les théories de l'innovation revisitées: une lecture communicationnelle et interdisciplinaire de l'innovation? Du modèle « Émetteur » au modèle communicationnel », *Les Enjeux de l'information et de la communication* 2013/1 (n° 14/1), p. 19-34.

RENAUD L, Rico C, KANE O. (2006) « Communication et Santé: Évolution Des Approches en Communication ». In : Mongeau P, Saint-Charles J (dir.). *Communications : horizons de pratiques et de recherche*. Volume II. s.l. : PUQ.

RENAUD, L. & RICO DE SOTELO, C. (2007). «Communication et santé: des paradigmes concurrents ». *Santé Publique*, vol. 19,(1), 31-38. doi:10.3917/spub.071.0031.

de REVIERS B. (2012) Repères sur les théories du changement. Synthèse bibliographique par, F3E - mai 2012. Document téléchargé le 07.11.2017.

RICHARD L,Barthelemy L, TREMBLAY MC, Pin S, Gauvin L. *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique*. Saint Denis INPES, coll. Santé action, 2013,

ROSENSTOCK I. et al., "Social learning theory and the health belief model," *Health Education & Behavior*, vol. 15, n° 2 p.175-183

SERVAES J, Patchanee M. (2004). Communication et développement durable. Document de travail de la 9^e table ronde sur la communication pour le développement. Organisation des Nations Unies (ONU). Rome (Italie), 6 au 9 septembre 2004.

WAHNICH, S. (2006), « Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique ». *Bulletin des bibliothèques de France (BBF)*, n° 6, p. 8-12. Disponible en ligne : <<http://bbf.enssib.fr/consulter/bbf-2006-06-0008-002>>. ISSN 1292-8399.